



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“INTEGRIDAD DEL TRATAMIENTO DE UN PROGRAMA VALIDADO
EMPÍRICAMENTE EN TERAPEUTAS QUE LABORAN EN ESCENARIOS
CLÍNICOS.”**

PRESENTA

Margarita Reyes Alonso

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

TUTORA

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

COMITÉ TUTORAL

Dra. Ma. de los Ángeles Vacio Muro

Dra. Alicia Alhelí Chaparro Caso López

Aguascalientes, Ags, 22 de noviembre del 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

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

Por este medio, hacemos de su conocimiento que **Margarita Reyes Alonso**, egresada de la MAESTRÍA EN INVESTIGACIONES SOCIALES Y HUMANÍSTICAS, ha presentado el documento final de la tesis titulada "*Integridad del Tratamiento de un Programa Validado Empíricamente en Terapeutas que laboran en Escenarios Clínicos*".

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

ATENTAMENTE

Se lumen proferre

Aguascalientes, Ags., a 13 de noviembre de 2012

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez
TUTOR(A)

Dra. Ma. de los Ángeles Vacio Miro
MIEMBRO INTERNO
DEL COMITÉ TUTORAL

Dra. Alicia Alheli Chaparro Caso López
MIEMBRO EXTERNO
DEL COMITÉ TUTORAL

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



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES

ASUNTO: **CONCLUSIÓN DE TESIS**
DEC. CCS y H. OF. N° 503

DR. FERNANDO JARAMILLO JUÁREZ,
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 "Integridad del Tratamiento de un Programa Validado Empíricamente en Terapeutas que laboran en Escenarios Clínicos", de la C. Margarita Reyes Alonso, egresada de la Maestría en Investigaciones Sociales y Humanísticas, respeta las normas y lineamientos establecidos institucionalmente para su elaboración y su autor cuenta con el voto aprobatorio de su tutor y comité tutorial.

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

A T E N T A M E N T E
Aguascalientes, Ags., 13 de noviembre de 2012
"SE LUMEN PROFERRE"

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

c.c.p.- MTRA. NORMA I. MEDINA MAYAGOTIA.- Secretaria Técnica del Consejo Académico de la Maestría en Investigación Educativa
c.c.p.- C. MARGARITA REYES ALONSO.- Egresada de la Maestría en Investigaciones Sociales y Humanísticas
c.c.p.- Archivo

ggf ✎

Agradecimientos

A mi tutora la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez por su invaluable apoyo, su gran conocimiento y su amplia experiencia. No solo me formaste como investigadora sino también como persona. Gracias por acompañarme en este proceso de aprendizaje y por compartir mi pasión por el tema.

A la Dra. Ángeles Vacío Muro por todas las veces que sin tener obligación me apoyó, resolvió dudas y sirvió de soporte emocional, he aprendido mucho de ti y a la Dra. Alicia Alhelí Chaparro Caso López por confiar en mí, por transmitirme su amplio conocimiento y por comprometerse al 100% con mi trabajo. Al profesor Francisco Javier Pedroza Cabrera por animarme y motivarme a entrar a estudiar esta maestría que tanto le dio a mi vida.

A la maestra Cecilia Méndez Sánchez por haber sido parte fundamental en mi paso por el posgrado, por contagiarme de esa pasión por la psicometría, por comprometerse de manera personal con mi formación y por ser la gran maestra que es.

A mi amiga Miriam Guadalupe Castillo Martínez por ser mi amiga, hermana, compañera y soporte emocional, este proceso no hubiera sido tan satisfactorio sin tu súper agradable compañía y sin tus palabras de aliento, fue un gusto haberte conocido justo en esta etapa de nuestras vidas.

A mis compañeros del proyecto de investigación por su apoyo invaluable: José Ángel Cerda Lizalde, Raúl Alejandro Gutiérrez García, Ana Lucía Jiménez Pérez, Miriam Iliana Veliz Salazar y Jessica Nájera Saucedo. Gracias también por ser mis amigos y por formar parte de este equipo maravilloso. ¡Los quiero!

Al Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo de la Universidad Autónoma de Baja California dirigido por el Dr. Joaquín Caso Niebla por haberme abierto las puertas y por haber aportado tanto a mi proyecto de investigación, fue una experiencia maravillosa aprender de ustedes. A Karla María Díaz López, María José Viveros Riquelme y Carlos David Díaz López por su calidez, su apoyo desinteresado y por compartir conmigo sus amplios conocimientos psicométricos y de formato.

Al señor Gerardo de Luna Mendieta y a su esposa la señora Soledad por haber sido mis ángeles durante mi estancia en el Estado de México.

A los directivos del C.E.C.A. del Estado de Aguascalientes y del Estado de México por todas las facilidades otorgadas para la realización de este proyecto de investigación. A las terapeutas de los Centros Nueva Vida Aguascalientes, Calvillo y Rincón de Romos por haber confiado ciegamente en mí y haberme ayudado a concluir mis objetivos.

A mis queridos alumnos de la Licenciatura en Docencia en Danza Folclórica Mexicana por la comprensión, por sus palabras de aliento y por permitirme aprender de ustedes.

A mis amigos de la CODIPAJ por haber sido fundamentales en mi vida durante estos dos años. ¡Dios les bendiga!

A Alma Lilia Cruz Bañares y Omaidá Paola Avila Hernández por seguir compartiendo nuestros logros al paso de los años.

Este proyecto fue financiado por el CONACYT ¡GRACIAS!

DEDICATORIA

A MIS PAPÁS MARÍA ARMIDA ALONSO GÓMEZ Y CARLOS ALEJANDRO DE GUADALUPE REYES SAHAGÚN Y A MIS HERMANOS CARLOS ARTURO Y DAVID EMMANUEL REYES ALONSO. JUNTOS SIEMPRE.

Papá: gracias por ser mi amigo, mi cómplice, mi mejor consejero, te amo con todo mi corazón.

Mamá: gracias porque mucho de lo que soy te lo debo a ti, gracias por el apoyo y creer en mí siempre, te amo mucho.

Carlos Arturo: gracias por tu gran amor, por tus palabras de aliento siempre que las necesité, sé que te sientes orgulloso de mí como yo de ti.

David Emmanuel: gracias por tu eterna sonrisa, por tus porras, por hacerme reír y por ser mi pequeño amigo!!

A Estela Magdalena Sahagún Rivas †, Abelardo Guillermo Reyes Velasco † y José Luis Alonso Velasco †... que sus nombres nunca sean olvidados.

A Consuelo Gómez Loza con el deseo de tenerla a mi lado muchos años más...

Ustedes son la sal de la tierra, si la sal pierde sabor ¿Con qué se le volverá a salar?

Mt. 5, 13

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
1. Integridad del Tratamiento	9
1.1 Programas validados empíricamente	9
1.1.1 Programas validados empíricamente en adicciones	11
1.2 Integridad del tratamiento	13
1.3 Variables asociadas a la integridad del tratamiento	17
1.4 Evaluación de la integridad del tratamiento	19
1.5 Proceso de diseminación y adopción	22
1.5.1 Tipos de adoptadores	27
2. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA) y su validez empírica	30
2.1 Descripción del programa	30
2.2 PIBA: un programa basado en evidencia científica	33
2.3 Estudios de integridad del tratamiento en el PIBA	36
2.4 PIBA en los Centros Nueva Vida	37
Objetivo general	38
Objetivos específicos	38
3. Primer estudio “Desarrollo y validación de un Inventario para medir variables asociadas a la integridad del tratamiento (IVAIT)”	39
3.1 Método	39
3.2 Resultados	43
3.3 Discusión	49
4. Estudio 2 “Medición de integridad del tratamiento y sus variables asociadas”	54

4.1 Método	54
4.2 Resultados	58
4.3 Discusión	68
5. Conclusión general	80
Referencias Bibliográficas	84
Apéndices	95
Anexos	113



Índice de tablas

Número	Nombre	Página
1	Estrategias de medición de integridad del tratamiento	19
2	Red nomológica “Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento”	40
3	Análisis de Unidimensionalidad de Rasch-Masters para el IVAIT	44
4	Análisis factorial exploratorio “Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento”	45
5	Resultados Análisis Factorial Exploratorio “Inventario Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento”	47
6	Descripción del perfil educativo-profesional de las participantes de la segunda fase	54
7	Sesiones de grabación por terapeuta	57
8	Descripción del desempeño de la participante 1	59
9	Descripción del desempeño del participante 2	60
10	Descripción del desempeño de la participante 3	61
11	Descripción del desempeño de la participante 4	64
12	Descripción de las respuestas dadas al IVAIT por las cuatro terapeutas participantes	65
13	Descripción del autoreporte de integridad del tratamiento de las cuatro terapeutas	68

Resumen

La integridad del tratamiento se define como el grado en el que los componentes esenciales de la intervención son aplicados de manera comprensiva y consistente por un agente entrenado para la intervención (Hagermoser & Kratochwill, 2009). La medición de la integridad del tratamiento resulta de suma importancia debido al vínculo directo que mantiene con la efectividad de las intervenciones. El objetivo de esta investigación fue evaluar la integridad de la aplicación y sus variables asociadas en el PIBA con terapeutas que laboran en el Sector Salud en el Estado de Aguascalientes. Con el fin de cubrir el objetivo de la medición de integridad se video grabó la aplicación del PIBA en cuatro terapeutas de los Centros Nueva Vida del Estado de Aguascalientes, se registraron estos videos en las Listas Checables para la Supervisión de Terapeutas del PIBA (Jiménez, García & Murillo, 2007). Para cubrir el objetivo de medir las variables asociadas a la integridad se construyó y aplicó el “Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento” [IVAIT] (Reyes, Méndez & Martínez, 2011). Los resultados obtenidos fueron una integridad del tratamiento menor al 50% en tres de las cuatro participantes y la participante uno obtuvo un 100% de integridad del tratamiento. Por otro lado las principales variables asociadas a la integridad del tratamiento obtenidas fueron: (a) eficacia percibida, (b) resistencia al cambio personal/profesional, (c) certeza en los resultados, (d) reconocimiento de la capacitación teórico/procedimental y (e) disposición a la actualización. Con base en estos resultados se concluyó que la aplicación no se está llevando a cabo de manera íntegra en tres de las cuatro participantes; además las variables que se asociaron de manera más significativa con la integridad fueron más de tipo personal que profesional. Como conclusión se afirma que es importante trabajar en la adopción del programa por parte de los terapeutas, la determinación del tipo de modificaciones que sí se le pueden realizar al mismo y replantear los procesos de capacitación incluyendo elementos a nivel personal y a nivel teórico procedimental.

Palabras clave: Integridad del Tratamiento, Variables asociadas a la Integridad del Tratamiento, Programas Validados Empíricamente, Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA).

Abstract

Treatment Integrity is defined as the degree essential components are delivered in a comprehensive and consistent way by a trained agent to deliver the intervention (Hagermoser & Kratochwill, 2009). Treatment integrity evaluation is important due to direct association with treatments efectivity. The aim of this work was to evaluate integrity on PIBA'S application with therapists that work in Health Area on Aguascalientes State. To meet de objective of treatment evaluation the application of PIBA was video recorded on four therapists from "Nueva Vida" Centers from Aguascalientes, the results were registered on Check Lists for therapists supervision on PIBA'S application (Jiménez, García & Murillo, 2007). To meet the objective of exploring associated variables "Inventory of variables associated to treatment integrity" [IVAIT] (Reyes, Méndez & Martínez, 2011) was built. The results were a low treatment integrity (less than 50%) in three of four therapists, the other one got a high treatment integrity (100%); the principal associated variables were (a) perceived efficacy, (b) personal/professional change resistance, (c) certainty on results, (d) recognition of theoretical and procedural training and (e) disposal to actualization. As a conclusion the application is not being full on three of four participants; also the most associated variables with integrity were more of a personal tan professional. In conclusion it is to work on program's adoption, determine what kind of modifications can be done to PIBA and remake training process but including personal and theoretical and procedural aspects.

Key words: Treatment Integrity, Associated Variables with Treatment Integrity, Empirically validated treatment, Brief Intervention Program to teenagers that start alcohol and other drugs consumption (PIBA).

Introducción

En México actualmente existen instituciones –a nivel público y privado- de atención y prevención a las adicciones, cuya finalidad es responder a la problemática actual del consumo de alcohol y otras drogas. Dentro del sector público, en el Estado de Aguascalientes, destacan los Centros Nueva Vida que dependen directamente del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA). El Estado cuenta con cuatro unidades de atención, la primera de ellos se encuentra en la capital, la segunda en el Municipio de Jesús María, la tercera en el Municipio de Rincón de Romos y la cuarta en el Municipio de Calvillo.

Dichas unidades de atención utilizan los programas de intervención breve para la atención de los usuarios de diversas sustancias. Dentro de estos, se encuentra el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas [PIBA] (Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos & Ayala, 2004, 2007, 2009). El PIBA es un programa que ha probado experimentalmente su efectividad, que está plasmado en un manual y que debe aplicarse de manera íntegra para obtener los mismos resultados de efectividad.

El código de ética que establece la APA, en relación a la capacidad profesional indica:

”Mantenimiento de la capacidad profesional. Los psicólogos que realizan evaluación, terapia, formación, asesoramiento organizacional u otras actividades profesionales, mantendrán un nivel razonable de conocimiento de la información científica y profesional en los campos de su actividad y llevarán a cabo los esfuerzos necesarios para mantener su competencia en las habilidades que usen (Art. 1.05, APA, 1992).

Bases para los juicios científicos y profesionales. Los psicólogos se basarán en el conocimiento científico y profesional cuando formulen juicios científicos o

profesionales o cuando estén implicados en tareas académicas o profesionales (Art. 1.06 , APA,1992).”

Es por ambas razones que surge el interés por evaluar la integridad del tratamiento en la aplicación del PIBA al considerar importante obtener los mismos resultados de efectividad y además la obligación ética que tienen los profesionales de la salud de mantener su competencia profesional.

Este trabajo se divide en cinco capítulos de los cuales el primero de ellos habla acerca de la teoría que sustenta este trabajo de investigación; el segundo capítulo hace una descripción completa del programa de intervención al que se le va a medir la integridad del tratamiento y además se revisa su validez empírica; el tercero y cuarto capítulo hacen referencia a los dos estudios que se llevaron a cabo para cumplir con los objetivos de la investigación, cada capítulo incluye objetivo, escenario, participantes, instrumentos y materiales, procedimiento, resultados y discusión; el último capítulo hace una conclusión general de los hallazgos obtenidos y hace algunas propuestas de trabajos que podrían realizarse a partir de los resultados de ésta.

Respecto al capítulo uno el marco teórico comienza definiendo a los programas validados empíricamente y sus requisitos, posteriormente se reportan algunos programas validados empíricamente en el área de las adicciones. El siguiente apartado define integridad del tratamiento, se reportan las variables asociadas a ella que la literatura ha reportado y se describen las estrategias utilizadas para medirla. El capítulo termina describiendo el proceso de diseminación y adopción propuesto por Rogers (2003).

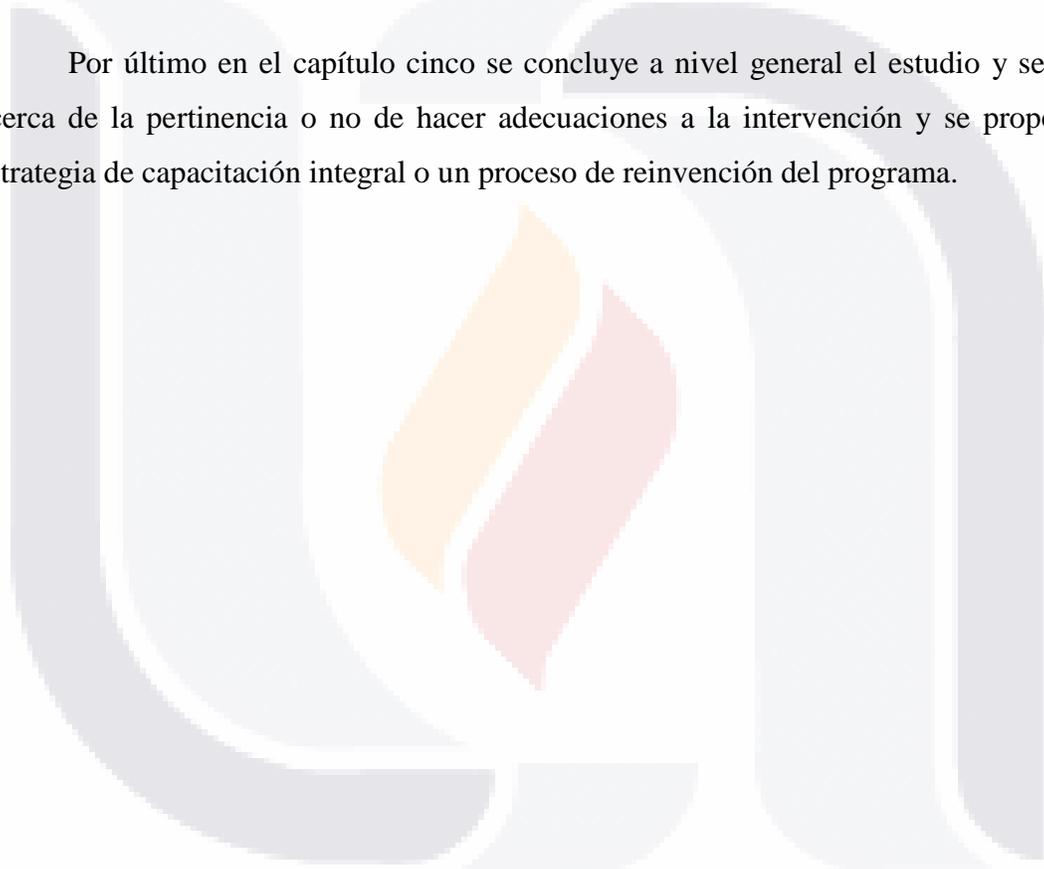
En el capítulo dos se describe el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) comenzando por los criterios de inclusión del programa y cada una de sus fases; en un segundo apartado se reportan todos los resultados de efectividad respecto al PIBA que se han reportado.

En el apartado correspondiente a la investigación en el capítulo tres se describe el proceso de construcción del Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del

Tratamiento y sus propiedades psicométricas, se discute la necesidad de realizar un análisis factorial confirmatorio.

Por otro lado en el capítulo cuatro se describe el desempeño de cada una de las terapeutas, su porcentaje de integridad, sus respuestas en el IVAIT y su auto reporte de integridad. Se discute si realmente se llevó a cabo un proceso de diseminación/adopción efectivo, la manera en la que se evaluó la integridad, la necesidad de capacitación en el uso del PIBA y en el manejo de la entrevista motivacional.

Por último en el capítulo cinco se concluye a nivel general el estudio y se discute acerca de la pertinencia o no de hacer adecuaciones a la intervención y se propone una estrategia de capacitación integral o un proceso de reinversión del programa.



1. Integridad del Tratamiento

1.1 Programas validados empíricamente

Cuando se hace referencia al uso de la terapia cognitivo conductual en el campo de la psicología clínica, generalmente se reportan dos maneras de hacer intervención con el paciente, la primera de ellas es a través de la elaboración de programas de intervención de acuerdo a la problemática que presente cada paciente en particular y en segundo lugar a través de la utilización de protocolos de intervención previamente elaborados para un tipo de población y un problema específico.

Se espera que la utilización de protocolos previamente elaborados y evaluados permitan explicar y predecir los resultados, a través de la sistematización de todos sus componentes y su justificación teórico-metodológica, con la finalidad de adquirir la capacidad de explicar y predecir resultados (Kazdin, 1986). Aunado a ello, la *American Psychological Association* [APA] (1992), define el ejercicio de la psicología clínica como una labor científico-profesional. Implica que el psicólogo debe tener un acercamiento científico y de perspectiva profesional, es decir, debe aprender y perfeccionar el saber clínico (Fernández & Pérez, 2001).

Si se decide utilizar protocolos de intervención previamente elaborados, la tendencia debe ser a la validación y correcta aplicación de los mismos. De esta manera, se puede garantizar que la intervención sea la que promueve el cambio en el sujeto y no alguna de las variables extrañas (familia, desarrollo, ambiente, etc.). Sin embargo, para obtener los resultados planteados por el autor, se debe tener un estricto control respecto a su correcta e íntegra aplicación.

Cuando se hace uso de protocolos de intervención previamente elaborados, se recomienda que se busquen aquellos que ya hayan probado su efectividad ante la población a la que va dirigido, ya que de ésta manera se tiene la seguridad de que si se aplica en las mismas condiciones, el programa será efectivo.

En la literatura científica acerca de los protocolos de intervención previamente elaborados -que cuentan con evidencias de efectividad obtenidas a través de someter el protocolo a procedimientos de investigación y obtención de resultados- se les conoce como programas validados empíricamente. Chambless y Ollendick (2001) definieron un programa validado empíricamente como aquel que ha demostrado experimentalmente su efectividad cumpliendo con los siguientes requisitos:

1. Tener por lo menos dos experimentos con un diseño inter-grupo, que demostraron su eficacia en una o más de las siguientes maneras: (a) superioridad a píldora o psicoterapia placebo, u otro tratamiento; (b) equivalencia a un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados, o bien una gran cantidad de experimentos con diseño de caso único y demostrar eficacia con uso de un buen diseño experimental o comparar la intervención con otro tratamiento.

2. Los experimentos deben ser realizados con manuales de tratamiento que sean igualmente claros.

3. Se deben especificar las características de las muestras.

4. Los efectos deben ser demostrados por un mínimo de dos investigadores o equipos diferentes.

También es importante la evaluación constante de la eficacia y efectividad de los programas validados empíricamente por tres razones, en primer lugar hacer evolucionar la ciencia psicológica; en segundo lugar la competencia fuerte que hace el imparable desarrollo de tratamientos de tipo psicofarmacológicos y; en tercer lugar la promoción de las intervenciones en lugares en los que terceros las patrocinan (gobierno, asociaciones civiles, etc.), para obtener el máximo beneficio para el paciente y el mínimo gasto para el que está pagando el servicio (Fernández & Pérez, 2001).

1.1.1 Programas validados empíricamente en adicciones.

Los investigadores han realizado esfuerzos significativos para evaluar de manera constante la efectividad de los programas de intervención. Por otro lado, en el área de la psicología, son los psicólogos conductistas quienes más han publicado con este objetivo. La evaluación de la integridad del tratamiento es un requisito muy importante para garantizar su efectividad de los tratamientos, ya que los resultados de investigación se han obtenido a partir de la aplicación del procedimiento tal cual fue planteado. Es en este rubro donde muchos investigadores fallan al no tomar en cuenta dicha evaluación.

En México, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) es quien se ha dado a la tarea, de hacer públicos algunos Programas de Intervención validados empíricamente en el área de las adicciones. Algunos de estos programas son: Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, Loyola & Vázquez, 2005); Manual de detección temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría, Ruíz, Salazar & Tiburcio, 2004); Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a sustancias adictivas (Barragán, Flores, Morales, González & Martínez, 2005); Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, González, Medina, Cruz & Ayala, 2005) y el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, Ayala, Salazar, Ruíz & Barrientos, 2004).

Los programas anteriormente mencionados, ya han publicado sus procedimientos en manuales, en los que explican su aplicación de manera clara y sistemática para lograr la misma efectividad que ha sido encontrada empíricamente.

Uno de los elementos que se consideran dentro de los programas validados empíricamente para la correcta reproducción de los resultados obtenidos, es la integridad del tratamiento (Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007), ya sea evaluada en los mismos aplicadores o terapeutas que colaboran dentro del equipo de investigación o bien, en terapeutas o aplicadores en escenarios clínicos ajenos al equipo de investigación que la estén poniendo en práctica. Existen textos científicos que plantean criterios metodológicos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para evaluar la integridad del tratamiento (Gresham, 1989,2009; Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007; Dane & Schneider, 1998; Hagermoser & Kratochwill, 2009; Schulte, Easton & Parker, 2009; Borrelli, Sepinwall, Bellg, Breger, DeFrancesco, Sharp, Ernst, Czajkowski, Levesque, Ogedegbe, Resnick & Orwig, 2005); y a su vez, existen trabajos que, dentro de sus variables de investigación, toman en cuenta la integridad del tratamiento para valorarla (Basen, O'Hara, Lovato, Lewis, Parcel & Gingiss, 1994; Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu & Botvin, 1990; Hansen & Graham, 1991).

En el campo de la psicología se encuentran este tipo de procedimientos de evaluación de la integridad del tratamiento, principalmente en el área clínica y educativa. Dentro de la clínica, una de las sub áreas en la que más se han publicado los niveles de integridad del tratamiento es en el ámbito de las adicciones (Schulte, Easton & Parker, 2009; Dusenbury, Brannigan, Falco & Hansen, 2003). Esto es importante ya que el consumo de alcohol y otras drogas es una problemática actual de salud pública, y por esta razón es importante utilizar estrategias efectivas y de bajo costo, por lo que resulta importante apegarse a los procedimientos basados en evidencia científica para obtener resultados de efectividad.

Dusenbury, Brannigan, Falco y Hansen (2003) mencionan algunos de los programas preventivos del abuso de sustancias en escenarios escolares, que han tomado en cuenta dentro de sus mediciones la valoración de la integridad del tratamiento; además también se reportan en estas investigaciones las estrategias que se utilizaron para medirla.

Basen, O'Hara, Lovato, Lewis, Parcel y Gingiss (1994) en su estudio titulado "*The effect of two types of teacher training on implementation of Smart Choices: a tobacco prevention curriculum*" utilizaron el auto reporte a través de encuesta para medir adherencia, midiendo el porcentaje de contenidos entregados del total de contenidos propuestos.

Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu y Botvin (1990) en su investigación titulada "*Preventing adolescent drug abuse through multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study*" utilizaron observadores que llenaron una lista checable por cada

sesión midiendo el porcentaje de la sesión que se completó, si se utilizó el material y la calificación para cada sesión.

Hansen y Graham (1991) en el estudio titulado “*Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: peer pressure, resistance training versus establishing conservative norms*” emplearon observadores externos y maestros utilizando una forma que medía el entusiasmo de los maestros y el grado en que la enseñanza alcanzó las metas del programa.

1.2 Integridad del tratamiento

La integridad del tratamiento es un concepto relativamente nuevo y complejo cuyas definiciones han sido tomadas de diversos campos, como el de la educación y la psicología clínica. Estas definiciones ponen en evidencia lo complejo que ha sido definirlo y además la multidimensionalidad de las definiciones (Hagermoser & Kratochwill, 2009). Resulta difícil acumular conocimientos en esta área, ya que es un concepto que se ha nombrado de muchas formas tales como *fidelidad del tratamiento*, *integridad de la intervención*, *fidelidad de la implementación*, *adherencia*, *calidad de la implementación*, esto, además ha dificultado definir de manera clara los elementos básicos de la integridad del tratamiento (Sanetti & Kratochwill, 2009).

Integridad del tratamiento es definida como el grado en el que una variable independiente es efectuada de la manera en la que estaba diseñada (Peterson, Homer & Wonderlich, 1982). También puede ser definida como el grado en el que los componentes esenciales de la intervención son llevados a cabo de una manera comprensiva y consistente por un agente entrenado para implementar la intervención (Hagermoser & Kratochwill, 2009).

Dane y Schneider (1998) así como Noell (2008) enunciaron un modelo para organizar las dimensiones que son tomadas en cuenta para medir integridad del tratamiento:

- Contenido: ¿Qué pasos del tratamiento fueron aplicados entregados?

- Calidad: ¿Con qué calidad se efectúa cada uno de los pasos de la intervención?
- Cantidad: ¿Cuánto del total de la intervención fue mostrado?
- Proceso: ¿Cómo fue implementada la intervención?

Por otra parte distintos investigadores han definido cinco dimensiones para describir la integridad del tratamiento: adherencia, exposición, calidad de la aplicación, sensibilidad del participante y diferenciación del programa (Durlak & Dupree, 2008; Dusenbury et al., 2003). Más tarde, Bell (2009) elabora una definición de cada una de estas dimensiones con base en lo reportado por estos autores:

- (a) *Adherencia*: grado en el que los componentes de un programa se aplican como fueron prescritos en el modelo, los indicadores pueden ser contenido, método y actividades.
- (b) *Exposición*: cantidad de programa que se aplicó en relación con la cantidad prescrita en el modelo del programa, los indicadores pueden ser número de sesiones, frecuencia y duración de las mismas.
- (c) *Calidad de la implementación*: manera en la que el programa es aplicado. Se pueden incluir aspectos como la preparación del terapeuta, el entusiasmo y el tipo de interacción. Este punto es importante porque el terapeuta puede ejecutar un programa completo, pero de manera pobre y sin esfuerzo personal y esto, evidentemente, va a influir sobre los resultados del usuario.
- (d) *Sensibilidad del participante*: la manera en la que el usuario se compromete con el programa que está recibiendo. Incluye indicadores tales como percepciones de la relevancia y utilidad del programa, compromiso y entusiasmo en cada una de las actividades. Esta dimensión juega un papel importante en la consecución de resultados.
- (e) *Diferenciación del programa*: grado en el que los elementos primordiales del programa son diferenciables de elementos primordiales de otros programas.

También puede entenderse como la identificación de los elementos principales que producen resultados favorables en el usuario.

La relevancia de evaluar la integridad del tratamiento radica en que las demostraciones empíricas de cambios medibles, en variables dependientes, deben ser atribuibles a manipulaciones controladas en la variable independiente (Gresham, 2009). Cuando se habla de integridad del tratamiento, la variable independiente se refiere a un tratamiento manipulado, una variable instruccional o alguna variable significativa de resultado (Gresham, MacMillan, Beebe-Frankenberger & Bocian, 2000).

Bell (2009) hizo una revisión bibliográfica sobre integridad del tratamiento y resumió en cinco las razones por las que es importante medirla: (1) entender la implementación del programa; (2) examinar los supuestos teóricos que subyacen al programa; (3) entender por qué un programa tiene éxito o fracasa en sus resultados; (4) proporcionar retroalimentación para la mejora continua de la calidad y; (5) proporcionar retroalimentación a los creadores del programa sobre el mismo.

Por otro lado, los datos de integridad son fundamentales para que los investigadores puedan hacer conclusiones confiables respecto a los resultados que se obtienen de los tratamientos (Peterson, Homer & Wonderlich, 1982; Shadish, Cook & Campbell, 2002). Por su parte, Gresham, McMillan, Beebe-Frankenberger y Bocian (2000) pusieron en evidencia la importancia de medir la integridad del tratamiento con unos ejemplos médicos que pueden trasladarse al ámbito psicológico como por ejemplo: un individuo debe tomarse durante cinco días un régimen de antibióticos para atacar una infección bacteriana; un niño que reciba seis de 12 inoculaciones, tendrá un riesgo alto de contraer serias enfermedades infantiles comparándose con quien sí recibió el protocolo de inoculación completo. También estableció ejemplos en el área educativa: si un alumno recibe tres de seis componentes de un programa de ayuda fonológica no obtendrá las capacidades necesarias para decodificar sonidos. En el mismo sentido puede ocurrir con la no implementación completa de los programas de intervención.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A pesar de que se ha demostrado la importancia de medir la integridad con la que son aplicados los diferentes programas de intervención para diferentes tratamientos (p.e. Gresham, McMillan, Beebe-Frankenberger y Bocian, 2000) son muy pocas investigaciones enfocadas a ello. En 1993 Gresham, Gansle, Noell, Cohen y Rosenblum encontraron que menos de un tercio de los estudios de cambios comportamentales y también de educación, reportaron medidas de integridad del tratamiento; esto coincide con lo encontrado por Dane y Schneider (1998) quienes mencionan que únicamente el 24% de 162 estudios en el área de adicciones y educación valoraron integridad del tratamiento; por otra parte McIntyre, Gresham, DiGennaro y Reed (2007) afirmaron que el rango de estudios que tomaron en cuenta la medición de integridad fue de entre 3.5% y 28%.

Los requisitos para que se presente la integridad del tratamiento en un programa son: definir operacionalmente los componentes; entrenar a los terapeutas con métodos directos y; monitorear la implementación y supervisión continua (Perepletchikova, 2011).

Es por lo anterior que, la integridad del tratamiento es un vínculo muy importante entre el uso y la efectividad de las intervenciones. Los planes de tratamiento que son efectuados con una pobre integridad, hacen difícil la labor de marcar inferencias exactas acerca de la relación entre una intervención y un cambio conductual (Gutkin, 1993; Peterson, Homer & Wonderlich, 1982; Shadish, Cook & Campbell, 2002).

Perepletchikova, Treat y Kazdin (2007) afirmaron que si hay un rompimiento en la integridad del tratamiento no se puede asegurar la validez experimental y de constructo del estudio, además que la imprecisión en la entrega del tratamiento causa ambigüedad e incertidumbre a la causa y la razón del cambio. Por otro lado Fiske (2008), encontró que en los estudios experimentales en los que se mide integridad, proveen una muy rigurosa evaluación de la relación entre ella y el robustecimiento de los resultados de las intervenciones.

Así pues, la integridad del tratamiento es uno de los elementos que todo equipo de investigación debiera considerar dentro de las intervenciones que proponen, para su validez y su evaluación dentro del proceso de diseminación, y su posterior diseminación.. También

sería importante supervisar a los profesionales ajenos al equipo de investigación, para corroborar si están presentando dicha integridad. Sin embargo, en escenarios clínicos puede encontrarse una relación entre integridad y efectividad no informativa. Esto es, un programa puede demostrar su efectividad en un tipo de establecimiento, pero cuando se aplique en otro –aún con alta integridad- no se obtengan los mismos resultados (Perepletchikova, 2011).

Pueden existir razones de diversa índole para hallazgos inespecíficos, tales como las características de los clientes, los establecimientos, el tratamiento y el terapeuta (Perepletchikova, 2011). A continuación, se reportan las variables que están relacionadas con el tratamiento y el terapeuta.

1.3 Variables asociadas a la integridad del tratamiento

Es claro entonces que, no solo es importante conocer si el programa se aplica de manera íntegra, pues este aspecto solo favorecería al profesional que aplica el programa. Así que, es importante también, saber las razones por las cuales el profesional está o no está siendo íntegro, a estas razones se les llama variables asociadas a la Integridad del Tratamiento (Galloway & Sheridan, 1994; Watson & Robinson, 1996; Watson, Sterling & McDade, 1997).

Conocer y analizar las variables asociadas a la integridad del tratamiento permite: entender de manera integral el concepto de integridad, hacer una exploración exhaustiva sobre las razones por las cuales se está aplicando un programa de manera íntegra o no y posteriormente, intervenir en ellas a favor de mejorar la integridad.

En algunos estudios se han descrito diversas variables asociadas a la integridad del tratamiento. Por ejemplo Gresham (1989, 2009) señaló cinco variables que pueden estar relacionadas, en primer lugar la dificultad de implementación de la intervención; en segundo lugar el tiempo de aplicación; en tercer lugar el número de individuos que son requeridos para la implementación del tratamiento; en cuarto lugar la tensión de recursos del agente de tratamiento (cómo el tratamiento pone a prueba los conocimientos y

habilidades del terapeuta que implementa la intervención) y; por último en quinto lugar la aceptación por parte del terapeuta del tratamiento que implementará.

Perepletchikova et al. (2007) mencionaron que algunas variables asociadas a la integridad del tratamiento son: (1) adherencia del terapeuta al tratamiento; (2) competencia del terapeuta y; (3) diferenciación del tratamiento. El autor señaló que competencia profesional presupone integridad, pero el concepto de integridad no presupone competencia profesional, ya que el terapeuta se puede apegar de manera estricta al manual de la intervención, mas no poseer las habilidades terapéuticas necesarias para realizarla. los tratamientos detallados en un manual reducen la variabilidad al momento de aplicar la intervención y aumenta la integridad del tratamiento.

Lozano-Blanco, Sobell y Ayala (2002) encontraron que, tradicionalmente los investigadores utilizan las conferencias y las revistas científicas para comunicar sus hallazgos, pero la mayoría de los administradores de salud no leen este tipo de revistas ni asisten a congresos de actualización. Por otro lado, se ha reportado que los médicos no utilizaron una intervención si no les fue cómoda y clínicamente útil (Sobell, 1996). Con base en estos hallazgos los investigadores de este estudio concluyeron que una de las variables asociadas a la integridad del tratamiento es la actitud de los profesionales de la salud y su disposición para recibir innovaciones. Esta afirmación coincide con la señalada por Gresham (1989, 2009) respecto al grado de aceptación del tratamiento que implementará el profesional.

En diversos estudios del área educativa (Basch, 1984; Fullan, 1985; McLaughlin & Marsh, 1978; Patterson & Czajkowski, 1979; Perry et al.,1997) se ha afirmado que el entrenamiento y el desarrollo del personal son componentes necesarios para una correcta implementación de un programa de intervención.

Por su parte, Norcross y Prochaska (1983) se refieren al enfoque teórico de preferencia de los terapeutas como una de las variables asociadas a la integridad del tratamiento, ya que encontraron que las causas principales por las que el terapeuta elige utilizar determinado protocolo de intervención, son de tipo personales; por ejemplo la

orientación de su terapeuta personal o algún profesor, pero ninguno de ellos estableció como causa de su elección los resultados de efectividad de las intervenciones basados en la investigación. Lo anterior podría indicar que los profesionales parecen estar desinteresados en respaldar su trabajo clínico en resultados de investigación.

Carroll, Patterson, Wood, Booth, Rick y Balain (2007) reportaron otro tipo de variables de tipo institucional tales como la organización, la comunidad en la que se implementa el programa y los sistemas de soporte de los programas.

A partir de esta revisión en la literatura científica, las variables asociadas a la integridad del tratamiento pueden clasificarse en tres grupos: (1) Implementación de la intervención: tipo de entrenamiento, utilización del manual del terapeuta, tiempo de aplicación, complejidad de la intervención, enfoque teórico de preferencia; (2) Recursos del terapeuta: experiencia, eficacia percibida y estilo terapéutico y; (3) Actitud y disponibilidad para recibir innovaciones actitud general hacia el cambio, lectura de revistas científicas de actualización y asistencia a congresos.

1.4 Evaluación de la integridad del tratamiento

Lo primero que los investigadores recomiendan es conocer con exactitud cuál de las dimensiones de la integridad se va a medir -contenido, calidad, cantidad o proceso-; aunque lo ideal es medirlas todas de manera simultánea para poder tener una visión mas comprensiva e integral de la implementación del programa que se está evaluando. En la siguiente tabla se muestran algunas estrategias para medir la integridad del tratamiento (Bell, 2009).

Tabla 1

Estrategias de medición de integridad del tratamiento

Estrategia	Descripción	Ventajas	Desventajas
Auto reporte	Encuestas, entrevistas o grupos focales realizados a los implementadores o a los usuarios de los	Le permite al implementador valorar su fidelidad, y los resultados. Es menos costosa que la	Posee menos confiabilidad que la observación directa. Los implementadores pueden tener poca

	programas. Ejemplo: ¿Qué tanto te adheriste al programa?	observación directa.	habilidad para recordar información de manera exacta.
Observación directa	Puede ser de manera directa o por medio de videograbaciones. Para valorarla se pueden utilizar listas checables, formatos de calificación ó descripciones cualitativas de la implementación. Los observadores deben estar entrenados en los componentes del tratamiento así como en el uso del instrumento de registro. Los observadores pueden ser miembros de un equipo de evaluación, de una agencia o miembros de la comunidad.	Provee una valoración más objetiva de la implementación del programa. Cuando es videograbada se protege la intrusión y permite la valoración por parte de varios observadores.	Relacionadas con aspectos tecnológicos: baja de baterías, no haber puesto grabar a la videograbadora.
Datos de archivo o administrativos	Manuales de tratamiento, expedientes, planes de implementación.	Puede dar información acerca de cantidad y duración de los participantes y poder saber si las actividades fueron realizadas.	No presenta desventajas.

Se recomienda que, para obtener resultados más exactos y que den una visión más comprensiva, deben usarse estrategias de medición que incluyan múltiples métodos y provean información desde diferentes recursos (Bell, 2009). Existen evidencias de investigación que afirman que los datos obtenidos, a través de la observación, son más

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

fuertes si se correlacionan con resultados del programa y datos de auto reporte (Dane & Schneider, 1998).

Por otro lado Perepletchikova, Treat y Kazdin (2007) propusieron algunas orientaciones metodológicas para realizar la evaluación de la integridad del tratamiento; además, afirmaron que se puede hacer una evaluación directa o indirecta o con estrategias híbridas. La evaluación directa consiste en la observación que puede realizarse con los miembros del equipo en el establecimiento del tratamiento observándolo a través de un vidrio espejo, monitores o videograbaciones.

La evaluación indirecta incluye autorreporte, es decir, reportes del cliente describiendo lo realizado en la sesión y hojas de recolección de datos. La desventaja de esta estrategia es que puede haber distorsión en la autorrepresentación por parte del terapeuta, percepción alterada del pasado por ambas partes y una recolección pobre de información. En términos generales, este tipo de evaluaciones, pueden utilizarse como suplementarias.

Por último, la estrategia híbrida consistiría en combinar estrategias de evaluación directas e indirectas.

Instrumentos como listas checables y protocolos de observación que cuentan con propiedades psicométricas aceptables, tienen mayor probabilidad de demostrar relación entre integridad del tratamiento y resultados, (Gansle & McMahon, 1997; Rhymer, Evans-Hampton, McCurdy & Watson, 2002). Si se habla de costos para la evaluación Una estrategia menos costosa es aplicar una escala que incluya rangos de adherencia y competencia en las diferentes dimensiones de la intervención (Schulte, Easton & Parker, 2009).

Lee, August, Realmuto, Horowitz, Bloomquist y Klimes-Dougan (2008) propusieron un sistema de red y teleconferencia para valorar la calidad de la entrega de un programa educativo en 27 sitios de escuelas, se midió exposición, adherencia y calidad de entrega del programa. Para evaluar exposición y adherencia, la familia llenaba a la semana una encuesta electrónica y la calidad de la implementación, se midió por teleconferencia cuando se les preguntó sobre la entrega de la intervención a los implicados. Este

procedimiento tiene la limitación de que únicamente está basado en datos del autoreporte. Con respecto al autoreporte los investigadores han podido demostrar que los que implementan las intervenciones sobre estiman su propio nivel de integridad (Dusenbury et al., 2005; Lillehoj, Griffin & Spoth, 2004).

Con respecto al autoreporte los investigadores han podido demostrar que los que implementan las intervenciones sobre estiman su propio nivel de integridad (Dusenbury et al., 2005; Lillehoj, Griffin & Spoth, 2004).

Dentro de la literatura se han reportado algunas propuestas para evaluar la integridad del tratamiento, muchas de ellas reflejan un aumento en la sofisticación de la medida, esto, por consecuencia, aumenta el costo y el tiempo para medirla (Schulte, Easton & Parker, 2009).

1.5 Proceso de diseminación y adopción.

La adopción, se refiere al proceso de trasladar un programa validado empíricamente de la práctica científica a la práctica clínica. Para que un programa pueda ser adoptado debe ser sometido a un proceso de diseminación adecuado. A través del proceso de diseminación, el programa llega a instituciones de carácter público o privado que pueden utilizarlo, por ésta razón, es importante también evaluar a los profesionales que laboran en estas instituciones y aplican el programa. Estas acciones garantizan que el programa se está entregando como fue planeado y por tanto, posibilita que los profesionales obtengan los mismos resultados que ya fueron reportados por investigadores. Asegurar la integridad del tratamiento es importante para la diseminación de las prácticas con evidencia científica y la buena calidad en la implementación de los servicios (Bond, Becker & Drake, 2011)

Desafortunadamente aun cuando los programas validados empíricamente se adoptan para su uso, son aplicados con bajos niveles de integridad del tratamiento (Elliot & Mihalic, 2004). A continuación se detalla el proceso de diseminación que generalmente se sigue para adoptar un programa de este tipo.

Es necesario -para el fortalecimiento del bienestar de la sociedad- que el desarrollo de la ciencia y las propuestas innovadoras efectivas de los científicos, que resultan de los trabajos de investigación, sean promovidos entre la población en general. Con este fin, se debe llevar a cabo un proceso que contribuya a la propagación y promoción efectiva de las propuestas innovadoras. Al respecto, Rogers (2003) elaboró un modelo para realizar la difusión de las innovaciones llamado “Modelo de Diseminación y Adopción”. En esta propuesta se enumeran una serie de pasos y los requisitos necesarios para llegar al objetivo; además, respecto a cada uno de los pasos del proceso, se plantean requisitos necesarios y factores asociados al correcto cumplimiento de cada uno de ellos.

El primer concepto relacionado con la innovación definido por Rogers es la adopción, la cual es una decisión de uso completo de una innovación como el mejor curso de acción disponible. Contrario a esto, se encuentra el concepto de rechazo que se refiere a la decisión de no adoptar una innovación. Estos dos conceptos serían el último resultado del proceso de difusión de las innovaciones, lo deseable es que ocurra la adopción. Lograr dicho resultado, depende en gran medida de la correcta realización de cada uno de los pasos del proceso, aunque no podemos dejar de lado a los factores asociados.

La difusión es el proceso en el que una innovación es comunicada al sistema social, a través de canales precisos sobre determinado tiempo. Dentro del proceso de difusión de las innovaciones, se encuentran cuatro componentes clave, los cuales son considerados relevantes para cumplir el objetivo de la diseminación.

- Innovación: idea, práctica o proyecto que es percibido como nuevo por un individuo o su unidad de adopción.
- Canales de comunicación: previo a esta definición es pertinente conceptualizar proceso de comunicación como “un proceso en el que los participantes crean y comparten información con otro con el objetivo de alcanzar un entendimiento mutuo” (p.5), este proceso debe partir de un recurso; un recurso es “un individuo o una institución que origina un

mensaje”, el canal es el “medio por el que un mensaje llega de el recurso al receptor” (p.204).

- Difusión es un tipo específico de comunicación e incluye los siguientes elementos: innovación, dos individuos o unidades de adopción y un canal de comunicación. Debe ser un proceso social que incluya la comunicación interpersonal, ya que este tipo de canal interpersonal es más efectivo que los canales de medios masivos de comunicación, dado que éstos pueden tener un grado de homofilia, es decir, identificación entre ellos -a nivel creencia, educación, gustos, estatus socioeconómico- esto ayuda de manera significativa a la difusión de una innovación.
- Tiempo: es un factor básico para determinar si el receptor aceptará o no aceptará la innovación que se le propone.
- Sistema social: definido como “un grupo de unidades interrelacionadas comprometidas en unión para resolver un problema y llevar a cabo una meta en común” (p.23).

Rogers estableció que hay un proceso llamado de Innovación-Decision, que es el que explica cómo es que se lleva a cabo la adopción de la innovación propuesta. Este proceso se define como una actividad de búsqueda y procesamiento de información en la que un individuo es motivado a reducir la incertidumbre acerca de las ventajas y desventajas de una innovación. Comprende cinco pasos que siguen un procedimiento ordenado y que lleva un tiempo determinado: (1) conocimiento; (2) persuasión; (3) decisión; (4) implementación y; (5) confirmación. A continuación se describe cada uno de ellos.

1. Conocimiento: el individuo aprende acerca de la existencia de la innovación e investiga información acerca de la misma. Existen varias preguntas base en esta primera etapa de conocimiento: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Por qué? En esta etapa, el individuo determina y aprende a qué se refiere la innovación, cómo trabaja y por qué trabaja de esa forma. Los

conocimientos que deben lograrse en el sujeto adoptador, con el fin de que el concepto que se construya respecto a la innovación sea el correcto, están relacionados con el conocimiento a conciencia, que se refiere al conocimiento de la existencia de la innovación. Este tipo de conocimiento lo que puede hacer es motivar a el individuo a aprender más acerca de la innovación y adoptarla (Sahin, 2006). Otro, es el conocimiento acerca de cómo conocer, el cual contiene información acerca de cómo utilizar una innovación de manera correcta. A este tipo de conocimiento se le considera esencial porque incrementa la oportunidad de adopción de la innovación (Sahin, 2006). Por último, el conocimiento de principios, el cual se refiere a la descripción de cómo y porqué funciona la innovación.

Es importante señalar que poseer estos tres tipos de conocimiento no es garantía de que efectivamente se adoptará la innovación que se le está proponiendo.

2. *Persuasión*: “formación de una actitud favorable o desfavorable hacia la innovación, no siempre pesará directa o indirectamente en la adopción o el rechazo” (p.176). Rogers afirmó que mientras la etapa de conocimiento es más cognitiva, esta etapa es más centrada en el afecto. En esta etapa, el grado de incertidumbre acerca del funcionamiento de la innovación y el refuerzo social de otros, afectan las opiniones y creencias de la innovación.

3. *Decisión*: el sujeto escoge adoptar o rechazar la innovación propuesta para su uso, la adopción ya ha sido descrita anteriormente, aunque es necesario agregar que la prueba previa de la innovación, puede favorecer que se adopte. Respecto a la decisión opuesta, que sería el rechazo, existen dos tipos. El rechazo activo se da cuando el individuo prueba la innovación y piensa en adoptarla, pero en un momento posterior decide no hacerlo. En este caso se da lo que es conocido como una decisión descontinuada, la cual implica rechazar una innovación después de haberla adoptado previamente. Por otro lado, el rechazo pasivo se da cuando el sujeto no piensa en adoptar la innovación en lo absoluto y nunca tuvo contemplado adoptarla.

4. *Implementación*: la innovación se pone en práctica, hay incertidumbre y seguramente quien la implemente necesitará ayuda para reducir el grado de incertidumbre (entrenamiento). Es en ésta etapa donde se puede dar el proceso de reinversión, esto

significa que la innovación se modifica por el usuario al momento de ser adoptado e implementado.

5. *Confirmación*: el individuo busca respaldar su decisión, misma que se puede detener si quien va a adoptar se expone a información conflictiva con respecto a la innovación. Aunque el individuo busca contrarrestar este tipo de mensajes, él mismo otorga mensajes positivos que confirmen su decisión.

Otros elementos de suma importancia a considerar para que un individuo pueda adoptar la innovación, son los atributos de la misma. Para Rogers es muy importante señalar que una adopción contribuye a reducir la incertidumbre respecto a cómo se utiliza la propuesta innovadora. No obstante, para que pueda reducirse la incertidumbre, es importante que la propuesta innovadora posea algunos atributos que ayuden a disminuir la velocidad de la adopción. Estos atributos son: ventaja relativa, compatibilidad, complejidad, capacidad de ser probada y observabilidad, los cuales se definen a continuación.

Ventaja relativa: grado en el que una innovación es percibida como mejor que la idea a la que reemplaza.

Compatibilidad: grado en el que una innovación es percibida como consistente con los valores existentes, experiencias pasadas y necesidades del adoptador potencial.

Complejidad: grado en el que una innovación es percibida como relativamente difícil de entender y usar.

Capacidad de ser probada: grado en el que una innovación puede ser experimentada en una forma limitada, entre más probada pueda ser una innovación, más rápidamente podrá ser aceptada.

Observabilidad: grado en el que los resultados de una innovación son visibles para otros.

1.5.1 Tipos de adoptadores

Dentro del sistema social no todos los que adoptan una innovación poseen las mismas características como seres humanos ni las mismas expectativas respecto a la innovación que se les sugiere. Es por esto que Rogers propuso una clasificación en cinco categorías de los sujetos adoptadores: innovadores, adoptadores tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados, los cuales se explican a continuación.

Innovadores: aquellos que están esperando experimentar nuevas ideas, no se sienten limitados para enfrentarse ante innovaciones que no sirven o con cierto nivel de incertidumbre respecto a la propuesta innovadora que se les hace, Rogers afirma que del 100% de los sujetos adoptadores, los innovadores solo son el 2.5%.

Adoptadores tempranos: son líderes dentro del sistema social, a quienes recurren otros miembros para obtener información respecto a la innovación. Por lo que, la actitud de estos líderes hacia la innovación es de suma importancia, dado que sus evaluaciones subjetivas respecto a la misma, alcanzan a otros miembros del sistema social a través de redes interpersonales. Otra de las funciones de estos líderes es disminuir la incertidumbre y poner el ejemplo de aprobación de la nueva idea adoptándola. El autor plantea que del 100% de los sujetos adoptadores, el 13.5% son adoptadores tempranos.

Mayoría temprana: tienen buena interacción con otros miembros del sistema social, pero no tienen el liderazgo de los adoptadores tempranos. Aunque sus redes sociales son importantes en el proceso de diseminación, ellos adoptan la innovación antes que el otro 50% del total. Del 100% de los sujetos adoptadores, la mayoría temprana representa el 34%.

Mayoría tardía: son escépticos respecto a adoptar la innovación, la presión social puede llevarlos a tomar la decisión de la adopción, ellos pueden tener el presentimiento de que es seguro adoptar la propuesta innovadora. Del 100% de los sujetos adoptadores, la mayoría temprana representa el 34%..

Rezagados: son sujetos tradicionales, generalmente sus redes sociales suelen consistir en otros sujetos rezagados como ellos, no son líderes y sus recursos son limitados, su tiempo de decisión suele ser largo. En esta categoría están incluidos el 16% del total de sujetos adoptadores.

Es importante resaltar la importancia que Rogers le da a la ayuda que un conocedor de la innovación debe darle al adoptador para que éste tome una decisión de hacerla suya y utilizarla. En el campo de la psicología clínica se puede llevar a cabo esta indicación a través de la capacitación, la cual debe impartirse de manera oportuna y por especialistas del área. Esto contribuirá a reducir la incertidumbre en el uso del programa y aumentar la posibilidad de que éste sea utilizado con motivación y de manera correcta.

Para realizar una diseminación exitosa de los tratamientos basados en investigaciones, es necesario conocer el ambiente en el cual se va a utilizar ésta intervención y utilizar estrategias que puedan incrementar el éxito de transmitir las innovaciones (Martín, Herie, Turner & Cunningham, 1998).

La diseminación en el área de la Psicología tiene como razón de ser que ésta es una ciencia que ha trabajado por aportar avances significativos que permitan una mejor convivencia humana; lo ha logrado a través de estrategias elaboradas y validadas. Es importante mencionar esto, ya que antes se pensaba que el psicólogo científico concluía su tarea con la publicación de sus resultados en alguna revista arbitrada, en algún congreso, libro de texto, entre otros. Esta percepción se contrapone con la idea de una psicología como ciencia humana que, dentro de sus tareas y de acuerdo al análisis conductual aplicado, debe abordar problemáticas “socialmente relevantes” (Cooper, 1987). Es por esto que se debe replantear la relación entre ciencia y realidad social (Pelechano, 1984), promoviendo y diseminando los procesos y resultados de investigación para su correcta adopción y posterior aplicación. En el caso de los programas de intervención breve validados empíricamente, es necesario contar con un proceso de diseminación adecuado y efectivo, ya que el término exitoso del proceso puede garantizar una implementación de la intervención que sea íntegra.

Por otro lado, es necesario que los profesionales de la salud adopten y utilicen programas de intervención con evidencia científica que ya hayan sido empíricamente validados, ya que esto garantizará la efectividad de la intervención que estén realizando. Los programas que, de acuerdo a la APA son empíricamente válidos son los que deben diseminarse, ya que, está demostrado que son efectivos y esto nos ayudaría a reducir el costo que implica el estar realizando intervenciones en el área de la salud que no garantizan la efectividad. Existen ya algunos estudios reportados que hablan acerca de la importancia de la diseminación-difusión en el área de la psicología.

Por ejemplo, en 2003 Martínez, Carrascosa y Ayala realizaron un estudio llamado “Una estrategia de diseminación en la Psicología: los talleres interactivos” en el que se reportó que los profesionales de la psicología clínica no utilizan los hallazgos de la investigación clínica por lo que intervención es fundamentada en el ensayo y error, la autora concluye afirmando que es importante incluir a los profesionales de la salud como parte complementaria del proceso de investigación para así cubrir el objetivo de la diseminación y aplicación de técnicas y tratamientos efectivos.

Por otro lado, desde 1999 el *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* a través de la red de ensayos clínicos aleatorios (CTN) se ha dado a la tarea de formar nodos regionales junto con un coordinador general, para proveer infraestructura y entrega de programas que posean evidencias científicas. Esta propuesta surgió debido a que en 1998, en el Instituto de medicina, se identificó un hueco entre la investigación y la adopción, pues muchos programas nunca llegan a ser adoptados. La CTN se encarga de probar la efectividad de las intervenciones en las condiciones del mundo real. Dentro de las tareas que realizan se encuentran probar y adaptar intervenciones de acuerdo a las necesidades de una población en específico; transferir conocimiento, es decir promover resultados de investigación a los profesionales clínicos y entrenar a los profesionales. Además pone a disposición del público una serie de recursos tales como manuales de tratamiento, publicaciones científicas y presentaciones.

2. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA) y su validez empírica

2.1 Descripción del programa

El Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA) es un programa de Intervención Breve de orientación cognitivo conductual, que ha sido validado empíricamente; las evaluaciones que se han realizado del programa han sido con adolescentes que consumen alcohol, marihuana y cocaína. (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruíz & Ayala, 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008; Martínez, Pedroza, Salazar & Vacio, 2010). Su objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y mantener dicho cambio, con la intención de evitar al máximo los problemas de salud y personales asociados al consumo de alcohol y drogas, está dirigido a adolescentes entre 14 y 18 años que consumen alguna droga - alcohol, cocaína, marihuana e inhalables-, que reporten problemas relacionados con su consumo (peleas, resaca, accidentes, hacer cosas que normalmente no harían, etc.); además que no presenten indicadores de dependencia hacia la droga. Está diseñado para aplicarse dentro de escuelas de nivel medio y medio superior, aunque también puede ser aplicado en instituciones de salud dedicadas a la prevención y atención de las adicciones.

El PIBA está constituido por un primer momento de detección y posteriormente ocho sesiones en las cuales se incluyen una de evaluación, una de inducción al tratamiento y cinco de tratamiento mismo. La detección consiste en la aplicación del Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes [POSIT] (Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1997) en su apartado de uso/abuso de sustancias. El cuestionario tiene el objetivo de ser un primer filtro de entrada para el proceso de evaluación, es decir, si el adolescente responde de manera afirmativa a cualquiera de los 17 reactivos que presenta, ya es candidato a continuar con el proceso de evaluación para determinar si presenta los demás criterios de inclusión para participar en el programa. Este cuestionario arroja los primeros indicadores respecto a que el adolescente está presentando consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol. Se aplica a todos los alumnos de manera grupal en la

escuela en la que se planea trabajar, y si se va a trabajar el programa dentro de un escenario clínico, se le aplica cuando el adolescente acude de manera voluntaria.

La sesión de evaluación tiene como objetivo identificar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión al programa de intervención breve; obtener información general sobre la vida familiar-social en general del adolescente; identificar la habilidad percibida por él mismo de controlar su consumo y además de su forma de actuar en diversas situaciones o eventos ante los que podría tener problemas por su forma de beber. Durante esta sesión deben aplicarse la Entrevista Inicial (Saucedo & Salazar, 2004), la Línea Base Retrospectiva –LIBARE- (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979), Indicadores del DSM IV dependencia a las drogas (Martín del Campo, 2007), Cuestionario de Confianza Situacional Versión Breve (Annis & Martin, 1985; Traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997) y el formato de consentimiento. En esta sesión se determina, a través de la aplicación de dichos instrumentos, si el adolescente es o no candidato para participar en el PIBA, o sea, si cumple con los criterios de admisión del programa o si por su nivel de riesgo es más adecuado que se le aplique otro tipo de intervención tal como el folleto “Tú decides” (Salazar, Martínez & Ruíz, 2008) o el Consejo Breve (Martínez, Salazar & Legaspi, 2008).

Inducción: tiene como objetivo retroalimentar al usuario sobre su patrón de consumo, situaciones de riesgo, factores protectores, además distinguir consecuencias a corto y largo plazo, identificación y definición del problema, elaboración de opciones para resolverlo y presentar el programa de intervención breve, retroalimenta al adolescente respecto a su consumo de alcohol para hacerlo reflexionar y que el adolescente por sí solo decida ingresar al programa de intervención.

Primera sesión “Establecimiento de la Meta”: tiene como objetivo que el adolescente analice su consumo, elabore su balance decisional (ventajas y desventajas de cambiar su consumo) y establezca una meta de reducción de consumo se realiza un balance decisional para que el adolescente encuentre a través de la reflexión las ventajas de cambiar su consumo y pueda establecerse una meta de consumo que considere factible cumplir y

que ,además, se inserte, de preferencia, en un patrón de uso de la sustancia, en caso de ser alcohol (de 2 a 3 copas estándar por ocasión), cuando se habla de drogas ilegales se busca la abstinencia.

Segunda sesión “Situaciones de riesgo de consumo”: plantea el objetivo que el adolescente identifique sus situaciones principales de consumo, en ella se comienza a trabajar el componente de la prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) a través de la identificación de la recaída como un error del cual se puede aprender y como una oportunidad de lograr su meta de consumo, además de la identificación de las situaciones de riesgo de consumo en exceso, junto con sus consecuencias positivas y negativas asociadas al mismo, para elaborar posteriormente las estrategias para enfrentar de manera efectiva esas situaciones.

Tercera sesión “Planes de acción”: que presenta el objetivo de que el adolescente elabore planes de acción para enfrentar las principales situaciones de consumo, el adolescente planea la manera en la que va a enfrentar cada una de esas situaciones, para favorecer y reforzar el control de sus estrategias para lograr su meta de consumo.

Cuarta sesión “Metas de vida”: con el objetivo de que el adolescentes analice el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, etc.) , el adolescente reflexiona acerca de cuáles son los objetivos que quiere lograr a corto y a mediano plazo, cuáles son los motivos para lograrlos y ¿Qué es lo que puede pasar con sus metas si continúa consumiendo como lo hacía hasta antes de comenzar a trabajar con el programa?.

Quinta sesión “Reestablecimiento de la meta”: en la cual se busca el objetivo de que el adolescente revise el progreso en cuanto a la reducción de su consumo y realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio y si es necesario establezca una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de reducción del consumo, se hace un recuento de lo logrado por el adolescente respecto a su meta de consumo con el fin de reforzar su auto eficacia y planear situaciones futuras de alto riesgo que serán afrontadas de

manera efectiva, además de que establezca una nueva meta de consumo de acuerdo a sus necesidades o, de no ser necesario el cambio, continuar con la misma meta planteada durante la primera sesión. También vuelve a aplicarse al adolescente el Cuestionario de Confianza Situacional en su versión Breve y además se le aplica el Cuestionario de Satisfacción del Usuario (Vargas & Martínez, 2008) con el fin de valorar el grado de satisfacción que el adolescente experimentó durante su estancia en el tratamiento.

Seguimiento: estos se realizan a 1 mes, 3 meses y 6 meses con el fin de monitorear la meta de consumo y determinar la necesidad de realizar alguna sesión de tratamiento extra, modificar algún plan de acción o reforzar los ya elaborados con el fin de reforzar su auto eficacia y su autocontrol. Las tres sesiones de seguimiento siguen la misma estructura y el mismo objetivo: identificar los avances del adolescente para el logro de su meta. En los seguimientos se aplican la entrevista de seguimiento a seis meses, el formato de LIBARE y el Cuestionario de Confianza Situacional en su versión Breve.

2.2 PIBA: un programa basado en evidencia científica

Los estudios de efectividad pretenden determinar si los tratamientos que se proponen producen efectos medibles en poblaciones de pacientes en un ambiente clínico real (Fernández & Pérez, 2001). Como se mencionó en el apartado 2.1, el PIBA ha sido sometido a diversos procesos de evaluación de su eficacia y efectividad. Estas evaluaciones han sido realizadas entre adolescentes de distintas poblaciones (rurales y urbanas). También se han comparado sus resultados con otro tipo de modalidades de intervención y además con un grupo control, esto para fortalecer de manera significativa los resultados y seguir garantizando su efectividad.

En estas evaluaciones el programa ha demostrado su efectividad en la disminución del patrón de consumo, tanto en cantidad como en frecuencia, en comparación con las cantidades obtenidas en línea base. También ha probado un aumento en la autoeficacia ¹

¹Seguridad de que la persona puede emitir con éxito la conducta necesaria para lograr resultados (Bandura, 1977).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(Bandura, 1977) para controlar el consumo. Las consecuencias negativas asociadas al consumo de drogas también disminuyeron dentro de estas evaluaciones. Los adolescentes ponen en práctica estrategias para mantener el cambio en el consumo, las cuales fueron aprendidas en el PIBA. También se ha reportado un incremento en la percepción de la satisfacción, tanto con el tratamiento recibido como con su estilo de vida (Martínez, Pedroza, Salazar & Vacio, 2010).

Martínez, Salazar, Pedroza, Ruíz y Ayala (2008) se trabajó con adolescentes consumidores de alcohol y en otros casos marihuana. Se evaluó el impacto del Programa sobre el patrón de consumo y algunas otras variables asociadas al mismo. Como resultados se logró una disminución del patrón de consumo que se mantuvo hasta seis meses después de finalizado el tratamiento; la auto-eficacia de los adolescentes sufrió un incremento y además una disminución en el número de consecuencias negativas asociadas al consumo, el artículo finaliza proponiendo el desarrollo de estrategias más efectivas de evaluación para detectar de manera más eficaz a estos adolescentes.

Martínez, Pedroza y Salazar (2008b) mostraron resultados de la aplicación del PIBA con 36 adolescentes del estado de Aguascalientes y 34 del Distrito Federal. Demostraron que el PIBA fue un programa efectivo para reducir el patrón de consumo de los adolescentes de estas entidades. Se presentó una disminución del patrón de consumo comparado con la línea base tanto al final del tratamiento como a 3 y 6 meses después de finalizado el tratamiento. Resultó efectivo para hombres y mujeres. Por último se propuso realizar investigación respecto a las situaciones de consumo y sus razones para consumir tanto en hombres como en mujeres; también propuso replicar este estudio en otros dos estados de la República Mexicana.

Martínez, Pedroza, Salazar y Vacio (2010) robustecieron las conclusiones de la eficacia del PIBA ya que hicieron un ensayo clínico aleatorizado; se utilizó un grupo control y además, se compararon dos intervenciones que de manera separada han probado

efectividad; estas dos intervenciones son el PIBA y el Consejo Breve². Se afirmó que el 90% de los adolescentes que recibieron el PIBA disminuyeron el riesgo en su consumo y que a los 6 meses de haber terminado el tratamiento su consumo ya era clasificado como de bajo riesgo. Identificaron también que el PIBA puede ser utilizado tanto en zonas rurales como urbanas ya que los componentes que el programa considera no se ven afectados por variables sociodemográficas. Por último encontraron que, en comparación con el Consejo Breve, el PIBA posee más fortalezas, una de ellas es en el tamaño del efecto que en el caso del Programa es un 75% superior al encontrado en el Consejo Breve, además de lo mencionado anteriormente respecto a la baja en el riesgo de consumo de los adolescentes que recibieron el PIBA. Se recomienda además, que se sigan haciendo investigaciones con mayor número de adolescentes participantes para determinar qué tipo de intervención breve es más recomendable utilizar para cada caso en particular.

Martínez, Bárcenas y Pacheco (2012) identificaron las principales situaciones de consumo y las estrategias de enfrentamiento ante dichas situaciones en adolescentes con 6, 12, 18 ó 24 meses después de haber concluido el tratamiento (PIBA). Clasificaron tres estrategias principales para poder enfrentar de manera adecuada la situación y que su consumo sea dentro de la meta propuesta por el mismo adolescente: la primera fue la relacionada con un componente cognitivo (compromiso, cuidado de su apariencia, tener de antemano el plan de acción), la segunda tiene que ver con un componente conductual (cuidarse a sí mismo y cuidar a los otros, hacer otra actividad o evadir la situación, fingir que están bebiendo alcohol) y la conciencia de un estado anímico (vergüenza, pena, tranquilidad, salud, etc.). Este estudio concluyó que, a pesar de presentar recaídas, los adolescentes presentan la capacidad de tomar decisiones para no tener un consumo abusivo sino moderado. También concluye que la mayoría de las estrategias que el adolescente pone en práctica fueron aprendidas dentro del PIBA. Finalmente propone como desafío

² El consejo Breve (Martínez, Pedroza & Salazar, 2008) es una modalidad de intervención de una sola sesión cuyo objetivo es motivar al cambio a través de la estrategia de Entrevista Motivacional, también busca que el usuario de sustancias reconozca la problemática y plantee estrategias para modificar su patrón de consumo.

pendiente lograr que la conducta de cambio se mantenga cuando se haya concluido la intervención.

2.3 Estudios de integridad del tratamiento en el PIBA

Perepletchikova (2011) afirmó que una intervención validada en una condición experimental con terapeutas altamente entrenados, es decir, con una población seleccionada con mucho cuidado, puede ser menos efectiva en un centro público con una población más heterogénea.

Un estudio que antecedió a éste fue el de Jiménez (2010), cuyo objetivo fue evaluar la integridad con la que fue aplicado el PIBA (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos & Ayala, 2004, 2007, 2009). Esta evaluación se realizó únicamente con terapeutas del equipo colaborador de la autora del Programa de Intervención y sus resultados confirmaron una alta integridad del tratamiento por parte de los terapeutas, de acuerdo con Rogers (2003) esto puede deberse a que en otros contextos y con profesionales que no son investigadores pueden no aplicar el programa de manera íntegra. Es por esto necesario averiguar si se presenta la integridad del tratamiento en otros escenarios y además cuáles son las variables asociadas en los terapeutas clínicos.

Por otro lado Pacheco y Martínez (2012) realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer, identificar y comprender las variables inespecíficas que se relacionan con el éxito terapéutico de usuarios de sustancias de acuerdo a la experiencia de un grupo de terapeutas del PIBA. Los participantes fueron diez terapeutas con al menos dos años de experiencia en el uso del PIBA. Como resultado los terapeutas marcaron como elementos importantes que se ponen en juego en su trabajo clínico con los usuarios los aspectos teóricos que incluyen el conocimiento completo del modelo teórico que sustenta al PIBA, conocimiento suficiente del enfoque cognitivo conductual y manejo de cada uno de los componentes terapéuticos abordados en la intervención (manejo del manual del terapeuta y manejo de cada uno de los folletos de las sesiones); por otro lado actitudes tales como ser flexible, ser abierto y crítico respecto al consumo de sustancias, concebir al adolescente como “personas activas en su proceso de cambio” (p.6), compromiso elevado hacia el

PIBA, percepción del terapeuta como un guía y no como un experto que va a enseñar, creencia en que el programa va a ser exitoso (lo han comprobado), creer en que el adolescente puede cambiar, percepción de flexibilidad por parte del PIBA (lo que significa que, si se considera pertinente, se puede desviar un poco de la sesión y hablar de algún otro tema problemático de la vida del adolescente y por otro lado la posibilidad de aplicar las habilidades que aprendió dentro del programa en otras áreas de su vida), actuar de manera congruente con respecto a su propio consumo y ; habilidades como la escucha activa, empática y reflexiva (habilidades de entrevista motivacional) y reforzamiento de modificaciones en el patrón de consumo. Los autores concluyeron que el conocimiento teórico y la aplicación ordenada y sistemática del modelo son factores fundamentales para promover el cambio en el adolescente. Por último, a manera de conclusión, se señala la importancia de las creencias del terapeuta relacionadas con la posibilidad de cambio a partir de la implementación del PIBA; además, el terapeuta debe creer en el usuario y sí mismo como los promotores del cambio.

2.4 PIBA en los Centros Nueva Vida

En México el PIBA es el curso de acción que se ha elegido a nivel nacional para la atención de adolescentes que están iniciando su consumo o bien, abusando de él. El programa se está aplicando dentro de las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), en específico en los Centros de Atención para las Adicciones (CAPA) “Nueva Vida”. En el Estado de Aguascalientes, estas instituciones están bajo el cargo del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA). Los CAPA son centros que, de acuerdo con el secretario técnico del CONADIC “se basan en investigaciones recientes y evidencia científica, las cuales demuestran que la detección e intervención oportuna y breve, es la acción costo beneficio más efectiva para el tratamiento contra las adicciones” (http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2009/unemesreplica_020309.html).

Es importante que los programas que han sido diseminados para su aplicación en los CAPA, sean aplicados de manera íntegra, para que se puedan replicar los resultados obtenidos en las investigaciones. Además, si no están siendo aplicados de manera completa

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

e íntegra, resulta de suma importancia conocer las razones que los terapeutas manifiestan para una incorrecta implementación. Así mismo, es importante conocer si los terapeutas aplican de manera íntegra el programa y cuáles son las razones para realizar una correcta implementación.

Objetivo general

Evaluar la integridad y sus variables asociadas en la aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) en terapeutas que laboran en el Sector Salud en el Estado de Aguascalientes.

Objetivos específicos.

1. Construir un instrumento de evaluación que permita identificar las variables asociadas a la integridad del tratamiento.
2. Medir el porcentaje de integridad del tratamiento respecto al PIBA en los terapeutas que laboran en Centros Nueva Vida del Estado de Aguascalientes.
3. Analizar y describir las variables asociadas a la integridad del tratamiento en los terapeutas que laboran en Centros Nueva Vida del Estado de Aguascalientes.

Para poder cumplir con los objetivos se dividió el trabajo de investigación en dos estudios:

Primer estudio: “Desarrollo y validación de un Inventario para medir variables asociadas a la integridad del tratamiento (IVAIT)”.

Segundo estudio: “Medición de integridad del tratamiento y sus variables asociadas”.

3. Primer estudio “Desarrollo y validación de un Inventario para medir variables asociadas a la integridad del tratamiento (IVAIT)”.

3.1 Método

Objetivo

Dado que al momento de iniciar la investigación, no existía algún instrumento que permitiera establecer las variables que influyen de manera significativa en los terapeutas para aplicar de manera correcta o incorrecta un programa de intervención validado empíricamente, se tuvo la necesidad de construir un instrumento con el objetivo de *clasificar y otorgar un grado de influencia a las variables que los terapeutas reportan como asociadas a la integridad del tratamiento.*

Participantes

Los participantes de este primer estudio fueron 116 terapeutas que han aplicado el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) y en el momento del estudio laboraban en cualquier institución clínica dedicada a la prevención y tratamiento en el consumo de sustancias.

Escenario

- Centros Nueva Vida del Estado de Aguascalientes.
- Centros Nueva Vida de los municipios de Cuautitlán de Romero Rojas, Naucalpan de Juárez, Tlalnepantla de Baz y Ecatepec de Morelos en el Estado de México.
- Plataforma de la Especialización en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo.

Procedimiento

A partir de la búsqueda teórica de variables asociadas a la integridad del tratamiento, se realizó una operacionalización de tres categorías, cada una de ellas con sus indicadores pertinentes (ver Tabla 2).

Tabla 2

Red nomológica “Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento”

Categoría	Operacionalización de la categoría (indicadores)
Implementación de la intervención: manera en la que el programa de intervención se aplica en la práctica clínica.	<p>Tipo de entrenamiento recibido: preparación para el uso del programa a través de la capacitación en el uso del manual del terapeuta (conocimientos) y modelamiento de su uso (habilidades).</p> <p>Utilización del manual del terapeuta: implementación del programa en estricto apego al protocolo de intervención proporcionado al terapeuta.</p> <p>Tiempo de aplicación: número de sesiones que el manual plantea y el tiempo que cada una de ellas conlleva.</p> <p>Complejidad de la intervención: grado de dificultad de la intervención en el uso de conceptos y en procedimiento.</p> <p>Enfoque teórico de preferencia: enfoque teórico en la psicología con el que el terapeuta muestra predilección de trabajar en el área de la psicología clínica.</p>
Recursos del terapeuta: habilidades, conocimientos con los que el terapeuta cuenta para su trabajo clínico.	<p>Experiencia: años de práctica trabajando en el área de la psicología clínica.</p> <p>Eficacia percibida: capacidad con la que el propio terapeuta percibe para realizar su trabajo.</p> <p>Estilo terapéutico: manera de tratar a la</p>

Actitud y disponibilidad para recibir innovaciones: disposición anímica para estar en constante actualización profesional y aprender cosas nuevas en distintos contextos.

persona en el contexto de terapia psicológica.

Actitud general hacia el cambio: disposición para hacer las cosas en el ámbito profesional de manera distinta.

Lectura de revistas científicas de actualización: disposición para adquirir conocimiento nuevo a través de la lectura de publicaciones que contengan información actual respecto al trabajo en la psicología clínica.

Asistencia a congresos: disposición para actualización académica y adquisición de conocimiento nuevo a través de la asistencia a congresos sobre tópicos de la psicología.

A partir de esta operacionalización se elaboró una serie de reactivos con el objetivo de medir cada uno de esos indicadores. En el inicio de la construcción se redactaron cuarenta y tres reactivos los cuales fueron sometidos a un proceso de validez de contenido a través de un jueceo en el que participaron diez profesionales en el área de la Psicología que se dividieron en dos grupos:

- Cinco profesionales expertos en la terapia cognitivo conductual en el área de adicciones y en la aplicación de Programas de Intervención Breve.
- Cinco Profesionales expertos en la terapia conductual y cognitivo conductual.

El tipo de juicio que se pidió a los jueces fue dicotómico, es decir, determinar si los reactivos miden o no miden la categoría y el indicador que los autores proponen.

A ambos grupos de profesionales se les facilitó un formato el cual contenía:

- El fundamento teórico de la prueba.

- Las tres categorías del instrumento y su operacionalización a través de indicadores
- Cada uno de los reactivos con un espacio para ser clasificado dentro de una categoría y un indicador.
- Preguntas respecto a la pertinencia de las instrucciones, suficiencia de reactivos en cada categoría, el tipo de escala propuesta y el tipo de formato utilizado.

Habiendo obtenido la validez de contenido del inventario, comenzó la aplicación del instrumento para poder obtener las propiedades psicométricas del instrumento y las variables asociadas a la integridad del tratamiento como resultado del primer estudio (en el Apéndice C se encuentra la versión que se aplicó en dicho momento). Esta aplicación se realizó de diferentes maneras de acuerdo a la situación de los terapeutas. Los instrumentos aplicados en el Estado de Aguascalientes y en el Estado de México fueron aplicados de manera presencial, de manera individual y dentro de sus centros de trabajo. Los instrumentos aplicados en el estado de Jalisco fueron aplicados de manera presencial dentro de un taller de capacitación para el uso del PIBA, la aplicación fue de manera colectiva. Por último, las aplicaciones realizadas dentro de la plataforma de la Especialización en promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo, se realizaron de manera virtual -vía correo electrónico- con terapeutas que cursaban dicha especialización.

Posterior a la obtención de la muestra, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes para obtener unidimensionalidad del constructo (Análisis de Rasch-Masters), evidencias de validez de constructo (análisis factorial exploratorio con rotación Varimax) y confiabilidad (coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach). En el Apéndice D se encuentra el IVAIT en su versión final.

Como último paso de este primer estudio se realizó un análisis de frecuencias de cada uno de los reactivos integrantes del IVAIT. También se realizó un análisis de las variables asociadas a la integridad del tratamiento en su conjunto con base en el análisis factorial realizado con anterioridad.

3.2 Resultados

Como primer punto se presentan los resultados del proceso de jueceo:

El criterio para determinar que los reactivos se quedaran de manera definitiva dentro del instrumento fue presentar al menos seis de diez acuerdos respecto a la categoría y el indicador que cada reactivo medía. Se incluyeron en el proceso de evaluación un total de 43 reactivos, de los cuales después del primer proceso de revisión, quedaron de manera definitiva 29 reactivos. Se corrigieron 21 reactivos que los jueces sugirieron respecto a la redacción.

Posteriormente se revisaron diez ítems que presentaban menor cantidad de acuerdos (4 y 5 acuerdos), pero que haciéndoles las modificaciones pertinentes y posterior a la consulta con dos de los jueces, efectivamente medían lo que pretendían medir y se quedaron en el instrumento.

Se realizó un análisis en el que se determinó que había dos categorías que quedaron con un solo ítem (experiencia y estilo terapéutico) y se decidió que se debía redactar uno o dos ítems más, para cubrir con suficiencia lo que el indicador plantea que mide. Finalmente, se reescribieron diez ítems para integrarlos dentro del instrumento como escala de validez, para evitar la deseabilidad social. Se tomaron en cuenta reactivos de la primera y segunda categoría del instrumento con cada uno de sus indicadores.

Validez de constructo

Análisis de unidimensionalidad de Rasch- Masters. El criterio de decisión para conservar un reactivo dentro del constructo fue que al momento de llevar a cabo el análisis la pregunta obtuviera un INFIT (ajuste próximo)-OUTFIT (ajuste lejano o de casos atípicos) de entre .60 y 1.40. El software que se utilizó para el análisis fue el Winsteps en su versión 3.70.0.2, los resultados se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3

Análisis de Unidimensionalidad de Rasch-Masters para el IVAIT

Número	Puntuación total	INFIT		OUTFIT		Ítem
		MNSQ	ZEMP	MNSQ	ZEMP	
1	404	1.35	1.0	1.56	1.6	R1
2	392	.92	-.2	.93	-.2	R2
3	396	1.37	1.1	1.38	1.1	R3
4	426	.86	-.4	.90	-.3	R4
5	317	.70	-1.0	.71	-1.0	R5
6	272	.92	-.3	.95	-.2	R6
7	275	.99	.0	1.00	.0	R7
8	302	.78	-.8	.80	-.7	R8
9	288	.88	-.4	.91	-.3	R9
10	BORRADO					R10
11	291	1.23	.7	1.27	.9	R11
12	411	.78	-.7	.91	-.3	R12
13	283	.99	.0	1.02	.1	R13
14	405	.90	-.3	.88	-.4	R14
15	BORRADO					R15
16	356	.84	-.5	.86	-.4	R16
17	BORRADO					R17
18	384	1.00	.0	1.10	.3	R18
19	BORRADO					R19
20	331	.84	-.4	.89	-.3	R20
21	309	1.28	.8	1.34	1.0	R21
22	364	.59	-1.4	.60	-1.4	R22
23	376	.63	-1.3	.63	-1.3	R23
24	383	.73	-.9	.73	-.9	R24
25	354	.40	-2.4	.44	-2.2	R25
26	260	1.82	2.4	1.87	2.5	R26
27	358	.64	-1.2	.66	-1.2	R27
28	264	1.40	1.3	1.41	1.3	R28
29	276	1.44	1.4	1.46	1.4	R29
30	BORRADO					R30
31	437	1.13	.3	.99	.0	R31
32	370	.90	-.3	.94	-.2	R32
33	425	1.06	.2	1.05	.1	R33
Media	346.7	.98	-.1	1.01	.0	
Desviación estándar	55.3	.30	1.0	.32	1.0	

La Tabla 3 incluye el número de los reactivos que fueron eliminados por no formar parte del constructo de manera directa de acuerdo a este análisis. Las columnas que se tomaron en cuenta fueron la segunda y la tercera con los requisitos ya mencionados anteriormente. Estos reactivos fueron: "Si me permitieran hacer modificaciones en el número de sesiones yo aumentaría su número", "El hecho de que el Programa de Intervención Breve esté fundamentado en el modelo Cognitivo Conductual me estorba para hacer mi trabajo como me gusta", " Dado que identifiqué que los principios del Programa de Intervención Breve

son incompatibles con el modelo teórico aprendido en mi formación, decidí no aplicarlo”,
 ” No aplico el Programa de Intervención Breve porque es un enfoque distinto al mío” y
 “Me gusta aprender cosas nuevas”.

Con el procedimiento del análisis de unidimensionalidad de Rasch-Masters, quedaron fuera reactivos que estaban dentro de las categorías ”tiempo de aplicación” (un reactivo), ”enfoque teórico de preferencia” (tres reactivos) y ”actitud general hacia el cambio” (un reactivo).

Análisis factorial exploratorio. Posterior al análisis de unidimensionalidad de Rasch Masters, se realizó el análisis factorial exploratorio con rotación Varimax incluyendo únicamente los 28 reactivos que cubrieron el criterio de unidimensionalidad. La finalidad de este análisis fue identificar la manera en la que los reactivos se comportaban a nivel interno y como se agrupaban en distintos factores de acuerdo a sus cargas factoriales y así poder nominarlos. La rotación se tuvo que forzar una segunda ocasión, ya que en la primera hubo dos factores que no cumplían los requisitos de tener al menos tres reactivos en ellos. Los resultados de éste análisis se encuentran en la Tabla 4.

Tabla 4

Análisis factorial exploratorio “Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento”

	Factor				
	1	2	3	4	5
24. Me siento cómodo aplicando el Programa de Intervención Breve.	.808				
23. Me siento capaz de generar cambios en el sujeto aplicando el Programa de Intervención Breve.	.683				
18. Estoy de acuerdo con los fundamentos teóricos del programa ya que considero que sí generan un cambio en la persona.	.656				
25. Al implementar el Programa de Intervención Breve logro los objetivos propuestos en cada sesión.	.652				
22. Tengo buenos resultados al aplicar el Programa de Intervención Breve.	.610				
2. El entrenamiento que he recibido para realizar intervenciones Breves me facilita para aplicar el manual de Intervención Breve que se me indica.	.534				

16. El programa cumple con mis creencias de formación acerca de cómo se da el cambio en los sujetos.	.469
27. En el Programa de Intervención se me permite adecuar mis habilidades terapéuticas para su aplicación.	.466
28. Cuando se me presentan situaciones o casos que no he atendido antes prefiero no trabajarlos.	.867
26. El uso de la Entrevista Motivacional no va de acuerdo con la manera en la que me gusta tratar a mis pacientes.	.849
29. Con la formación que he recibido hasta este momento, ya no podría cambiar mi manera de trabajar en terapia.	.837
13. Si me parece complicado el Programa de Intervención Breve no lo aplico.	.685
7. Si las instrucciones del manual del Programa de Intervención Breve son difíciles de comprender, lo aplico como lo entiendo.	.598
6. Para saber cómo aplicar el Programa de Intervención Breve es suficiente el manual del terapeuta.	.512
20. Por experiencia sé que para aplicar el Programa de Intervención Breve se deben seguir las instrucciones tal cual aparecen en el manual.	.691
8. El número de sesiones propuestas es suficiente con lo que se especifica teóricamente.	.667
5. Cuando se me proporciona un manual para aplicar un Programa de Intervención lo aplico tal cual, porque sé que es la manera en la que funciona.	.647
9. Considero que el número de sesiones que el manual de Intervención Breve propone son suficientes para cumplir el objetivo planteado.	.627
11. Si desconozco los principios básicos del Programa de Intervención Breve no lo aplico.	.626
21. Trabajar con programas de Intervención es algo que sé cómo hacer porque ya lo había hecho antes.	.459
14. El entendimiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para poder utilizarlo.	.714
3. El entrenamiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para su uso.	.712
1. Para aplicar el programa se requiere, además del manual del terapeuta, tener un entrenamiento adicional.	.654
12. Considero que es necesario entender el procedimiento del uso del Programa de Intervención Breve para poder aplicarlo.	.602
31. Si en la clínica que laboro me piden usar el manual de un Programa de Intervención Breve que desconozco, hago todo lo posible por aprender a usarlo.	.713
33. Considero útil asistir a congresos para conocer nuevas maneras de prevenir y tratar las diversas problemáticas.	.602
32. Leo constantemente revistas científicas porque considero importante estar en constante actualización.	.569
4. Para aprender a utilizar el Programa de Intervención Breve es importante entender los conceptos teóricos que se manejan antes a su aplicación.	.481

En esta Tabla 4 se observó que los cinco factores cubrieron los criterios para considerarse dentro del análisis, en la tabla se incluyó la carga factorial que cada uno de ellos aporta y cómo se agruparon. A partir de los factores, se otorgó un nombre a cada uno de ellos considerando los elementos en común. Los nombres se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5

Resultados Análisis Factorial Exploratorio “Inventario Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento”

Factor	Nombre	Reactivos	K	% varianza explicada
1	Eficacia percibida	24, 23, 18, 25, 22, 2, 16, 27	8	19.118%
2	Resistencia cambio personal/profesional	28, 26, 29, 13, 7, 6	6	12.064%
3	Certeza en los resultados	20, 8, 5, 9, 11, 21	6	8.899%
4	Reconocimiento de la capacitación (teórico/procedimental)	14, 3, 1, 12	4	6.703%
5	Disposición a la actualización	31, 33, 32, 4	4	5.783%
	Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento	24, 23, 18, 25, 22, 2, 16, 27, 28, 26, 29, 13, 7, 6, 20, 8, 5, 9, 11, 21, 14, 3, 1, 12, 31, 33, 32, 4.	28	52.567%

En la Tabla 5 se observó que la varianza explicada de cada factor sobrepasa el 50%, por lo que se cubrió el requisito para considerar válido el análisis factorial.

Confiabilidad.

Para obtener la confiabilidad del Inventario se utilizó el coeficiente de consistencia interna de Alpha de Cronbach y el resultado en el Inventario completo fue de $\alpha = .792$.

De igual manera se obtuvo el mismo coeficiente en cada uno de los factores obtenidos, los resultados por factor fueron: (a) eficacia percibida $\alpha=.786$; (b) resistencia al cambio personal/profesional $\alpha=.822$; (c) certeza en los resultados $\alpha=.757$; (d) reconocimiento de la capacitación (teórico/procedimental) $\alpha=.658$ y (e) disposición a la actualización $\alpha=.605$.

En cuanto a la escala de congruencia, al momento de llevar a cabo el análisis de unidimensionalidad de Rasch-Masters se eliminaron tres reactivos que tenían un duplicado en la escala de congruencia, por lo tanto, se eliminaron también de esa escala.

Como resultado final el Inventario quedó conformado por un total de 36 reactivos (28 reactivos que miden el constructo y 8 reactivos de la escala de congruencia).

Variables asociadas a la integridad del tratamiento.

Con base en las 116 aplicaciones del IVAIT se puede afirmar que las variables asociadas a la Integridad son 5:

1. Eficacia percibida: Se refiere a la eficacia que percibió el profesional que implementa el PIBA respecto al grado de efectividad que posee al momento de obtener resultados con la intervención realizada y la capacidad percibida para generar cambios en el usuario con el que va a trabajar

2. Resistencia al cambio personal/profesional. Implica que el terapeuta que aplique el PIBA considere que lo que ha aprendido hasta el momento, es suficiente y es lo único, no se atreve a experimentar nuevas maneras de llevar a cabo su trabajo. En el extremo positivo se puede afirmar que el terapeuta presenta mucha disposición para realizar modificaciones en su trabajo si es que se le piden.

3. Certeza en los resultados: Esta variable habla de experiencia en el uso del programa y que por lo tanto, el terapeuta sabe con certeza que el PIBA es un programa que si se aplica de manera íntegra obtendrá resultados de efectividad.

4. *Reconocimiento de la capacitación teórico/procedimental:* Tienen que ver con la conciencia que el terapeuta tiene respecto a la necesidad de conocer más a profundidad los fundamentos tanto a nivel teórico como a nivel procedimental del PIBA.

5. *Disposición a la actualización:* Se refiere al gusto que posee el terapeuta por estar conociendo programas nuevos (innovaciones) y estar buscando la manera de implementarlos.

3.3 Discusión

La discusión del primer estudio fue de tipo metodológica en donde se reflexionó sobre la manera en la que el instrumento se construyó y la pertinencia de medir todas las variables asociadas a la integridad del tratamiento con un instrumento como éste; así como, la adecuada construcción de los reactivos o si sería necesario implementar otro tipo de estrategias para medirlas. Por otro lado, al finalizar la discusión metodológica se hizo una contrastación entre lo obtenido mediante su aplicación y lo que la teoría reporta.

Dadas sus características, el "Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento" (IVAIT) resultó ser un instrumento valioso en el sentido de que era fundamental construir un instrumento como éste para poder cumplir al 100% con los objetivos de este proyecto de investigación; además no existe otro en su tipo, ya que los que se encuentran disponibles miden el grado de la integridad del tratamiento en sí (p.e. ITIPS, Perepletchikova et al, 2007) mientras que el IVAIT mide las variables asociadas a la integridad del tratamiento. Es además, un instrumento que puede utilizarse con diversos fines: (a) exploración/tamizaje, (b) diagnóstico, (c) lineamientos de capacitación, (d) determinación de estrategias de motivación laboral y (e) evaluación de la capacitación impartida. Debido a que el inventario permite hacer una clasificación de las razones por las que un aplicador de intervenciones breves quiere o no quiere apearse al manual del programa, permite determinar líneas de acción para influir sobre la motivación de los aplicadores.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para la realización del IVAIT fueron tomados en cuenta los elementos teóricos propuestos como variables asociadas dentro de la literatura científica. Este procedimiento de construcción teórica amplia, permitió obtener un espectro general de las variables que se han reportado como asociadas a la integridad del tratamiento y, de esta manera, obtener a través de su aplicación una exploración completa acerca del tema tal como se buscó desde un principio.

Al momento de la construcción del IVAIT, se tuvo cuidado para equilibrar las desventajas de elaborar un instrumento de auto reporte, esto a través de la elaboración de la escala de congruencia, reduciendo así, la probabilidad de invalidar la aplicación.

Es importante resaltar la importancia -al momento de construir el inventario- de no conformarse únicamente con el proceso de validez de contenido, a través de jueces dicotómicos. El jueceo es una muy valiosa herramienta para comenzar a medir la validez pero no es más objetiva, ya que los jueces básicamente miden la congruencia de los reactivos con la teoría que existe al respecto, fue por esta razón que al momento de realizar el análisis de unidimensionalidad de Rasch-Masters, aún hubo reactivos que quedaron fuera.

Respecto al análisis de Rasch-Masters se concluye que es importante tener un instrumento unidimensional porque es este requisito el que ayuda a generar buenas y exactas medidas, este es un resultado valioso, ya que se puede afirmar que, desde un principio en los reactivos que se construyeron, se cuidó que efectivamente estuvieran midiendo de manera precisa el constructo que se está abordando. En los siguientes párrafos se hace un análisis detallado de las razones por las que pudieron haber sido eliminados dichos reactivos.

Respecto al reactivo que se eliminó de la categoría actitud general hacia el cambio: *me gusta aprender cosas nuevas*, lo más importante es cuestionarse si realmente un indicador como éste se puede medir únicamente mediante la construcción de un ítem. Después de las aplicaciones se considera que no, éste tipo de indicadores deben medirse de manera directa en la práctica clínica del terapeuta También puede medirse con otro tipo de

formatos tales como las listas checables; por estas razones se considera que queda fuera de lo que se quiere medir en este Inventario.

Por otro lado, en la categoría enfoque teórico de preferencia, resultaría muy importante conocer la causa por la que los reactivos correspondientes a esta categoría fueron eliminados con el análisis de unidimensionalidad debido a que esta categoría se considera como relevante dentro de la medición de variables asociadas a la integridad del tratamiento. Realizando un análisis de construcción de ítems posterior a haber obtenido los análisis estadísticos, permitió concluir que el problema fue de control de variable. La manera propuesta en el IVAIT no fue la más idónea, exacta y adecuada para medir el indicador. Existieron problemas en la construcción de los reactivos (claridad, delimitación del indicador medido), además, no se obtuvieron datos profesionales y prácticos para poder complementar la información dada en estos reactivos, es decir, no se conoce en realidad el enfoque teórico de preferencia. Por otro lado se puede concluir que este formato de evaluación no es el más adecuado para medir un indicador como éste.

En lo que concierne al análisis factorial exploratorio realizado, se tuvo cuidado de que la varianza explicada de estos cinco factores fuera mayor al 50% para poder tener un análisis factorial exploratorio completo y adecuado.

Por otro lado se puede afirmar, con base en los resultados obtenidos en el análisis factorial, que el comportamiento de los ítems fue congruente con la construcción teórica, que se realizó para elaborar los reactivos esto debido a que los reactivos se integraron en lo que la teoría plantea. Este proceso fue importante porque permitió observar la congruencia con la que se comportaron los reactivos y la construcción teórica del constructo.

La confiabilidad general del IVAIT entró en lo permitido para las ciencias sociales (mínimo $\alpha=.75$) (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1995). No obstante, se consideró muy importante trabajar por conseguir un aumento en la misma, a través de la ampliación de la muestra (los criterios para la ampliación de la muestra se describen en el siguiente párrafo). Como lo mostró el análisis de consistencia interna, realizado a cada uno de los factores, se debe reconocer que, el factor cuatro y cinco fueron factores con una confiabilidad que no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tuvo un nivel aceptable. Este resultado puede deberse al tipo de preguntas que se agruparon dentro de ellos, ya que fueron preguntas que tendieron únicamente hacia el extremo positivo de la escala; lo cual a su vez, pudo deberse a un error de construcción del reactivo o a la deseabilidad social. Durante la investigación, fue evidente que los reactivos que se agruparon en estos factores, no fueron eliminados en el análisis de unidimensionalidad pero, de todos modos, es importante revisar la manera en la que se construyeron para detectar posibles errores en la medición.

Es importante continuar realizando aplicaciones del IVAIT con el fin de fortalecer su confiabilidad y realizar el análisis factorial confirmatorio, ya que la mayoría de las aplicaciones se realizaron a terapeutas que estuvieron, en el momento de la aplicación, recibiendo capacitación respecto al uso de las Intervenciones Breves. Este hecho, podría modificar su opinión acerca del tema, haciéndolos más conscientes sobre la necesidad de estar preparados y capacitados para implementar los programas, ya que se han disminuido las resistencias a utilizarlo debido al entendimiento en el uso del programa. Por tal motivo, la capacitación, los distintos niveles de experiencia en la aplicación de los programas de intervención breve, la preparación académica de los terapeutas, entre otros.

IVAIT es un instrumento que se sugiere que se puede seguir trabajando en fortalecer las evidencias tanto de su validez como de su confiabilidad, en su momento quedó hasta éste paso del procedimiento debido a una presión real de tiempo y a la dificultad de encontrar la muestra. Queda pendiente entonces, realizar más aplicaciones (con los cuidados que ya se mencionaron), para aumentar la muestra y así poder tener un análisis factorial exploratorio más sólido y con los requisitos que la psicometría marca en cuanto al número de aplicaciones por cada reactivo.

Respecto a las variables asociadas a la integridad del tratamiento obtenidas a partir del IVAIT se puede afirmar que los factores se distribuyeron de una manera interesante que nos da la oportunidad de ver a la integridad del tratamiento con otra perspectiva. Los factores se distribuyeron también conforme a lo que otros autores ya han considerado (Gresham, 1989, 2009; Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007; Lozano- Blanco, Sobell &

Ayala, 2002). Sin embargo, el comportamiento de los ítems, de acuerdo a las respuestas de los terapeutas, enfatizaron en primer lugar la presencia de variables de índole personal y posteriormente de índole profesional. Este hallazgo resulta importante, ya que generalmente cuando se propone un proceso de capacitación en el uso de un programa, el primer elemento a tomarse en cuenta es el fundamento teórico metodológico del mismo. De acuerdo a estos resultados habría que tomar en cuenta factores de tipo motivacional/personal para que el terapeuta llegue a un convencimiento pleno de las ventajas que se le presentan al usar el PIBA.



4. Estudio 2 “Medición de integridad del tratamiento y sus variables asociadas”.

4.1 Método

Objetivo

Medir el porcentaje de integridad del tratamiento respecto al PIBA en los terapeutas que laboran en Centros Nueva Vida del Estado de Aguascalientes.

Analizar y describir las variables asociadas a la integridad del tratamiento en los terapeutas que laboran en Centros Nueva Vida del Estado de Aguascalientes.

Participantes

En este segundo estudio participaron cuatro terapeutas que aplicaban el PIBA y laboraban en las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) Centros de Atención para las Adicciones (CAPA) “Centros Nueva Vida” del Estado de Aguascalientes. El perfil educativo-profesional de las participantes son descritas en la tabla 6.

Tabla 6

Descripción del perfil educativo-profesional de las participantes de la segunda fase

No.	Edad	Profesión	Universidad de Egreso	Estudios de Posgrado	Capacitaciones adicionales
1	25 años	Psicóloga	Universidad Autónoma de Aguascalientes	Maestría en Terapia Breve Sistémica	Especialización en Promoción de la Salud y Prevención de Conductas Adictivas.
2	28 años	Psicóloga	Universidad la Concordia (Universidad Privada)	Maestría en Terapia Familiar Sistémica	Programación neurolingüística.
3	37 años	Asesoría Psicopedagógica	Universidad Autónoma de Aguascalientes	Maestría en Terapia Familiar Sistémica	Entrenamiento en intervenciones específicas.
4	26 años	Licenciada en Psicología	Universidad la Concordia	Psicología Clínica	Especialización en Promoción de la Salud y Prevención de Conductas Adictivas.

Escenario

Los escenarios en los que se llevaron a cabo las videograbaciones fueron de dos tipos: tres de las terapeutas fueron videograbadas en el consultorio de su Centro, a excepción de una de ellas que fue video-grabada en una escuela en la que hace trabajo de campo como parte de sus labores del Centro. A continuación se detallan los dos tipos de escenarios:

- Consultorio del Centro Nueva Vida: Rincón de Romos, Aguascalientes, cuenta con un escritorio, dos sillas, una computadora, un mueble archivero. La cámara se colocó de tal manera que pudiera grabar a los participantes de perfil, por la distribución del lugar, la cámara se colocó al costado izquierdo de la puerta.
- Escuela Telesecundaria No. 181 María Montessori en Pabellón de Arteaga, Aguascalientes. En un aula de la unidad de educación especial, la cámara se colocó a contra esquina de la puerta enfocando únicamente a la terapeuta.

Instrumentos y materiales

1. *Ficha de identificación*: Cuestionario que comprendió los elementos básicos de identificación (nombre, edad, fecha de nacimiento), formación profesional (Universidad de egreso de Licenciatura, tipo de formación recibida en la Licenciatura, estudios de Posgrado y capacitación adicional: diplomados, cursos, etc.), años de experiencia en el ejercicio de la psicología, años de experiencia en el área de la adolescencia, años de experiencia en el área de adicciones (ver Apéndice A).
2. *Formato de consentimiento*: incluyó elementos relacionados con la aceptación a participar en el estudio siendo videograbados y respondiendo el Instrumento (Ver Apéndice B).

3. *Inventario de Variables asociadas a la Integridad del Tratamiento (IVAIT)* (Reyes, Méndez & Martínez, 2011): Cuestionario que fue construido para los objetivos de éste trabajo de investigación. Evalúa tres categorías de variables asociadas a la integridad del tratamiento (implementación de la intervención, recursos del terapeuta y actitud y disponibilidad para recibir innovaciones). El objetivo del inventario fue determinar el grado de influencia de las variables que los terapeutas reportaron como asociadas a la integridad del tratamiento. El instrumento fue sometido a Análisis Factorial Exploratorio con Rotación Varimax con el cual se obtuvieron cinco factores, los cuales explican en su conjunto el 52.567% de la varianza, la consistencia interna total fue de $\alpha=.792$ (Ver Apéndice C y D).
4. *Listas checables para la supervisión de terapeutas del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inician en el Consumo de Alcohol y otras drogas* (Jiménez, García & Murillo, 2007): Serie de listas (una por cada sesión propuesta por el PIBA) que se elaboraron con base en el Manual del Terapeuta del PIBA, incluyen aspectos relacionados con la aplicación de los componentes teóricos y terapéuticos en cada sesión, fueron validadas a través de jueceo obteniendo 100% de acuerdo (Ver Apéndice F).
5. *Autoreporte de evaluación de Integridad del Tratamiento*: cada uno de los terapeutas después de leer la definición de Integridad del Tratamiento respondió a la pregunta: Del 0 al 100% ¿Qué tan íntegro me considero aplicando el PIBA? (puede marcar cualquier número entre ellos) y ¿Por qué? (Ver Apéndice E).

Procedimiento

En un primer momento se estableció el contacto con el Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA) para pedir autorización de llevar a cabo la investigación dentro de los Centros Nueva Vida. En el Consejo se acordó una fecha para contactar a los directores de los Centros Nueva Vida y plantearles el proyecto de investigación y pedir autorización para trabajar en las Instituciones.

En la reunión con los directivos se acordó que enviarían una lista de terapeutas que, dentro de los Centros, estuvieran trabajando el PIBA. Se recibió una lista de 10, se seleccionó la muestra a conveniencia solamente se incluyeron terapeutas que aceptaron participar en el proyecto de manera voluntaria.

Al momento de contactar a las terapeutas, se concretó con cada una de ellas una primera cita, en la cual se les explicó el proceso que el proyecto llevaría. También llenaron la ficha de identificación y se firmó el formato de consentimiento. Se cerró esta sesión con el acuerdo de la dinámica y las primeras fechas de grabación. En total fueron cuatro los terapeutas que aceptaron formar parte del estudio.

Habiendo establecido el contacto se comenzó a video grabar a cada una de las terapeutas. En la Tabla 7 se reportan las sesiones que se grabaron con cada terapeuta.

Tabla 7
Sesiones de grabación por terapeuta

Terapeuta	Sesiones video grabadas						
1			Inducción	1era sesión	2da sesión	3era sesión	4ta sesión
2	Admisión	Evaluación					
3	Admisión	Evaluación	Inducción	1era sesión	2da sesión	3era sesión	
4	Admisión						

Posteriormente, se les aplicó a las cuatro terapeutas el IVAIT independientemente de haber o no finalizado las videograbaciones. Se registraron las aplicaciones del Inventario en una base de datos con el programa SPSS en su versión 16. Se realizaron los análisis de frecuencias de estas cuatro aplicaciones. Es importante señalar que estas cuatro aplicaciones también se incluyeron en los análisis estadísticos del proceso de construcción del instrumento.

Al finalizar las videograbaciones en los Centros se entregó el material audiovisual a tres observadores a los que fue necesario entrenar en el manejo de las Listas de Supervisión para Terapeutas, para así poder realizar el registro de integridad del tratamiento. El perfil que se buscó para elegir a los observadores fue que tuvieran una licenciatura en psicología y que tuvieran al menos cuatro años de experiencia en el uso del PIBA.

El porcentaje de acuerdo entre los observadores debió ser del 100% debido a la pequeña cantidad de conductas contenidas en las listas checables.

Al finalizar la labor de los observadores, entregaron el paquete de listas checables de cada una de las terapeutas y, con esta información se calculó el porcentaje de integridad del tratamiento en cada una de las sesiones.

Finalmente se analizaron los resultados de las cuatro aplicaciones del IVAIT de los y de los cuatro autoreportes de integridad del tratamiento de los terapeutas evaluados.

4.2 Resultados

A continuación se presentan una serie de tablas (Tabla 8, Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11) en las que se describe detalladamente el desempeño de cada una de las terapeutas durante la implementación del PIBA con un adolescente. Cada tabla corresponde a una terapeuta, la tabla está dividida en habilidades de tipo motivacional y en procedimiento (pasos del programa divididos en cada sesión); a su vez está dividido en aciertos y omisiones.

Dentro de cada tabla hay una serie de columnas, la primera de ellas detalla a qué sesión se refiere; en la segunda columna se reporta el porcentaje de integridad del tratamiento para cada una de las sesiones de acuerdo al análisis de los tres observadores; la tercera columna describe con detalle las habilidades que puso en práctica la terapeuta dentro de esa sesión y a su vez, también se reportan las conductas no motivacionales emitidas por cada terapeuta; por último, la cuarta columna reporta los aciertos y omisiones en la ejecución del procedimiento de cada una de las sesiones videograbadas. En el apartado de anexos se encuentran los registros de las listas de cotejo de cada una de las participantes.

Participante 1 (ver anexo A)

Tabla 8

Descripción del desempeño de la participante 1

Sesión	% Integridad	Habilidades	Procedimiento
Inducción	100	Habilidades de entrevista motivacional: rapport, contacto visual, conducta empática, retroalimentar.	Aplicó el procedimiento completo Omisiones: No explica el término trago estándar
Sesión 1	100	Habilidades de entrevista motivacional: hizo rapport, contacto visual, conducta empática, retroalimentar, fomentó la autoeficacia.	Aplicó el procedimiento completo
Sesión 2	100	Habilidades de entrevista motivacional: estableció rapport, contacto visual, conducta empática, escucha reflexiva, retroalimentar, fomentó la autoeficacia.	Aplicó el procedimiento completo
Sesión 3	100	Habilidades de entrevista motivacional: establecer rapport, contacto visual, conducta empática, retroalimentar, fomentó la autoeficacia.	Aplicó el procedimiento completo
Sesión 4	100	Habilidades de entrevista motivacional: rapport, contacto visual, conducta empática, retroalimentar, fomentó la autoeficacia.	Aplicó el procedimiento completo
Total	100		

Participante 2 (ver anexo B)

Tabla 9

Descripción del desempeño del participante 2

Sesión	% Integridad	Habilidades	Procedimiento
Admisión	0	Habilidades de entrevista motivacional: La terapeuta no mostró habilidades de tipo motivacional. Conductas no motivacionales: no estableció un rapport adecuado, el contacto visual que estableció fue confrontativo; no retroalimentó al adolescente, no hizo transiciones entre los puntos de la sesión.	Aciertos: al final de la sesión introdujo la siguiente sesión. Omisiones: no explicó el objetivo de la sesión, no cerró sesión, no aplicó POSIT, no aplicó el cuestionario de Indicadores de Dependencia; la lectura de algunas preguntas fue diferente a la original. Actividades agregadas: aplicó la entrevista inicial sin explicar el objetivo de la misma ni indagar sobre las respuestas dadas por el adolescente.
Evaluación	25	Habilidades de entrevista motivacional: estableció contacto visual. Conductas no motivacionales: no estableció rapport con el usuario, la terapeuta no presentó habilidades de tipo motivacional.	Aciertos: aplicó el CBCS (no explicó claramente el objetivo de dicha aplicación), dio instrucciones claras sobre la manera de responderlo, al final de la sesión preguntó si había dudas o comentarios. Omisiones: no hizo transiciones en la sesión, no hizo un resumen de la sesión, no cerró sesión. Actividades agregadas: aplicó un cuestionario de satisfacción, aplicó LIBARE explicando claramente el objetivo de la aplicación, registró los días de consumo y la cantidad por ocasión, exploró las situaciones en las que se dio el consumo, aplicó el CIDI Drogas, invitó al adolescente al PIBA explicándole cada una de las sesiones.
Inducción	40	Habilidades de entrevista motivacional: retroalimentó al adolescente respecto a los factores de riesgo y protectores con los que	Aciertos: dio resultados de LIBARE, explicó de manera clara el proceso de adicción a las drogas, explicó de manera clara las consecuencias del consumo de

cuenta.
 Conductas no motivacionales: no estableció un rapport adecuado con el usuario, no tuvo contacto visual con él, lo confrontó, lo etiquetó, le ordenó. Hizo una retroalimentación negativa del patrón de consumo del adolescente reprendiéndolo en todo momento, no reforzó la participación del usuario en la sesión.

sustancias tanto a corto como a largo plazo, explicó al adolescente los factores de riesgo y protectores con los que cuenta, preguntó al adolescente sobre aquello que le preocupa y que le gustaría cambiar de su consumo, hizo un resumen de la sesión.

Omisiones: no explicó el objetivo de la sesión, no explicó adecuadamente las gráficas de la ENA y las confundió diciendo que eran gráficas del INEGI. No explicó los conceptos de moderación y abstinencia, no formuló ni definió el problema con el adolescente, no llevó al adolescente a encontrar sus opciones para el cambio ya que ella se las dio.

Total 21.66

Participante 3 (ver anexo C)

Tabla 10

Descripción del desempeño de la participante 3

Sesión	% Integridad	Habilidades	Procedimiento
Admisión	16.67	<p>Habilidades de entrevista motivacional: La participante hizo rapport y contacto visual, puso en práctica aunque a bajos niveles la escucha reflexiva.</p> <p>Conductas no motivacionales: No retroalimentó al usuario, no realizó transiciones adecuadas entre cada uno de los puntos de la sesión.</p> <p>En general no utilizó las habilidades de tipo motivacional.</p>	<p>Aciertos: aplicó el POSIT explicándolo y aclarando dudas, exploró y profundizó sobre los reactivos en los que el adolescente respondió de manera afirmativa; al finalizar la sesión introdujo la siguiente y programó la siguiente cita.</p> <p>Omisiones: No explicó el objetivo de la sesión; no aplicó LIBARE; no aplicó el cuestionario de Indicadores de Dependencia; no hizo resumen de lo trabajado a lo largo de la sesión, no preguntó por dudas.</p> <p>Actividades agregadas: aplicó la Entrevista Inicial correspondiente a la sesión de evaluación, en la aplicación explicó el objetivo de la entrevista, realizó todas las</p>

Evaluación 0	<p>Habilidades de entrevista motivacional: La participante estableció contacto visual, intentó hacer escucha reflexiva pero no lo logró.</p> <p>Conductas no motivacionales: no hizo rapport, no retroalimentó al adolescente, no hizo transiciones entre los puntos de la sesión.</p>	<p>preguntas e indagó sobre la información que el adolescente le otorgó; invitó al adolescente a ingresar al programa.</p> <p>Aciertos: no hubo aciertos.</p> <p>Omisiones: no explicó el objetivo de la sesión; no aplicó la entrevista inicial (la hizo en la sesión de admisión); no aplicó el CBCS; realizó el cierre de la sesión sin hacer un resumen de la sesión, sin introducir a la próxima sesión, sin preguntar por dudas y sin programar siguiente cita.</p> <p>Actividades agregadas: aplicó CIDI Alcohol y CIDI Drogas leyéndolo de manera clara; aplicó LIBARE explicándola, registrando y explorando las fechas de consumo; entregó al adolescente el autorregistro y le explicó el objetivo y la manera de llenarlo.</p>
Inducción 20	<p>Habilidades de entrevista motivacional: La participante estableció rapport, hizo contacto visual;</p> <p>Conductas no motivacionales: no retroalimentó al adolescente respecto a los factores protectores con los que cuenta, no ayudó al adolescente a encontrar las opciones que tiene para el cambio, no mostró conducta empática, no fomentó autoeficacia.</p>	<p>Aciertos: explicó el objetivo de la sesión.</p> <p>Omisiones: no retroalimentó al adolescente sobre su patrón de consumo, no entregó resultados de LIBARE, no utilizó las gráficas de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), no explicó los conceptos de moderación, de abstinencia y de trago estándar, no formuló el problema con el adolescente; no explicó el proceso de adicción; no explicó las consecuencias negativas a corto y a largo plazo que están asociadas al consumo de sustancias, , ni explicó los factores de riesgo que presenta; no le preguntó al adolescente aquello que le preocupa y quiere cambiar respecto a su manera de consumir, ; no invitó al adolescente al programa (ya había sido invitado desde la sesión de admisión).</p> <p>Actividades agregadas: aplicó y llenó el autorregistro.</p>
Sesión 1 42.85	<p>Habilidades de entrevista motivacional: La participante estableció rapport junto con el contacto visual, mismo ayudó al adolescente a establecer una meta de</p>	<p>Aciertos: ; realizó la lectura del folleto 1, explicó la importancia de identificar ventajas y desventajas del consumo, revisó las consecuencias del consumo en todos los ámbitos, realizó junto con el adolescente el ejercicio</p>

		<p>consumo con base en las respuestas del ejercicio, favoreció el planteamiento de una meta realista</p> <p>Conductas no motivacionales: no retroalimentó al adolescente ni hizo transiciones entre los puntos de la sesión, no reforzó el uso de estrategias para la reducción del consumo; no realizó cierre de la sesión, no la resumió, no reforzó la participación del adolescente en la sesión ni acordó una nueva cita, tocó mucho al adolescente.</p>	<p>del balance decisional; realizó el ejercicio del planteamiento de la meta</p> <p>Omisiones: no llenó el auto registro por lo tanto no recordó el término trago estándar, ni analizó el patrón ni las situaciones de consumo, no exploró el uso de estrategias para reducir el consumo, no resumió los puntos abordados en la sesión anterior; no explicó el objetivo de la sesión;</p>
Sesión 2	37.5	<p>Habilidades de entrevista motivacional: siempre mantuvo el contacto visual, al revisar el auto registro exploró el uso de estrategias para reducir el consumo; no explicó claramente la definición y función de las recaídas, explicó claramente la metáfora de la montaña de la recuperación, llevó al adolescente a identificar las consecuencias de sus situaciones; cerró la sesión, la resumió e hizo una nueva cita.</p> <p>Conductas no motivacionales: La participante no estableció rapport, no hizo transiciones entre los puntos de la sesión; no reforzó su asistencia; no explicó el objetivo de la sesión</p>	<p>Aciertos: llenó el auto registro junto al adolescente, analizó el patrón y las situaciones de consumo, recordó al adolescente la información de la sesión anterior realizó la lectura del folleto 2</p> <p>Omisiones: no explicó las reacciones que el adolescente puede experimentar al presentar una recaída; no explicó la importancia de identificar situaciones de consumo.</p>
Sesión 3	83.33	<p>Habilidades de entrevista motivacional: La participante implementó rapport, hizo contacto visual y retroalimentó al; recordó y resumió los puntos tratados en la sesión anterior; retroalimentó al adolescente sobre cada uno de sus planes.</p>	<p>Aciertos: llenó el auto registro analizando el patrón y las situaciones de consumo, explicó el objetivo de la sesión; realizó la lectura del folleto 3, recordó al adolescente las situaciones de riesgo que él mismo propuso en la sesión anterior, propuso al adolescente generar dos planes de acción para cada situación,</p>

Conductas no motivacionales: no enfatizó ni reforzó el uso de estrategias de moderación en el consumo.

Omisiones: no analizó con el adolescente cada plan, no cerró la sesión, no hizo un resumen de la misma, no reforzó la participación del adolescente y no hizo una nueva cita.

Total 33.39

Participante 4 (ver anexo D)

Tabla 11

Descripción del desempeño de la participante 4

Sesión	% Integridad	Habilidades	Procedimiento
Admisión	16.67	Habilidades de entrevista motivacional: explicó cuál es el objetivo de la sesión, resalta la confidencialidad. Conductas no motivacionales: La participante no hizo rapport, no hizo contacto visual, no retroalimentó al adolescente, no hizo las transiciones entre los puntos de la sesión.	Aciertos: aplicó el POSIT, identificó principal droga de consumo, indagó historia de consumo. Omisiones: no revisó con el adolescente sus respuestas en el POSIT, no aplicó la LIBARE; no aplicó el cuestionario de Indicadores de Dependencia del DSM IV, no llevó a cabo el cierre de la sesión y no programó la siguiente cita. Actividades agregadas: estableció una meta de consumo, explicó síndrome de abstinencia.
Total	16.67		

Análisis de frecuencia por ítem para las aplicaciones del IVAIT

En la Tabla 12 se presentan los resultados detallados de las cuatro aplicaciones del IVAIT, este tipo de tabla otorga la oportunidad de identificar con facilidad la manera en la que cada terapeuta contestó y así poder relacionar estas respuestas con su desempeño.

Tabla 12

Descripción de las respuestas dadas al IVAIT por las cuatro terapeutas participantes

Reactivos por factores	Respuesta por participante
Factor 1 Eficacia percibida	
Me siento cómodo aplicando el Programa de Intervención Breve.	Totalmente de acuerdo: participante 2. De acuerdo: participante 1, 3, 4.
Me siento capaz de generar cambios en el sujeto aplicando el Programa de Intervención Breve.	Totalmente de acuerdo: participante 1,2. De acuerdo: participante 3,4.
Estoy de acuerdo con los fundamentos teóricos del programa ya que considero que sí generan un cambio en la persona.	Totalmente de acuerdo: 1,3,4.
Al implementar el Programa de Intervención Breve logro los objetivos propuestos en cada sesión.	Totalmente en desacuerdo: participante 2. Totalmente de acuerdo: participante 2. De acuerdo: participante 1, 3, 4.
Tengo buenos resultados al aplicar el Programa de Intervención Breve.	Totalmente de acuerdo: participante 1, 2. De acuerdo: participante 3,4.
El entrenamiento que he recibido para realizar Intervenciones Breves me facilita para aplicar el manual de Intervención Breve que se me indica.	Totalmente de acuerdo: participante 1, 2, 3. De acuerdo: Participante 4.
El programa cumple con mis creencias de formación acerca de cómo se da el cambio en los sujetos.	Totalmente de acuerdo: participante 1, 2. De acuerdo: Participante 3, 4.
En el Programa de Intervención Breve se me permite adecuar mis habilidades terapéuticas para su aplicación.	Totalmente de acuerdo: participante 2. De acuerdo: Participante 1, 3, 4.
Factor 2 Resistencia cambio personal/profesional	
Cuando se me presentan situaciones o casos que no he atendido antes prefiero no trabajarlos.	Totalmente de acuerdo: Participante 2. En desacuerdo: Participante 3, 4. Totalmente en desacuerdo:

El uso de la Entrevista Motivacional no va de acuerdo con la manera en la que me gusta tratar a mis pacientes.

Con la formación que he recibido hasta este momento, ya no podría cambiar mi manera de trabajar en terapia.

Si me parece complicado el Programa de Intervención Breve no lo aplico.

Si las instrucciones del manual del Programa de Intervención Breve son difíciles de comprender, lo aplico como lo entiendo.

Para saber cómo aplicar el Programa de Intervención Breve es suficiente el manual del terapeuta.

Factor 3 Certeza en los resultados

Por experiencia sé que para aplicar el Programa de Intervención Breve se deben seguir las instrucciones tal cual aparecen en el manual.

El número de sesiones propuestas es suficiente con lo que se especifica teóricamente.

Cuando se me proporciona un manual para aplicar un Programa de Intervención Breve lo aplico tal cual, porque sé que es la manera en la que funciona.

Considero que el número de sesiones que el manual del Programa de Intervención Breve propone son suficientes para cumplir el objetivo planteado.

Si desconozco los principios básicos del Programa de Intervención Breve no lo aplico.

Participante 1.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 3.
 Totalmente en desacuerdo:
 1,2, 4.
 En desacuerdo: Participante
 1, 2, 3.
 Totalmente en desacuerdo:
 Participante 4.
 De acuerdo: Participante 4.
 En desacuerdo: Participante
 1, 3.
 Totalmente en desacuerdo:
 Participante 2.
 De acuerdo: Participante 1, 3.
 En desacuerdo: Participante
 4.
 Totalmente en desacuerdo:
 Participante 2.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 2.
 De acuerdo: Participante 3.
 En desacuerdo: Participante
 1, 4.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 1, 2, 4.
 De acuerdo: Participante 3.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 2.
 De acuerdo: Participante 1,4.
 En desacuerdo: Participante
 3.
 De acuerdo: Participante 1, 2.
 En desacuerdo: Participante
 3, 4.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 2.
 De acuerdo: Participante 1.
 En desacuerdo: Participante
 3, 4.
 De acuerdo: Participante 1,3,
 4.
 Totalmente en desacuerdo:

Trabajar con programas de Intervención es algo que sé cómo hacer porque ya lo había hecho antes.

Participante 2.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 2.
 De acuerdo: Participante 1,4.
 En desacuerdo: Participante 3.

Factor 4 Reconocimiento de la capacitación (teórico/procedimental)

El entendimiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para poder utilizarlo.

Totalmente de acuerdo:
 Participante 1, 2, 3, 4.

El entrenamiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para su uso.

Totalmente de acuerdo:
 Participante 3, 4.
 De acuerdo: Participante 1,2.

Para aplicar el Programa de Intervención Breve se requiere, además del manual del terapeuta, tener un entrenamiento adicional.

Totalmente de acuerdo:
 Participante 3, 4.
 De acuerdo: Participante 1.

Considero que es necesario entender el procedimiento del uso del Programa de Intervención Breve para poder aplicarlo.

Totalmente en desacuerdo:
 Participante 2.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 1, 2, 4.
 De acuerdo: Participante 3.

Factor 5 Disposición a la actualización

Si en la clínica que laboro me piden usar el manual de un Programa de Intervención Breve que desconozco, hago todo lo posible por aprender a usarlo.

Totalmente de acuerdo:
 Participante 1, 2, 3, 4.

Considero útil asistir a congresos para conocer nuevas maneras de prevenir y tratar las diversas problemáticas. Leo constantemente revistas científicas porque considero importante estar en constante actualización.

Totalmente de acuerdo:
 Participante 1, 2, 3, 4.
 Totalmente de acuerdo:
 Participante 2, 4.
 De acuerdo: Participante 1.
 En desacuerdo: Participante 3.

Para aprender a utilizar el Programa de Intervención Breve es importante entender los conceptos teóricos que se manejan antes a su aplicación.

Totalmente de acuerdo:
 Participante 1, 2, 3, 4.

Auto reporte de integridad del tratamiento de las cuatro participantes del segundo estudio.

Los resultados del auto reporte de integridad del tratamiento aplicado a las cuatro participantes del segundo estudio se reportan en la Tabla 13.

Tabla 13

Descripción del autoreporte de integridad del tratamiento de las cuatro terapeutas

Participante	% Integridad	Razones
1	90	En general trato de apegarme a los lineamientos del programa pero existen ocasiones en que el adolescente acude a sesión con una problemática muy específica (diferente al consumo) y esto no me permite completar todos los objetivos de esa sesión.
2	100	Porque tengo las habilidades necesarias para empatizar con el paciente y desarrollar habilidades.
3	80	Considero que en ocasiones otras áreas requieren de atención, por ejemplo el manejo de emociones que requiere dedicarle tiempo para habilitar al joven.
4	70	Porque aunque ya lo conocía y había leído el manual, no lo había llevado a cabo como hasta ahora que estudio la especialidad, circunstancia que me ha agradado ya que ha sido explicada de manera muy específica y objetiva

Como se observa en la Tabla 13, el porcentaje de integridad reportado por las propias participantes, dista mucho del porcentaje de integridad del tratamiento obtenido por medio de las videograbaciones, con excepción de la participante número uno en la que solamente hay una diferencia del 10% entre la integridad obtenida mediante la video grabación y la integridad obtenida en el auto reporte.

4.3 Discusión

Para la implementación del segundo estudio de este proyecto de investigación se logró un acercamiento hacia las instituciones públicas de atención y prevención de adicciones. En el proceso de planeación del trabajo de campo de investigación para este segundo estudio, se recomendó que lo ideal sería video grabar todas las sesiones del PIBA para poder tener la visión completa de la manera en la que implementan el programa. Fue difícil obtener la información de esta manera, dado que existía una saturación de agenda en los Centros, la cual impedía que pudieran citar al adolescente cada semana, se integraban técnicas no incluidas den el PIBA entre una y otra sesión, el ausentismo por parte del adolescente a las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sesiones, la resistencia de algunos adolescentes a ser grabados, la deserción por parte del adolescente y el cambio de cita a última hora sin avisar.

Respecto a la medición de integridad del tratamiento tres de las cuatro participantes obtuvieron una integridad del tratamiento menor al 50%, mientras solo una participante, obtuvo un 100% de integridad. En su autoreporte las cuatro participantes se percibieron con una alta integridad del tratamiento. Las tres participantes que obtuvieron una baja integridad del tratamiento presentaron pocas habilidades motivacionales y conductas no motivacionales que imposibilitan el promover el cambio en el adolescente usuario de sustancias.

Respecto a las variables asociadas a la integridad del tratamiento la mayoría está de acuerdo con los fundamentos teóricos del programa de intervención, se sienten cómodas aplicando el PIBA, consideran tener el entrenamiento suficiente para su aplicación y lograr los objetivos del programa. Son conscientes de que deben aplicar el manual tal cual viene estipulado.

El PIBA es un programa validado empíricamente ya que, como se revisó dentro del marco teórico, ha sido sometido a varias pruebas de efectividad de distintos tipos (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruíz & Ayala, 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008b; Martínez, Pedroza, Salazar & Vacio, 2010; Martínez, Bárcenas & Pacheco, 2012); además de esto, posee un manual con la descripción completa del programa y sus antecedentes teóricos, es por estos motivos candidato a ser diseminado y aplicado por otros.

Aunado a ser candidato para ser diseminado, el PIBA también cumple con los requisitos para que, sobre él, se pueda medir la integridad del tratamiento, esto de acuerdo a Perepletchikova (2011), ya que la autora afirmó que un programa de intervención es candidato a ser evaluado en integridad del tratamiento únicamente si posee una definición operacional y un manual de uso. El PIBA también es susceptible de ser valorado en lo que a integridad del tratamiento se refiere, debido a que sus componentes teóricos y procedimentales están plasmados de manera completa y suficiente en las Listas Checables para la Supervisión de Terapeutas del PIBA (Jiménez, García & Murillo, 2007). Además,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

uno de los requisitos fundamentales para medir integridad del tratamiento, es tener muy bien definido cada uno de los componentes del programa en el instrumento que la medirá (Gresham et. al, 2000).

Continuando con el PIBA, es importante señalar que presenta criterios de inclusión muy específicos dentro de su manual:

“El Programa de Intervención Breve para adolescentes está dirigido a jóvenes de entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo (peleas, resaca, accidentes, etc.), y que no presentan dependencia hacia la droga, canalice a otras intervenciones especializadas” (p.5).

No todos los adolescentes que asisten a los centros de atención y prevención de adicciones cumplen con estos criterios de inclusión. Muchos de ellos, presentan niveles más severos de consumo -llegando hasta la dependencia-, otros no están estudiando y otros son menores de 14 años. Es evidente que el PIBA define operacionalmente para que tipo de población va dirigido. El argumento que se utiliza en los Centros “Nueva Vida” para implementar el PIBA, es que no existe otro programa de intervención con el que se le pueda atender. Esta realidad tiene implicaciones respecto al nivel de integridad del tratamiento, ya que debido a esta situación, utilizan otras técnicas para trabajar con el adolescente. Aunque no queda claro si es porque el adolescente necesita otros componentes de intervención o porque el terapeuta tiene un enfoque terapéutico de formación distinto al enfoque que sustenta al PIBA.

Habiendo dejado clara la reflexión respecto a las razones por las que el PIBA fue candidato idóneo para este estudio, cabe preguntarse si en realidad se llevó un proceso efectivo de diseminación/adopción (Rogers, 2003) con las terapeutas que conformaron la muestra. Haciendo un recorrido por cada una de las etapas, se analizaron las razones por las que se considera que no hubo un proceso de diseminación/adopción que fuera realmente efectivo.

Desde la *etapa del conocimiento* no se llevó a cabo de manera completa, ya que los terapeutas no conocieron los fundamentos teóricos que sustentan al programa. Tampoco conocieron el procedimiento bajo el cual se lleva a cabo el PIBA, sus componentes, ni las razones por las que el programa se lleva a cabo de esa manera.

En lo que respecta a la segunda etapa que es la de *persuasión*, se puede afirmar que la aplicación del programa fue “impuesta” por parte de la institución en la que trabajan, como parte de sus obligaciones al laborar dentro de éste Centro, sin generar disposición y afecto por el programa que debían implementar.

En la tercera etapa, la de *decisión*, no se les dio oportunidad de decidir libremente la implementación del PIBA, lo que se convirtió en un acto obligado. Esta obligación tuvo como consecuencia que, al momento de aplicarlo, no se hizo de manera íntegra, ni se respetó el procedimiento. En la cuarta etapa, la llamada *implementación*, los terapeutas debieron haber sido entrenados y supervisados por sus superiores quienes les solicitaron a los terapeutas aplicar el Programa. La realidad es que no se sabe si el método que utilizaron para capacitar a los terapeutas en el uso del PIBA fue directo y si los están monitoreando en la implementación del mismo. Por lo tanto, no se puede afirmar que este paso del proceso de diseminación se haya llevado a cabo de manera efectiva. En esta etapa, podría efectuarse la reinención respetando el cuerpo fundamental de conceptos que el programa necesita.

Durante la quinta y última etapa del proceso, la llamada *confirmación*, en donde el sujeto busca respaldar su decisión, no ha habido quién refuerce y enseñe sobre la efectividad y la aplicabilidad del programa y ello permita al terapeuta confirmar el uso del programa y lo utilice sintiéndose cómodo y convencido con su decisión.

Resulta claro entonces, que la manera en que las creencias y preferencias de formación de los terapeutas, funcionan como una barrera para la comprensión y adopción del PIBA. Con base en lo observado durante todo el proceso de investigación, es evidente que las terapeutas no distinguen entre las necesidades reales de capacitación que su trabajo requiere versus las aficiones y hobbies profesionales que no tienen que ver con lo que su

trabajo necesita; basta con revisar el perfil educativo/ profesional que cada una tiene, en especial el apartado de estudios de posgrado que han realizado.

Respecto al tipo de estrategias que se utilizaron para acercarse al objeto de estudio se constató la importancia de utilizar la observación directa como estrategia para la medición de integridad del tratamiento, ya que se aprovecharon las ventajas de llevarla a cabo: se obtuvo una valoración objetiva del desempeño de las terapeutas, además ellas pudieron comportarse libremente al momento de trabajar el PIBA con el adolescente, ya que no existió intrusión por parte de una persona que video grabara la sesión, esto favoreció la obtención del desempeño natural del terapeuta que era lo que se buscaba.

Aunada a la observación directa, se utilizó también un auto reporte de integridad que dio como resultado la utilización de una estrategia de medición de tipo mixta. Este tipo de estrategias son, de acuerdo a Bell (2009), óptimas para poder tener una visión más comprensiva de la integridad del tratamiento (Hagermoser & Kratochwill, 2009). Al revisar el auto reporte se hizo evidente la gran disparidad entre el porcentaje real de integridad y su percepción de integridad, es por esto que aun no se puede afirmar que el auto reporte por sí solo, sea una buena estrategia para medirla. Efectivamente en otras áreas se ha comprobado que el autoreporte es poco efectivo (P.e. Robles, Medina, Flores & Paez, 2007) pero en la literatura científica de medición de integridad del tratamiento se propone y no se ha estudiado su confiabilidad y validez en este tema. Este resultado constata la importancia de haber utilizado en primer lugar la estrategia de la observación directa, a través de las videograbaciones.

Medir integridad del tratamiento de manera directa es difícil y complejo, debido a factores como la protección de ineficacia, lo costoso de la técnica y el poco control experimental para hacerlo. Debido a ello, resulta importante seguir trabajando en estrategias mixtas y buscando la manera de hacer válida y efectiva la estrategia del auto reporte.

Aunque el objetivo de este estudio no fue en ningún momento evaluar el cambio en el patrón de consumo y la disminución de consecuencias negativas asociadas al consumo en

los adolescentes que fueron atendidos por las terapeutas que participaron en este proyecto de investigación, cabe hacer una afirmación interesante respecto a este sentido. La razón por la que no se finalizaron las videograbaciones de tres de las terapeutas participantes fue principalmente la deserción del adolescente a la intervención, con excepción de la terapeuta 1, quien sí finalizó el PIBA con el adolescente. Es precisamente esta terapeuta quien obtuvo un 100% de integridad del tratamiento. Este resultado permite comprobar que efectivamente la integridad del tratamiento es un vínculo muy importante entre el uso y la efectividad de las intervenciones (Gutkin,1993; Peterson, Homer & Wonderlich, 1982; Shadish, Cook & Campbell, 2002). Además, esta misma terapeuta (1), mostró habilidades de tipo motivacional y cubrió también en un 100%, el procedimiento del PIBA sin agregar ningún otro tipo de técnicas o estrategias terapéuticas provenientes de otro enfoque teórico terapéutico y acordando, una sesión semanal para el adolescente. Además, presentó estrategias de trabajo dentro de las sesiones del PIBA que las demás participantes del estudio no presentaron; por ejemplo, tener a la mano las listas checables para la supervisión de terapeutas del PIBA, presentó un dominio del material que se iba a utilizar al momento de la sesión, mantuvo al adolescente interesado en su proceso de cambio y en todo momento, le hizo ver que él era el primer responsable de su cambio. Estas características de la terapeuta coinciden con lo encontrado por Pacheco y Martínez (2012), quienes definieron que un terapeuta es efectivo en su labor cuando está comprometida con el programa que está ejecutando, cuando maneja de manera efectiva los conceptos teóricos y además, maneja el procedimiento del programa y cree en el adolescente como agente de cambio para sí mismo.

Esta participante, además, estuvo recibiendo un proceso de capacitación al momento de participar en el estudio, era alumna de la Especialización en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo en la que, además de capacitarle en el uso del PIBA, también estuvo siendo supervisada al momento de implementarlo con un usuario adolescente. Estos elementos, de acuerdo al modelo de diseminación/adopción de Rogers (2003) son fundamentales para que se adopte un programa, es claro entonces, que la

participante uno ha adoptado el PIBA para su uso dentro de su quehacer clínico en el Centro.

Las participantes 2, 3 y 4 obtuvieron una integridad del tratamiento baja tanto en procedimiento como en habilidades motivacionales, es decir, no llevaron a cabo las sesiones del PIBA como están estipuladas en el manual del terapeuta ni tampoco su estilo terapéutico fue el que está propuesto dentro del programa, no presentaron un dominio en el uso de los materiales que se incluyen en el programa, mezclaron actividades de una y otra sesión, no siguieron un orden coherente, hicieron modificaciones sin justificación.

En el caso de la participante 3, el adolescente que atendió no cubría los criterios de inclusión que marca el PIBA, sin embargo, no fue esa una razón para que la participante agregara algún otro tipo de técnicas, aunque tampoco siguió el procedimiento que marca el programa.

Con base en estos resultados de integridad del tratamiento se detectó que existe una urgente necesidad de capacitación en el conocimiento y manejo de la entrevista motivacional, la cual es fundamental para tener resultados efectivos dentro del PIBA.

Es evidente que las terapeutas no conocen de manera completa los fundamentos teóricos y las estrategias terapéuticas que la entrevista motivacional maneja, el uso de ella podría cubrir la expectativa que los terapeutas tienen de trabajar a sus usuarios de manera más “humana”. En frases como *“fíjate son 79 días los que no consumiste, son muchos más días los que consumiste que los que no consumiste, entonces quiere decir, que sí le dedicabas mucha parte de tu tiempo a estar consumiendo marihuana. Fíjate 79 días tú los ocupabas en otras actividades, cuando haces otras cosas ¿no?, pero 108 días de tu vida (haciendo énfasis en tu vida) tú los invertiste fumando ¿no?, entonces era cuando pensabas así de a ver voy a fumar y otro poco ¿verdad?. O sea te entretenías demasiado tiempo en el consumo de cigarrillos de marihuana”*. Como puede juzgarse a partir del texto citado, es evidente que la terapeuta, no puso en práctica ninguna de las estrategias motivacionales. Se considera que ésta es una de las razones por las cuales el adolescente no continuó con su

trataamiento, pues no se le inducía a querer hacer un cambio en su consumo o reducir las consecuencias negativas asociadas a su consumo.

Este punto relacionado con la entrevista motivacional también se hace evidente en el sentido contrario con la participante número 1, la cual sí presentó, durante las sesiones, estrategias de tipo motivacional. Dichas estrategias se vieron reflejadas en que el adolescente terminó con éxito su tratamiento, no faltó a las sesiones y se mostró animado:

“ De hecho la semana pasada esa era una de las estrategias que dijiste que querías usar: alejarte de amistades que consumían, entonces lo lograste. Muy bien, nuevamente en cuanto a este auto-registro que traes, felicitarte porque has mantenido tu meta, parece ser que hasta el momento las estrategias que has puesto en práctica, han sido adecuadas”.

En resumen, retomando a Dane y Schneider (1998) y sus dimensiones de medición de integridad del tratamiento, con base en el desempeño de las participantes 2, 3, y 4 se puede afirmar que en cuanto a contenido no todos los pasos del tratamiento contenidos en el manual del terapeuta fueron aplicados en el orden estipulado; en cuanto a calidad las sesiones del PIBA no se implementaron con la calidad debida y esperada de acuerdo al manual del terapeuta; respecto a la cantidad fueron distintos los casos pero se puede afirmar que solo una participante trabajó el 100% del tratamiento con el adolescente; en cuanto al proceso la intervención no fue llevada a cabo de manera ordenada y sistemática por parte de la participante 2, la participante 3 y la participante 4.

Variables asociadas a la integridad del tratamiento

Si se comparan los resultados de integridad del tratamiento de las participantes de este estudio, con los resultados que Jiménez (2010) encontró con terapeutas colaboradoras del proyecto de investigación de la autora del PIBA, se puede afirmar que ambas terapeutas evaluadas por Jiménez obtuvieron un alto nivel de integridad del tratamiento, esto, de acuerdo a Perepletchikova (2011) quien afirmó que una intervención validada en una condición experimental con terapeutas altamente entrenados, puede ser menos efectiva en un centro público con una población más heterogénea.

En el caso de la participante 1, quien obtuvo un 100% de integridad del tratamiento, las variables que se asociaron a ésta fueron: eficacia percibida (se siente cómoda aplicando el PIBA, se siente capaz de generar cambios significativos en el sujeto con el PIBA, está de acuerdo con los fundamentos teóricos que sustentan al PIBA, afirma lograr los objetivos que se proponen en cada una de las sesiones del PIBA, considera tener buenos resultados al momento de la aplicación del PIBA, considera tener un buen entrenamiento para implementar el programa, el PIBA coincide con lo que se le enseñó en su formación de licenciatura acerca de la manera en la que se da el cambio en los sujetos y considera flexible el programa, ya que le permite adecuar sus propias habilidades terapéuticas al aplicarlo). No resulta extraño que ésta haya sido la variable más importante en el estudio de las variables, ya que Bandura (1977) afirmó de manera contundente que la auto eficacia es una variable fundamental para que el sujeto actúe y tenga niveles de motivación adecuados para realizar la tarea que se le pide, además afirmó que la auto eficacia es mediada por las creencias sobre la propia capacidad con relación al dominio de determinadas situaciones. Este es un hallazgo importante ya que, al parecer, antes de una capacitación de tipo teórico/procedimental, sería importante conocer en los terapeutas su percepción de eficacia profesional como terapeutas; si no es una eficacia percibida alta, aunado al proceso de capacitación en el uso del programa, sería importante realizar una intervención para incrementarla.

Pacheco y Martínez (2012) también marcaron la auto eficacia como una característica fundamental que el terapeuta debe poseer al momento de intervenir con el usuario.

Con respecto a la resistencia al cambio personal/profesional, la terapeuta 1, manifestó no tener resistencia a atender situaciones o problemáticas que no haya atendido antes, esto es, acepta los retos. Por otro lado, si el programa que debe aplicar, le parece complicado, hace lo necesario para aprender a utilizarlo. Además, la terapeuta manifestó estar totalmente de acuerdo en el uso de la entrevista motivacional dentro de su manera de intervenir, pues considera que aún con la formación que ha recibido, puede cambiar la forma que tiene de trabajar en terapia. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Gresham (1999, 2009) en donde la tensión de recursos del terapeuta es fundamental para la integridad del tratamiento. Es decir, que consideran que un programa le va a requerir habilidades que no posee o requiere de aprender cosas nuevas, no será posible aplicarlo de manera íntegra. A diferencia de la participante 1, que está dispuesta a enfrentar esta tensión de recursos al momento de implementar un programa de intervención.

En cuanto a la certeza en los resultados, la participante 1 afirmó que debe seguir las instrucciones como aparecen en el manual. También reconoció que debe aplicar el manual tal cual para poder obtener resultados de efectividad; está de acuerdo con el número de sesiones que el PIBA propone y se manifestó dispuesta a aprender los principios básicos del programa, para poder aplicarlo de manera correcta. Este hallazgo confirma lo afirmado por Perepletchikova (2011) y Gresham (2002) respecto a la importancia de poseer un manual en donde se encuentre plasmado el programa de intervención para así poder promover que se aplique de manera íntegra.

En cuanto al reconocimiento de la capacitación teórico/procedimental, la participante 1 afirmó que es indispensable entender de manera completa el uso y procedimiento del manual del programa y además haber sido entrenada para su uso. Esta variable fue reportada por Basch (1984), Fullan (1985), McLaughlin y Marsh (1978), Patterson y Czajkowski (1979), Perry et al.(1997) quienes hablaron de la importancia de un buen entrenamiento para obtener altos niveles de integridad. La diferencia radica en que estos autores encontraron esta variable como una de las principales y dentro de este estudio, se observaron las variables de índole personal como más importantes.

Por último, en la variable disposición a la actualización, la participante 1 manifestó tener disposición para aprender cosas nuevas, en especial si son propuestas nuevas que debe aprender para su labor dentro del Centro donde labora. Además, tiene disposición para leer revistas con investigaciones recientes y asistir a congresos para conocer nuevas maneras de intervenir. Lozano- Blanco, Sobell y Ayala (2002) rescataron también estas características como esenciales para que un grupo de profesionales acepte trabajar con una nueva propuesta de intervención.

En el caso de las participantes 2, 3 y 4 quienes obtuvieron una baja integridad del tratamiento:

En sus respuestas dentro del IVAIT, se detecta una necesidad de modificación de elementos del Programa, a pesar de haber afirmado estar de acuerdo o completamente de acuerdo con que *tienen buenos resultados aplicando el programa de intervención*. Este resultado cuestiona las razones que tienen las terapeutas para hacer modificaciones arbitrarias al programa. La participante 2 manifestó estar completamente en desacuerdo con los fundamentos teóricos que sustentan al programa, ya que ella consideró que no generan un cambio en la persona. Este es un factor importante para que no obtengan resultados efectivos en la aplicación del PIBA, pues no conocen ni están convencidas de su efectividad y de los resultados de investigación que lo respaldan y entonces no lo trabajan de manera íntegra, así que es muy claro que no obtendrán los mismos resultados.

El mal desempeño en el uso de la entrevista motivacional que las participantes 2, 3 y 4 manifestaron durante las videograbaciones coincide con lo que reportan en el reactivo *“el uso de la entrevista motivacional coincide con la manera en la que me gustan tratar a mis pacientes”*, pues la mayoría estuvo en desacuerdo con esta afirmación. Situación que confirma la falta de conocimiento de la técnica.

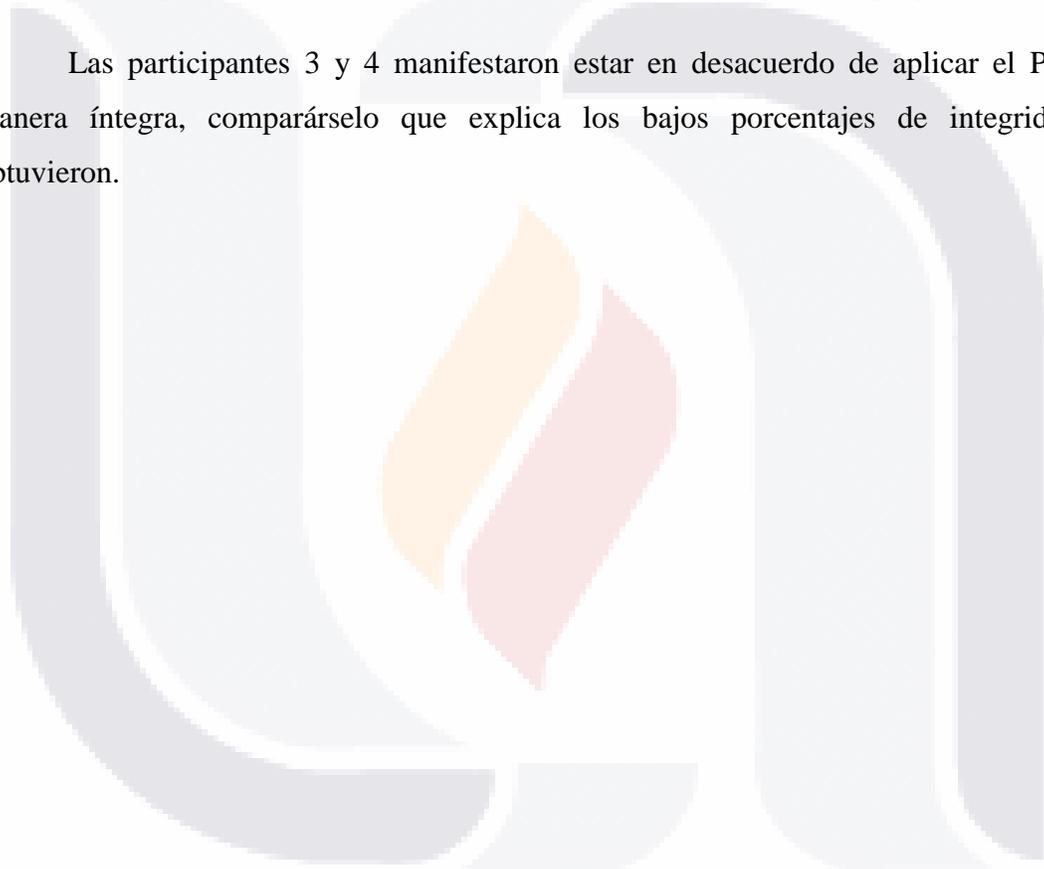
No existe un convencimiento pleno en que el manual debe aplicarse tal cual porque se ha comprobado que esa es la manera en la que funciona. Por lo tanto, resulta importante trabajar sobre este punto, incluso revisar el proceso de disseminación, considerando que quienes harán uso del programa, tengan un conocimiento pleno de los fundamentos teóricos y se encuentren interesados en utilizar el PIBA.

Las participantes 2 y 3 afirmaron estar de acuerdo con que para aprender a utilizar el PIBA es suficiente el manual del terapeuta. Esta afirmación resulta interesante, ya que ninguna de las dos ha recibido capacitación adicional para aprender a implementarlo y además no lo implementan de manera correcta. Las terapeutas perciben que el programa es efectivo y de acuerdo a Elliot (1988), Witt & Elliot (1985) y Yeaton y Sechrest (1981) esto debería ser una razón fuerte para que el tratamiento que se está aplicando se lleve a cabo de

manera íntegra. Sin embargo, la realidad fue que en la participante 2, 3 y 4 no sucedió así, a pesar de saber que han obtenido buenos resultados en su uso, no lo aplican de manera íntegra, esto debe estar relacionado con lo reflexionado en el párrafo anterior sobre la creencia y conocimiento completo y comprensivo del programa.

La participante 2 no se mostró dispuesta a atender situaciones que no se le han presentado antes, lo que tiene una influencia directa en su integridad, pues no adecúa los elementos del programa de intervención a la situación nueva que se le propone.

Las participantes 3 y 4 manifestaron estar en desacuerdo de aplicar el PIBA de manera íntegra, comparárselo que explica los bajos porcentajes de integridad que obtuvieron.



5. Conclusión general

El trabajo de esta investigación tuvo como objetivo general evaluar la integridad de la aplicación del PIBA en terapeutas que laboran en el Sector Salud en el Estado de Aguascalientes; sus objetivos específicos fueron (a) Construir un instrumento de evaluación que permita identificar las variables asociadas a la integridad del tratamiento, (b) Medir el porcentaje de integridad del tratamiento respecto al PIBA en los terapeutas que laboran en Centros Nueva Vida del Estado de Aguascalientes y (c) Analizar y describir las variables asociadas a la integridad del tratamiento. Se considera que los objetivos se cubrieron en un 100%; con la intención de lograrlo de manera suficiente se dividió el proyecto de investigación en dos estudios.

Se construyó un instrumento de utilidad que permitió explorar las variables asociadas a la Integridad del Tratamiento; se tuvo la oportunidad de acceder a varias modalidades de aplicación del instrumento (de manera presencial con los terapeutas de los Centros Nueva Vida del Estado de México, Aguascalientes y Jalisco; a distancia con alumnos de la Especialización en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo), se obtuvieron las propiedades psicométricas del mismo (evidencias de validez de contenido a través de jueceo dicotómico, validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio y confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach).

El análisis factorial dio como resultado cinco factores que en su total presentaron una varianza explicada del 52.567%. Los factores fueron nombrados conforme el tipo de reactivos que se agruparon en cada uno de ellos, el primer factor se nombró Eficacia percibida; el segundo Resistencia al cambio personal/profesional; el tercero Certeza en los resultados; el cuarto Reconocimiento de la capacitación (teórico/procedimental); por último el quinto fue nombrado como Disposición a la actualización. El inventario en su totalidad presentó una confiabilidad de $\alpha = .792$.

Como conclusiones generales de este proyecto de investigación se puede señalar que en cuanto a las modificaciones que se le pueden hacer a un programa de intervención, O'connor, Small y Cooney (2007) afirmaron que es preferible seleccionar para su uso, un

programa al que no se le tengan que hacer adaptaciones en el momento de implementarlo en el escenario clínico.

Pero por otro lado, si al momento de enfrentarse con la realidad clínica las necesidades de la población requieren alguna modificación, Dusenbury, Brannigan, Falco y Hansen (2003) hicieron la diferencia entre aquellos autores que proponen implementar un programa de manera cercana y completa contra una postura más moderada que permite pequeñas adaptaciones. Los autores, argumentaron que las modificaciones son necesarias para situar necesidades individuales, pues brinda más probabilidad de que el programa se adopte en un futuro. Es importante que las adecuaciones que se le realicen al programa no sean substanciales, tales como el cambio de sesiones entre ellas, la modificación de los ejercicios o la inserción de otro tipo de técnicas. Si se realizan modificaciones sustanciales, se pierde de manera definitiva la relación integridad del tratamiento-resultados de efectividad. La realidad es que, en el caso de esta muestra de terapeutas, no existía una razón de peso para que se hicieran modificaciones al programa, ya que los adolescentes atendidos, cubrían los criterios de inclusión que están estipulados. Pacheco y Martínez (2012) afirmaron que, el hecho de aplicar el PIBA de manera sistemática, no limita la posibilidad de establecer claramente cuáles son las modificaciones que se pueden realizar en la duración de los tiempos de cada una de las sesiones, en incluir algún otro ejemplo que no venga en el folleto de esa sesión, cambiar el orden de algunos ejercicios y hablar con el usuario adolescente acerca de otra problemática que le aqueje en el momento de la intervención. Realizar modificaciones fuera de éstas mencionadas, puede tener consecuencias en la integridad del tratamiento como sucedió con las participantes 2,3 y 4.

Con base en lo reflexionado en la discusión del segundo estudio, se puede concluir que es necesario proponer un proceso de capacitación que sea efectivo en las terapeutas y además un proceso de apropiación o reinención del programa por parte de las terapeutas; una estrategia efectiva de capacitación sería la que incluyera no solamente el conocimiento de los supuestos teóricos (componentes terapéuticos del programa), sino que también se incluyeran estrategias como el modelamiento y la supervisión de las habilidades clínicas del terapeuta (Pacheco & Martínez, 2012).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Con base en los hallazgos de esta investigación, se propone que sería importante agregar, además de lo ya señalado por Pacheco y Martínez, los componentes motivacionales y de disposición al cambio por parte del terapeuta.

Una segunda propuesta que se podría llevar a cabo es la reinención de la innovación, en lugar de volver a realizar el proceso de diseminación/adopción que resultaría más costoso. Dusenbury, Brannigan, Falco y Hansen (2003) afirmaron que si se diferencian de manera clara los elementos críticos o esenciales de los no esenciales, que pueden ser fácilmente adaptables sin consecuencias, se puede llegar a una reinención. Pueden existir casos en donde una reinención adecuada dé un buen resultado en la población en la que se está aplicando el programa.

Por último, con base en los resultados obtenidos en esta investigación surgen varias preguntas de investigación que llevan a realizar varias propuestas que pudieran realizarse en un futuro; la primera de ellas sería continuar con las videograbaciones y de acuerdo a los puntajes, encontrar la manera de establecer correlaciones estadísticas entre las variables obtenidas por medio del IVAIT y los porcentajes de integridad del tratamiento obtenidos en las videograbaciones.

Por otro lado, se propone también realizar un estudio experimental con cada una de las variables para determinar el grado de influencia directa sobre la integridad del tratamiento, ya que éste primer estudio se trató únicamente de explorar y describir las variables asociadas a la integridad, pero para poder hacer afirmaciones definitivas debe haber una medición de tipo experimental.

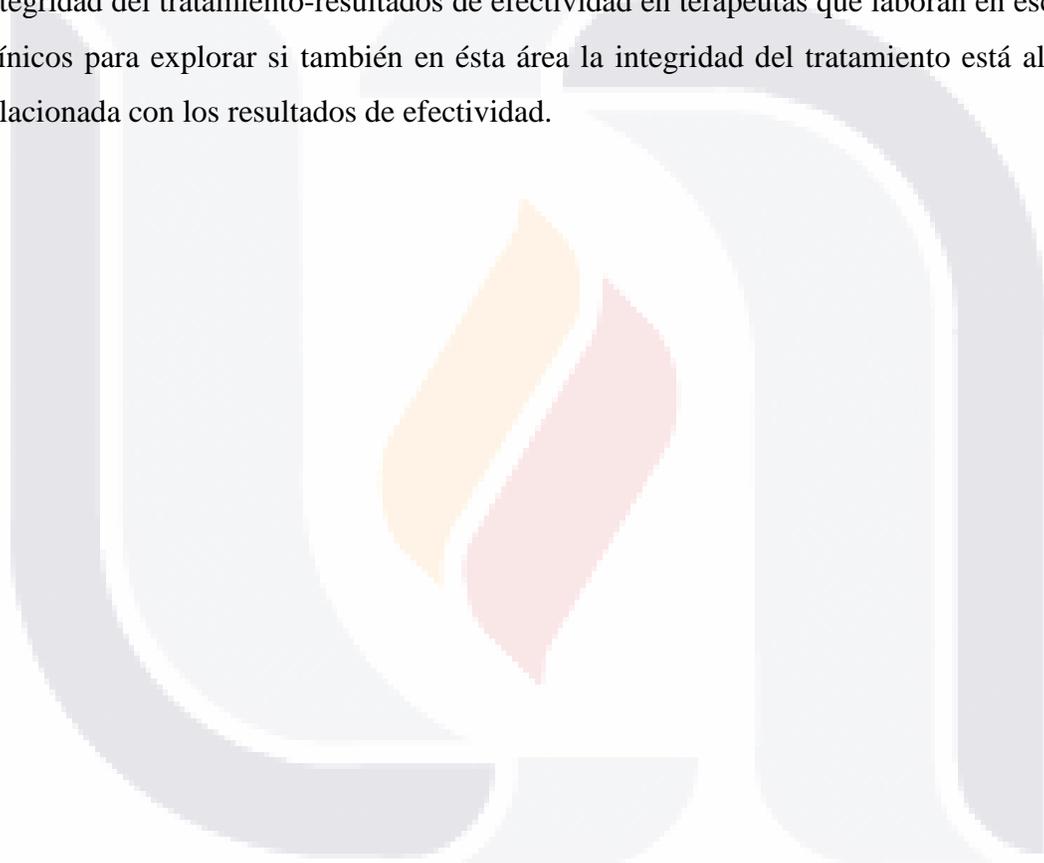
Además se considera que es posible llevar a cabo un estudio para comprobar si en este campo de conocimiento el uso del auto reporte si pudiera ser una estrategia efectiva en la medición de integridad del tratamiento.

Por otro lado resultaría de interés hacer una comparación de medias entre grupos, considerando variables como años de experiencia, enfoque teórico de preferencia y el porcentaje de percepción de la manera en que la formación facilita su desempeño laboral

para poder llegar a afirmaciones más generales acerca de las variables asociadas a la integridad del tratamiento.

Aunado a las propuestas anteriores sería interesante hacer un análisis cualitativo de las respuestas del auto reporte de integridad del tratamiento para obtener categorías nuevas de análisis y evaluar el fenómeno de manera más comprensiva.

Por último también se puede llevar a cabo un estudio en el que se mida la relación integridad del tratamiento-resultados de efectividad en terapeutas que laboran en escenarios clínicos para explorar si también en ésta área la integridad del tratamiento está altamente relacionada con los resultados de efectividad.



Referencias Bibliográficas

- Aguilar, J.E. (2009). *Intervenciones Psicológicas con Apoyo Empírico*. Boletín Electrónico de la Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C., 5 (1). México.
- Annis, H. M. & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug - Taking Situations*. Toronto, Canada. Addiction research Foundation.
- APA. (1992). *Ethical Principles and Code of Conduct*: disponible en: <http://www.apa.org/ethics/code.html>.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. & Martínez, M. (2004). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a sustancias adictivas: manual del terapeuta*. México: UNAM. CONADIC.
- Basch, C. E. (1984). Research on disseminating and implementing health education program in schools. *Journal of School Health*, 54, 57-66.
- Basen, K., O'Hara, N., Lovato, C., Lewis, M., Parcel, G. & Gingiss, P. (1994). The effect of two types of teacher training on implementation of Smart Choices: a tobacco prevention curriculum. *Journal of School Health*, 64, 334-339.
- James Bell Associates (2009, October). *Evaluation Brief: Measuring implementation fidelity*. Arlington, Va: Author.
- Bond, G., Becker, D. & Drake, R. (2011). Measurement of fidelity of implementation of evidenced-based practices: Case example of the IPS Fidelity Scale. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 126-141.
- Borrelli, B., Sepinwall, D., Breger, R., DeFrancesco, C., Sharp, D., Ernst, D., Czajkowski, S., Levesque, C., Ogedegbe, G., Resnick, B. & Orwig, D. (2005). A New Tool to

Assess Treatment Fidelity and Evaluation of Treatment Fidelity Across 10 Years of Health Behavior Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, 73, 5, 852-860.

Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. & Botvin, E. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2-40.

Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Cooper, J.O., Heron, T.E. & Heward, W.L. (1987). *Definición y Características del Análisis Conductual Aplicado*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.

Dane, A. & Schneider, B. (1998). Program Integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18, 237-256.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W., Walsh, J. & Falco, M. (2005). Quality of implementation: Developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*, 20, 308-313.

Durlak, J. & Dupree, E. (2008). Implementation matters: A review on the influence on implementation of program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.

- 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*
- Echeverría, L. & Ayala H., (1997) *Cuestionario de Confianza Situacional: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, S.V.L., Ruíz, T.G.M., Salazar, G.M.L. & Tiburcio, S.M.A. (2004). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*.
- Elliot, S. (1988). Acceptability of behavioral treatments in educational settings. En J. Witt, S. Elliot & F. Gresham (Eds.), *Handbook of behavior therapy in education* (pp. 121-150). New York: Plenum.
- Elliott, D. & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5, 47-53.
- Fernández, J. & Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Fiske, K. (2008). Treatment Integrity of School-Based Behavior Analytic Interventions: A Review of the Research. *Behavior Analysis in Practice*, 1 (2), 19-25.
- Fullan, M. (1985). Change processes and strategies at the local level. *Elemental School Journal*, 85, 391-421.
- Galloway, J. & Sheridan, S. (1994). Implementing scientific practices through case studies: Examples using home-school interventions and consultations. *Journal of School Psychology*, 32, 385-413.
- Gansle, K. & McMahon, C. (1997). Component integrity of teacher intervention management behavior using a student self-monitoring treatment: An experimental analysis. *Journal of Behavioral Education*, 7, 405-419.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Gresham, F. M. (1989). Assessment of treatment integrity in school consultation and prereferral intervention. *School Psychology Review*, 18, 37-50.
- Gresham, F., MacMillan, D., Beebe-Frankenberger, M. & Bocian, K. (2000). Treatment integrity in learning disabilities intervention research: Do we really know how treatments are implemented? *Learning Disabilities Research and Practice*, 15, 198-205.
- Gresham, F. (2002). Responsiveness to intervention: an alternative approach to the identification of learning disabilities. En R. Bradley, L. Danielson & D. Hallahan (Eds.), *Identification of Learning Disabilities: Research to Practice* (pp. 467–519). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gresham, F. (2009). Evolution of the Treatment Integrity Concept: Current Status and Future Directions. *School Psychology Review*, 38(4), 533-540.
- Gresham, F., Gansle, K. A., Noell, G. H., Cohen, S. & Rosenblum, S. (1993). Treatment integrity of school based behavioral intervention studies: 1980–1990. *School Psychology Review*, 22, 245–272.
- Gutkin, T. B. (1993). Conducting consultation research. En J. E. Zins, T. R. Kratochwill & S. N. Elliotts (Eds). *Handbook of consultation services for childrens: Applications in educational and clinical settings*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hagermoser Sanetti, L. & Kratochwill, T. (2009). Toward developing a science of treatment integrity: Introduction to the special series. *School Psychology Review*, 38, 445-459.
- Hair, F., Anderson, R., Tatham, R. and Black, W. (1995) *Multivariate Data Analysis with Readings*, 5th ed., Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hansen, W. & Graham, J. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20, 414-430.

Jiménez, A.L. (2010). *Evaluación de la Integridad del Tratamiento en el Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y Drogas*. Tesis de maestría.

Jiménez, A. L., García, Q.L., & Murillo, C. (2007) Listas de Cotejo para la supervisión de terapeutas. Manuscrito publicado en tesis.

Kazdin, A. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 95-105.

Lee, C., August, G., Realmuto, G., Horowitz, J., Bloomquist, M. & Kilmes-Dougan, B. (2008). Fidelity at a distance: Assessing implementation fidelity of the Early Risers prevention program in a going-to-scale intervention trial. *Prevention Science*, 9, 215-229.

Lillehoj, C. J., Griffin, K. W. & Spoth, R. (2004). Program provider and observer ratings of school-based preventive intervention implementation: Agreement and relation to youth outcomes. *Health Education & Behavior*, 31, 242–257.

Lira, J., González, F., Medina, V., Cruz, S. & Ayala, H. (2005). *Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores*. Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Lozano-Blanco, C., Sobell, L. C. & Ayala, H. E. (2002). Diseminación del modelo de tratamiento de autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol, en instituciones de salud de México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 259-273. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

- Mariño, M.C., González-Forteza, G.C., Andrade, P. & Medina-Mora, M.E. (1997). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por uso de drogas. *Salud Mental, 1*, 27-36.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martínez, K.I., Carrascosa, C. & Ayala, H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública de México*, Enero- Febrero, 5-12.
- Martínez, K. I., (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician al consumo de alcohol y otras drogas*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., Barrientos, V. & Ayala, H. E. (2004). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., Barrientos, V. & Ayala, H. E. (2007). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez, K., Salazar, M. & Legaspi, E. (2008). *Consejo Breve*. México: CONADIC.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., Barrientos, V. & Ayala, H. E. (2009). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Pedroza, F. J., Ruíz, G. M. & Ayala, H. E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J. & Salazar (2008) *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Abusan del Consumo de Alcohol y otras Drogas: resultados de aplicación con adolescentes consumidores de Alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal*. Anuario de Investigación en Adicciones, 9 (1). México: Universidad de Guadalajara.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Salazar, M.L. & Vacio, M.A. (2010) Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36(3). México: Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta.
- Martínez, K., Bárcenas, A. & Pacheco, A. (en prensa). En voz de la experiencia: estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en consumo de alcohol. *Salud Mental*.
- Martín del Campo, R. (2007). Indicadores de dependencia DSM IVA. Manuscrito no publicado.
- Martín, G.W., Herie, M.A., Turner, B.J. & Cunningham, J.A. (1998). A social marketing model for disseminating research-based treatment to addictions treatment providers. *Addiction*, 93, 1703-1715.
- McIntyre, L. L., Gresham, F. M., DiGennaro, F. D. & Reed, D. D. (2007). Treatment integrity of school based interventions with children in Journal of Applied Behavior Analysis studies from 1991 to 2005. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 659-672.
- McLaughlin, M. & Marsh, D. (1978). Staff Development and Staff Change. *Teachers College Record*, 80, 69-94.

- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública, drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental* 2001; 24 (4): 3-19.
- NIDA (julio 2010) Bridging the Gap Between Research and Practice. National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. National Institute on Drug Abuse.
- Noell, G. (2008). Research examining the relationships among consultation process, treatment integrity, and outcomes. En W. Erchul & S. Sheridan (Eds.), *Handbook of research in school consultation: Empirical foundations for the field* (pp. 315-334). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Norcross, J. & Prochaska, J. (1983). Clinicians theoretical orientations: Selection, utilization and efficiency. *Professional Psychology*, 14, 197-208.
- Oropeza, R., Loyola, L. & Vázquez, F. (2004). *Tratamiento breve para usuarios de cocaína*. México: CONADIC.
- Pacheco, A. & Martínez, K. (en prensa). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en consumo de drogas? *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP)*.
- Patterson, J. & Czajkowski, T. (1979). Implementation: neglected phase in curriculum change. *Educational Leadership*, 37, 204-206.
- Pelechano, V. (1984). *Psicología y diseminación de resultados*. Boletín de Psicología No. 1 y 2. Universidad de Valencia.
- Perepletchikova, F., Treat, T. A. & Kazdin, A. (2007). Treatment integrity in Psychotherapy Research: Analysis of the Studies and Examination of the Associated Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841.
- Perepletchikova, F. (2011). On the Topic of Treatment Integrity. *Clin Psychol (New York)*, 18 (2), 148-153.

- Perry, C. L., Sellers, D. E., Johnson, C., Pedersen, S., Bachman, K. J., Parcel, G. S., Stonce, E. J., Luepker, R.V., Wu, M., Nader, P. R. & Cook, K. (1997). The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH): intervention, implementation, and feasibility for elementary schools in the United States. *Health Education and Behavior*, 24, 716-735.
- Peterson, L., Homer, A. & Wonderlich, S. (1982). The integrity of independent variables in behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 477-492.
- Reyes, M., Méndez, C. & Martínez, K. (2011). Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento (IVAIT). Manuscrito no publicado.
- Rhymer, K., Evans-Hampton, T., McCurdy, M. & Watson, T., (2002). Effects of varying levels of treatment integrity on toddler aggressive behavior. *Special Services in the Schools*, 18, 75–82.
- Robles, R., Medina, R., Flores, S. & Páez, F. (2007). Evaluación de habilidades sociales para el trabajo en pacientes con esquizofrenia: validez y confiabilidad del autoreporte y la técnica de juego de roles. *Salud Mental*, 30, 5.
- Rodríguez Ajenjo, C.J. (2009) *Se replicará modelo de UNEMES en adicciones en otros países*. Recuperado el 15 de noviembre de 2010, de http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2009/unemesreplica_020309.htm
- 1
- Rogers, E. M. & Balle, F. (Eds.). (1985). *The media revolution in America and Western Europe*. Norwood, NJ: Ablex.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. (5TH Ed.). New York: Free Press.

- Sanetti, L. & Kratochwill, T. (2009). Introduction to the special series: Toward developing a science of treatment integrity: Implications for research, practice, and policy. *School Psychology Review*, 38, 445– 459.
- Sahin, I. (2006) Detailed Review of Roger’s Diffusion of Innovations Theory and educational technology-related studies based on Roger’s Theory. The Turkish Online Journal of Educational Technology- TOJET, 2.
- Saucedo, F. & Salazar, M. (2004). Entrevista Inicial. Manuscrito no publicado.
- Saunders, B. & Allsop, S. (1987). Relapse: a psychological perspective. *British Journal of Addiction*, 82, 417- 429.
- Salazar, M. L., Martínez, K. I. & Ruiz, G. M.(2008) ¡Tu Decides!. Consejo Nacional contra las adicciones. México, D.F.
- Schulte, A.C., Easton, J.E., Parker, J. (2009) Advances in Treatment Integrity Research: Multidisciplinary Perspectives on the Conceptualization, Measurement, and Enhancement of Treatment Integrity. *School Psychology Review*, 38 (4), 460-475.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sheridan, S. M., Swanger-Gagne´, M., Welch, G. W.
- Sobell, L. C., Maisto, S., Sobell, M. B. & Cooper, A. (1979). Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
- Sobell, L., Cunningham, J. A. & Sobell, M. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveyys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972.

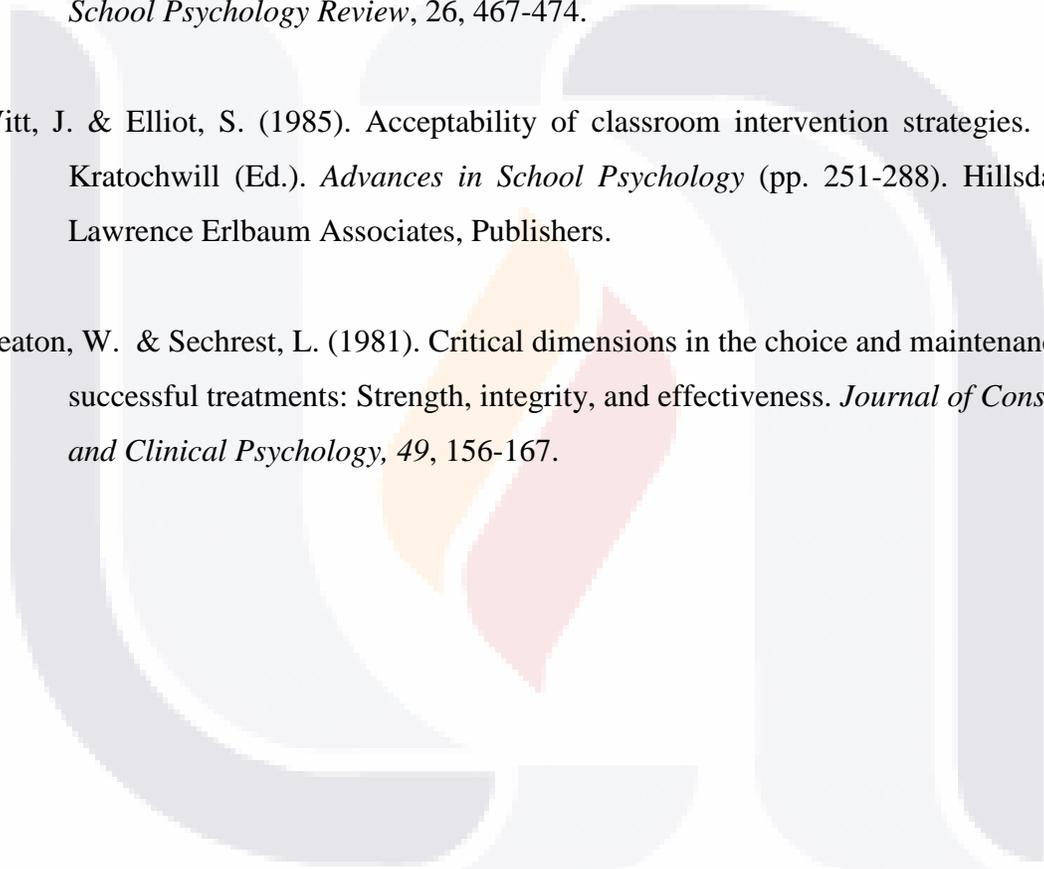
Vargas, E. & Martínez, K. (2009). Cuestionario de Satisfacción para Usuarios del PIBA. Manuscrito no publicado.

Watson, T. & Robinson, S. (1996). Direct behavioral consultation: An alternative approach to didactic consultation. *School Psychology Quarterly*, 11, 267-278.

Watson, T., Sterling, H. & McDade, A. (1997). Demythifying behavioral consultation. *School Psychology Review*, 26, 467-474.

Witt, J. & Elliot, S. (1985). Acceptability of classroom intervention strategies. En T., Kratochwill (Ed.). *Advances in School Psychology* (pp. 251-288). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Yeaton, W. & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 156-167.





Apéndice A

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Puesto laboral: _____

Universidad de egreso licenciatura: _____

¿Maestría? SI _____ NO _____ ¿En qué? _____

Universidad de egreso maestría: _____

¿Doctorado? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

Universidad de egreso doctorado: _____

¿Alguna capacitación formal adicional en los últimos tres años?(Diplomados, talleres, cursos, etc.) SI _____ NO _____

¿Cuáles? _____

¿Cuántos años de experiencia tiene en el ejercicio de la psicología clínica? _____

¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando con adolescentes? _____

¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando en el área de las adicciones? _____

EN UNA ESCALA DE 0 AL 100 CONSIDERO QUE MI FORMACION FACILITA MI DESEMPEÑO LABORAL

*Apéndice B***FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TERAPEUTA**

Yo _____ acepto participar en el proyecto de investigación:
Integridad del Tratamiento en un Programa Validado Empíricamente.

Mi participación incluirá las siguientes actividades:

- 1.- Responder el instrumento: IVAIT (Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento).
- 2.- Videgrabaciones de una aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el consumo de Alcohol y otras drogas.

Por último acepto ser videgrabado realizando las sesiones del PIBA que se me indiquen teniendo en cuenta que la investigadora se compromete a guardar de manera confidencial mis datos y los del usuario .

Nombre y firma del terapeuta: _____

Apéndice C

Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento

(IVAIT)

Margarita Reyes Alonso, Cecilia Méndez Sánchez y Kalina Isela Martínez Martínez (2011)

Nombre: _____

Profesión: _____

Años de experiencia en el trabajo con adicciones: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan algunas afirmaciones que están relacionadas con su labor como terapeuta en el área de las adicciones. Las opciones de respuesta son: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Responda con aquella opción que mejor describa su situación en cada una de las afirmaciones. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo reflejan la opinión de cada persona.

Ejemplo:

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
<i>I.- Conocer las bases teóricas del programa de intervención breve es básico para poder aplicarlo.</i>		X		

En este ejemplo el terapeuta está de acuerdo con esa afirmación, es decir que considera que conocer las bases teóricas del programa de intervención breve es básico para poder aplicarlo, por lo que pondrá una X debajo de la afirmación de acuerdo.

NOTA: No escriba nada en la última columna.

	T. A.	D.A.	E. D.	T. D.	Punt.
1.- Para aplicar el programa se requiere, además del manual del terapeuta, tener un entrenamiento adicional.					
2.- El entrenamiento que he recibido para realizar intervenciones Breves me facilita para aplicar el manual de Intervención Breve que se me indica.					
3.- El entrenamiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para su uso.					
4.- Para aprender a utilizar el Programa de Intervención Breve es importante entender los conceptos teóricos que se manejan antes a su aplicación.					
5.- Puedo adecuar mis habilidades terapéuticas porque el Programa de Intervención Breve me lo permite hacer.					
6.- Cuando se me proporciona un manual para aplicar un Programa de Intervención lo aplico tal cual, porque sé que es la manera en la que funciona.					
7.- Para saber cómo aplicar el Programa de Intervención Breve es suficiente el manual del terapeuta.					
8.- Si las instrucciones del manual del Programa de Intervención Breve son difíciles de comprender, lo aplico como lo entiendo.					
9.- Cuando aplico un Programa de Intervención Breve puedo lograr cada uno de los objetivos que se proponen.					
10.- El número de sesiones propuestas es suficiente con lo que se especifica teóricamente.					
11.- Considero que el número de sesiones que el manual de Intervención Breve propone son suficientes para cumplir el objetivo planteado.					
12.- Si me permitieran hacer modificaciones en el número de sesiones yo aumentaría su número.					
13.- Me he dado cuenta por experiencia que cuando aplico un Programa de Intervención Breve debo hacerlo utilizando las instrucciones tal cual vienen propuestas.					
14.- Si desconozco los principios básicos del Programa de Intervención Breve no lo aplico.					
15.- Considero que es necesario entender el procedimiento del uso del Programa de Intervención Breve para poder aplicarlo.					
16.- Si me parece complicado el Programa de Intervención Breve no lo aplico.					
17.- El entendimiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para poder utilizarlo.					
18.- Si el Programa de Intervención Breve que se me propone aplicar es de un enfoque teórico distinto al mío no lo aplico.					
19.- Si los principios teóricos del programa que se me propone son incompatibles con el enfoque teórico que aprendí en mi formación decido no aplicarlo.					
20.- El hecho de que el Programa de Intervención Breve esté fundamentado en el modelo Cognitivo Conductual me estorba para hacer mi trabajo como me gusta.					
21.- El programa cumple con mis creencias de formación acerca de cómo se da el cambio en los sujetos.					

22.- Dado que identifiqué que los principios del Programa de Intervención Breve son incompatibles con el modelo teórico aprendido en mi formación, decidí no aplicarlo.					
23.- Estoy de acuerdo con los fundamentos teóricos del programa ya que considero que sí generan un cambio en la persona.					
24.- No aplico el Programa de Intervención Breve porque es un enfoque distinto al mío.					
25.- Cuando el Programa de Intervención Breve me parece complicado no lo implemento.					
26.- Por experiencia sé que para aplicar el Programa de Intervención Breve se deben seguir las instrucciones tal cual aparecen en el manual.					
27.- Trabajar con programas de Intervención es algo que sé cómo hacer porque ya lo había hecho antes.					
28.- La cantidad de sesiones que se proponen en el manual son suficientes para llegar al objetivo propuesto.					
29.- Tengo buenos resultados al aplicar el Programa de Intervención Breve.					
30.- Me siento capaz de generar cambios en el sujeto aplicando el Programa de Intervención Breve.					
31.- Me siento cómodo aplicando el Programa de Intervención Breve.					
32.- Al implementar el Programa de Intervención Breve logro los objetivos propuestos en cada sesión.					
33.- Aplico el manual de Intervención Breve sin alterarlo para asegurar que tenga los resultados esperados.					
34.- El uso de la Entrevista Motivacional no va de acuerdo con la manera en la que me gusta tratar a mis pacientes.					
35.- En el Programa de Intervención se me permite adecuar mis habilidades terapéuticas para su aplicación.					
36.- Para utilizar el Programa de Intervención Breve es necesario recibir un entrenamiento.					
37.- Considero que se me facilita la aplicación del Programa de Intervención Breve porque ya he recibido un entrenamiento previo.					
38.- Cuando se me presentan situaciones o casos que no he atendido antes prefiero no trabajarlos.					
39.- Con la formación que he recibido hasta este momento, ya no podría cambiar mi manera de trabajar en terapia.					
40.- Me gusta aprender cosas nuevas.					
41.- Si en la clínica que laboro me piden usar el manual de un Programa de Intervención Breve que desconozco, hago todo lo posible por aprender a usarlo.					
42.- Leo constantemente revistas científicas porque considero importante estar en constante actualización.					
43.- Considero útil asistir a congresos para conocer nuevas maneras de prevenir y tratar las diversas problemáticas.					

Apéndice D

Inventario de Variables Asociadas a la Integridad del Tratamiento

(IVAIT)

Margarita Reyes Alonso, Cecilia Méndez Sánchez y Kalina Isela Martínez Martínez (2011)

Nombre: _____

Profesión: _____

Años de experiencia en el trabajo con adicciones: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan algunas afirmaciones que están relacionadas con su labor como terapeuta en el área de las adicciones. Las opciones de respuesta son: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Responda con aquella opción que mejor describa su situación en cada una de las afirmaciones. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo reflejan la opinión de cada persona.

Ejemplo:

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
<i>1.- Con la formación que he recibido hasta este momento, ya no podría cambiar mi manera de trabajar en terapia.</i>		X		

En este ejemplo el terapeuta está de acuerdo con esa afirmación, es decir que considera que con la formación que ha recibido, ya no podría cambiar su manera de trabajar en terapia, por lo que pondrá una X debajo de la afirmación de acuerdo.

NOTA: No escriba nada en la última columna.

	T. A.	D.A.	E. D.	T. D.	Punt.
1.- Para aplicar el Programa de Intervención Breve se requiere, además del manual del terapeuta, tener un entrenamiento adicional.					
2.- El entrenamiento que he recibido para realizar Intervenciones Breves me facilita para aplicar el manual de Intervención Breve que se me indica.					
3.- El entrenamiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para su uso.					
4.- Para aprender a utilizar el Programa de Intervención Breve es importante entender los conceptos teóricos que se manejan antes a su aplicación.					
5.- Puedo adecuar mis habilidades terapéuticas porque el Programa de Intervención Breve me lo permite hacer.					
6.- Cuando se me proporciona un manual para aplicar un Programa de Intervención Breve lo aplico tal cual, porque sé que es la manera en la que funciona.					
7.- Para saber cómo aplicar el Programa de Intervención Breve es suficiente el manual del terapeuta.					
8.- Si las instrucciones del manual del Programa de Intervención Breve son difíciles de comprender, lo aplico como lo entiendo.					
9.- Cuando aplico un Programa de Intervención Breve puedo lograr cada uno de los objetivos que se proponen.					
10.- El número de sesiones propuestas es suficiente con lo que se especifica teóricamente.					
11.- Considero que el número de sesiones que el manual del Programa de Intervención Breve propone son suficientes para cumplir el objetivo planteado.					
12.- Me he dado cuenta por experiencia que cuando aplico un Programa de Intervención Breve debo hacerlo utilizando las instrucciones tal cual vienen propuestas.					
13.- Si desconozco los principios básicos del Programa de Intervención Breve no lo aplico.					
14.- Considero que es necesario entender el procedimiento del uso del Programa de Intervención Breve para poder aplicarlo.					
15.- Si me parece complicado el Programa de Intervención Breve no lo aplico.					
16.- El entendimiento en el uso del Programa de Intervención Breve es elemental para poder utilizarlo.					
17.- El programa cumple con mis creencias de formación acerca de cómo se da el cambio en los sujetos.					
18.- Estoy de acuerdo con los fundamentos teóricos del programa ya que considero que sí generan un cambio en la persona.					
19.- Cuando el Programa de Intervención Breve me parece complicado no lo implemento.					
20.- Por experiencia sé que para aplicar el Programa de Intervención Breve se deben seguir las instrucciones tal cual aparecen en el manual.					

21.- Trabajar con programas de Intervención es algo que sé cómo hacer porque ya lo había hecho antes.					
22.- La cantidad de sesiones que se proponen en el manual son suficientes para llegar al objetivo propuesto.					
23.- Tengo buenos resultados al aplicar el Programa de Intervención Breve.					
24.- Me siento capaz de generar cambios en el sujeto aplicando el Programa de Intervención Breve.					
25.- Me siento cómodo aplicando el Programa de Intervención Breve.					
26.- Al implementar el Programa de Intervención Breve logro los objetivos propuestos en cada sesión.					
27.- Aplico el manual del Programa de Intervención Breve sin alterarlo para asegurar que tenga los resultados esperados.					
28.- El uso de la Entrevista Motivacional no va de acuerdo con la manera en la que me gusta tratar a mis pacientes.					
29.- En el Programa de Intervención Breve se me permite adecuar mis habilidades terapéuticas para su aplicación.					
30.- Para utilizar el Programa de Intervención Breve es necesario recibir un entrenamiento.					
31.- Considero que se me facilita la aplicación del Programa de Intervención Breve porque ya he recibido un entrenamiento previo.					
32.- Cuando se me presentan situaciones o casos que no he atendido antes prefiero no trabajarlos.					
33.- Con la formación que he recibido hasta este momento, ya no podría cambiar mi manera de trabajar en terapia.					
34.- Si en la clínica que laboro me piden usar el manual de un Programa de Intervención Breve que desconozco, hago todo lo posible por aprender a usarlo.					
35.- Leo constantemente revistas científicas porque considero importante estar en constante actualización.					
36.- Considero útil asistir a congresos para conocer nuevas maneras de prevenir y tratar las diversas problemáticas.					

Apéndice F

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN ADMISIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: CONOCER LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL ADOLESCENTE, SU HISTORIA Y PATRÓN DE CONSUMO Y DETERMINAR SI ES CANDIDATO AL PROGRAMA.		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
Explica el objetivo de la sesión		
Revisa con el adolescente las respuestas del POSIT <ul style="list-style-type: none"> • Explora sobre aquellos reactivos en los que el adolescente respondió afirmativamente 		
Aplica la LIBARE <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente el objetivo de aplicar LIBARE • Registra los días de consumo y la cantidad por ocasión • Explora las situaciones en las que se presentó el consumo 		
Aplica el CIDI <ul style="list-style-type: none"> • Explica de manera clara el objetivo de aplicar el CIDI • Lee de manera clara cada uno de los reactivos 		
Realiza el cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de lo revisado durante la sesión • Introduce a la próxima sesión • Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales • Programa siguiente cita 		

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN EVALUACIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: CONOCER LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL ADOLESCENTE , SU HISTORIA Y PATRÓN DE CONSUMO Y DETERMINAR SI ES CANDIDATO AL PROGRAMA.		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
Explica el objetivo de la sesión		
Aplica la entrevista inicial para adolescentes <ul style="list-style-type: none"> • Explica el objetivo de la entrevista • Realiza las preguntas de la entrevista • Indaga sobre la información que le da el adolescente 		
Aplica el CBCS <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente el objetivo de aplicar CBCS • Da instrucciones claras sobre la forma de responder el cuestionario • Revisa con el adolescente cada una de sus respuestas y aclara dudas 		
Realiza el cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de lo revisado durante la sesión • Introduce a la próxima sesión • Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales • Programa siguiente cita 		

<p>LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN INDUCCIÓN.</p> <p>OBJETIVO DE LA SESIÓN: RETROALIMENTAR AL ADOLESCENTE ACERCA DE SU PATRÓN DE CONSUMO, SUS SITUACIONES DE CONSUMO, ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON ESTE. ASÍ MISMO REALIZAR UNA IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y GENERAR OPCIONES PARA RESOLVERLO EN CONJUNTO. DAR A CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.</p> <p>MATERIAL: FOLLETO DE RETROALIMENTACIÓN, GRÁFICAS DE LA ENA, ESQUEMA DEL PROCESO DE ADICCIÓN, FOLLETO DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, FORMATO DE CONSENTIMIENTO.</p>		
Actividades	Lo domina	No lo domina
<p>Establece rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
Explica el objetivo de la sesión		
<p>Retroalimenta al adolescente sobre su patrón de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da resultados de LIBARE • Usa las gráficas de la ENA • Explica los conceptos de moderación y abstinencia • Explica el concepto del trago estándar • Formula y define el problema con el adolescente 		
Explica de manera clara el proceso de adicción		
<p>Explica de manera clara las consecuencias del consumo de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias a corto plazo: físicas y psicológicas • Consecuencias a largo plazo: físicas y psicológicas 		
Explica y retroalimenta al adolescente respecto a los factores de riesgo y protectores con los que cuenta		
Pregunta al adolescente sobre aquello que le preocupa y que le gustaría cambiar de su consumo		
Lleva al adolescente a encontrar opciones para el cambio		
<p>Invita al adolescente a ingresar al Programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica de forma clara las características del programa 		
<p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del usuario • Programa una cita en caso de que el adolescente acepte participar en el programa 		

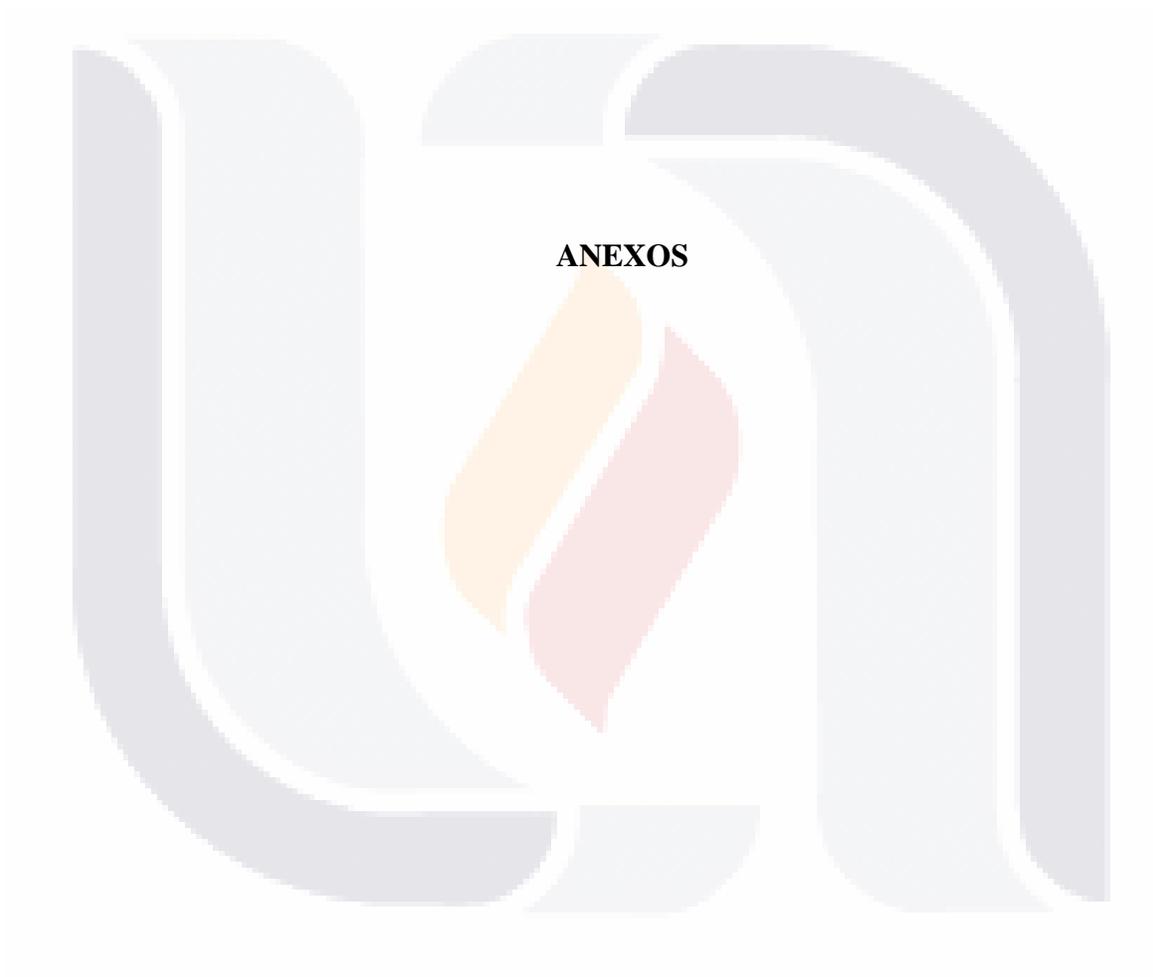
LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 1 BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO.		
OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE ELABORE SU BALANCE DECISIONAL (VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CAMBIAR SU PATRÓN DE CONSUMO) Y ESTABLEZCA UNA META DE REDUCCIÓN DE CONSUMO.		
MATERIAL: AUTOREGISTRO, FOLLETO 1A (EN EL CASO DE CONSUMO DE ALCOHOL) Ó 1B (EN EL CASO DE CONSUMO DE DROGAS)		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda el término trago estándar • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción • Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo 		
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 		
Explica el objetivo de la sesión		
Realiza la lectura del folleto 1 <ul style="list-style-type: none"> • Explica la importancia de identificar ventajas y desventajas de la conducta • Revisa las consecuencias del consumo (físicas, sociales, escolares, emocionales, materiales) • Realiza con el adolescente el ejercicio de balance decisional, llevándolo a la etapa de determinación o acción 		
Ayuda a establecer una meta de consumo <ul style="list-style-type: none"> • Lo hace con base en las respuestas del ejercicio • Realiza el ejercicio del apartado planteamiento de meta • Revisa las limitaciones para el logro de esta • Favorece el planteamiento de una meta realista: abstinencia ó moderación • Explora y fomenta la auto eficacia para el logro de la meta 		
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 		

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 2 SITUACIONES DE RIESGO.		
OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE IDENTIFIQUE LAS PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO PARA EL CONSUMO.		
MATERIAL: AUTO REGISTRO, FOLLETO 2 SITUACIONES DE RIESGO		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción • Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo 		
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 		
Explica el objetivo de la sesión		
Realiza la lectura del folleto 2 <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente la definición y función de las recaídas • Explica claramente la metáfora de la montaña de recuperación • Explica las reacciones que se pueden presentar ante una recaída 		
Explica la importancia de identificar situaciones de consumo y da ejemplos <ul style="list-style-type: none"> • Lleva al adolescente a identificar sus situaciones de consumo 		
Realiza el ejercicio: identificando situaciones de consumo excesivo <ul style="list-style-type: none"> • Explica el término consecuencias y lleva al adolescente a identificar sus consecuencias 		
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 		

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 3 PLANES DE ACCIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE GENERE PLANES DE ACCIÓN PARA LAS SITUACIONES DE RIESGO, Y QUE LE PERMITAN AL ADOLESCENTE EL LOGRO DE SU META DE CONSUMO MATERIAL: AUTO-REGISTRO, FOLLETO 3 “PLANES DE ACCIÓN”		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo		
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 		
Explica el objetivo de la sesión		
Realiza la lectura del folleto 3 <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda con el adolescente las situaciones de riesgo propuestas la sesión anterior • Propone al adolescente que genere dos planes de acción para cada situación resaltando la importancia de que sean dos por situación • Analiza con el adolescente la viabilidad de cada uno de los planes de acción • Retroalimenta al adolescente sobre cada uno de sus planes 		
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 		

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 4 METAS DE VIDA. OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE ANALICE EL IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL LOGRO DE SUS METAS DE VIDA A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO (ESCOLARES, FAMILIARES, ECONÓMICAS, DE TIEMPO LIBRE, ETC.) MATERIAL: AUTO-REGISTRO, FOLLETO 4 ESTABLECIMIENTO DE METAS DE VIDA		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo		
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 		
Explica el objetivo de la sesión		
Realiza la lectura del folleto 3 <ul style="list-style-type: none"> • Explica la importancia de establecer metas a corto y largo plazo • Lleva al adolescente a que comente sus metas a corto y largo plazo • Lleva al adolescente a identificar lo que está haciendo para el logro de sus metas • Favorece el que el adolescente establezca al menos tres metas de vida de manera específica (de acuerdo con los caminos para el logro de metas) • Ayuda al adolescente a identificar los obstáculos para el logro de metas • Explica claramente al adolescente cómo se pueden afectar por el consumo • Realiza, junto con el adolescente planes de acción para sus metas de vida 		
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 		

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 5 REESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO.		
<p>OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE REVISE EL PROGRESO EN CUANTO A LA REDUCCIÓN DE SU CONSUMO Y REALIZACIÓN ADECUADA DE LAS ESTRATEGIAS PARA MANTENER EL CAMBIO Y ,SI ES NECESARIO, ESTABLEZCA UNA NUEVA META DE CONSUMO, TOMANDO EN CUENTA LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE CONSUMO</p> <p>MATERIAL: AUTO-REGISTRO, FOLLETO 5 “REESTABLECIMIENTO DE META”</p>		
Actividades	Lo domina	No lo domina
<p>Establece rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		
<p>Llena el auto-registro con el adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción <p>Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo</p>		
<p>Resume los puntos tratados durante la sesión anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior <p>Refuerza la asistencia</p>		
<p>Explica el objetivo de la sesión</p>		
<p>Realiza la lectura del folleto 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza con el adolescente gráfica de consumo • Evalúa nivel de auto-eficacia • Analiza la efectividad de sus planes de acción • Realiza el re-establecimiento de meta • Ayuda al adolescente en la evolución del tratamiento y le retroalimenta • Refuerza los logros del adolescente 		
<p>Cierre de la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión y retoma las anteriores • Refuerza la participación del adolescente • Da la cita para el seguimiento 		



Anexo A

Listas checables participante 1

<p>LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN INDUCCIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: RETROALIMENTAR AL ADOLESCENTE ACERCA DE SU PATRÓN DE CONSUMO, SUS SITUACIONES DE CONSUMO, ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON ESTE. ASÍ MISMO REALIZAR UNA IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y GENERAR OPCIONES PARA RESOLVERLO EN CONJUNTO. DAR A CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA. MATERIAL: FOLLETO DE RETROALIMENTACIÓN, GRÁFICAS DE LA ENA, ESQUEMA DEL PROCESO DE ADICCIÓN, FOLLETO DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, FORMATO DE CONSENTIMIENTO.</p>		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
Explica el objetivo de la sesión	X	
Retroalimenta al adolescente sobre su patrón de consumo <ul style="list-style-type: none"> • Da resultados de LIBARE • Usa las gráficas de la ENA • Explica los conceptos de moderación y abstinencia • Explica el concepto del trago estándar • Formula y define el problema con el adolescente 	N/A	
Explica de manera clara el proceso de adicción	X	
Explica de manera clara las consecuencias del consumo de sustancias <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias a corto plazo: físicas y psicológicas • Consecuencias a largo plazo: físicas y psicológicas 	X	
Explica y retroalimenta al adolescente respecto a los factores de riesgo y protectores con los que cuenta	X	
Pregunta al adolescente sobre aquello que le preocupa y que le gustaría cambiar de su consumo	X	
Lleva al adolescente a encontrar opciones para el cambio	X	
Invita al adolescente a ingresar al Programa <ul style="list-style-type: none"> • Explica de forma clara las características del programa 	X	
Cierre <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del usuario • Programa una cita en caso de que el adolescente acepte participar en el programa 	X	

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 1 BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO.		
OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE ELABORE SU BALANCE DECISIONAL (VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CAMBIAR SU PATRÓN DE CONSUMO) Y ESTABLEZCA UNA META DE REDUCCIÓN DE CONSUMO.		
MATERIAL: AUTOREGISTRO, FOLLETO 1A (EN EL CASO DE CONSUMO DE ALCOHOL) Ó 1B (EN EL CASO DE CONSUMO DE DROGAS)		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda el término trago estándar • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción • Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo 	X	
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 	X	
Explica el objetivo de la sesión	X	
Realiza la lectura del folleto 1 <ul style="list-style-type: none"> • Explica la importancia de identificar ventajas y desventajas de la conducta • Revisa las consecuencias del consumo (físicas, sociales, escolares, emocionales, materiales) • Realiza con el adolescente el ejercicio de balance decisional, llevándolo a la etapa de determinación o acción 	X	
Ayuda a establecer una meta de consumo <ul style="list-style-type: none"> • Lo hace con base en las respuestas del ejercicio • Realiza el ejercicio del apartado planteamiento de meta • Revisa las limitaciones para el logro de esta • Favorece el planteamiento de una meta realista: abstinencia ó moderación • Explora y fomenta la auto eficacia para el logro de la meta 	X	
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 	X	

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 2 SITUACIONES DE RIESGO.		
OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE IDENTIFIQUE LAS PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO PARA EL CONSUMO.		
MATERIAL: AUTO REGISTRO, FOLLETO 2 SITUACIONES DE RIESGO		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción • Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo 	X	
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 	X	
Explica el objetivo de la sesión	X	
Realiza la lectura del folleto 2 <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente la definición y función de las recaídas • Explica claramente la metáfora de la montaña de recuperación • Explica las reacciones que se pueden presentar ante una recaída 	X	
Explica la importancia de identificar situaciones de consumo y da ejemplos <ul style="list-style-type: none"> • Lleva al adolescente a identificar sus situaciones de consumo 	X	
Realiza el ejercicio: identificando situaciones de consumo excesivo <ul style="list-style-type: none"> • Explica el término consecuencias y lleva al adolescente a identificar sus consecuencias 	X	
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 	X	

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 3 PLANES DE ACCIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE GENERE PLANES DE ACCIÓN PARA LAS SITUACIONES DE RIESGO, Y QUE LE PERMITAN AL ADOLESCENTE EL LOGRO DE SU META DE CONSUMO MATERIAL: AUTO-REGISTRO, FOLLETO 3 “PLANES DE ACCIÓN”		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo	X	
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 	X	
Explica el objetivo de la sesión	X	
Realiza la lectura del folleto 3 <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda con el adolescente las situaciones de riesgo propuestas la sesión anterior • Propone al adolescente que genere dos planes de acción para cada situación resaltando la importancia de que sean dos por situación • Analiza con el adolescente la viabilidad de cada uno de los planes de acción • Retroalimenta al adolescente sobre cada uno de sus planes 	X	
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 	X	

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 4 METAS DE VIDA. OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE ANALICE EL IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL LOGRO DE SUS METAS DE VIDA A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO (ESCOLARES, FAMILIARES, ECONÓMICAS, DE TIEMPO LIBRE, ETC.) MATERIAL: AUTO-REGISTRO, FOLLETO 4 ESTABLECIMIENTO DE METAS DE VIDA		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo	X	
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 	X	
Explica el objetivo de la sesión	X	
Realiza la lectura del folleto 3 <ul style="list-style-type: none"> • Explica la importancia de establecer metas a corto y largo plazo • Lleva al adolescente a que comente sus metas a corto y largo plazo • Lleva al adolescente a identificar lo que está haciendo para el logro de sus metas • Favorece el que el adolescente establezca al menos tres metas de vida de manera específica (de acuerdo con los caminos para el logro de metas) • Ayuda al adolescente a identificar los obstáculos para el logro de metas • Explica claramente al adolescente cómo se pueden afectar por el consumo • Realiza, junto con el adolescente planes de acción para sus metas de vida 	X	
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 	X	

<p>LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 5 REESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO.</p> <p>OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE REVISE EL PROGRESO EN CUANTO A LA REDUCCIÓN DE SU CONSUMO Y REALIZACIÓN ADECUADA DE LAS ESTRATEGIAS PARA MANTENER EL CAMBIO Y ,SI ES NECESARIO, ESTABLEZCA UNA NUEVA META DE CONSUMO, TOMANDO EN CUENTA LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE CONSUMO</p> <p>MATERIAL: AUTO-REGISTRO, FOLLETO 5 “REESTABLECIMIENTO DE META”</p>		
Actividades	Lo domina	No lo domina
<p>Establece rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
<p>Llena el auto-registro con el adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción <p>Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo</p>	X	
<p>Resume los puntos tratados durante la sesión anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior <p>Refuerza la asistencia</p>	X	
<p>Explica el objetivo de la sesión</p>	X	
<p>Realiza la lectura del folleto 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza con el adolescente gráfica de consumo • Evalúa nivel de auto-eficacia • Analiza la efectividad de sus planes de acción • Realiza el re-establecimiento de meta • Ayuda al adolescente en la evolución del tratamiento y le retroalimenta • Refuerza los logros del adolescente 	X	
<p>Cierre de la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión y retoma las anteriores • Refuerza la participación del adolescente • Da la cita para el seguimiento 	X	

Anexo B

Listas checables participante 2

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN ADMISIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: CONOCER LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL ADOLESCENTE, SU HISTORIA Y PATRÓN DE CONSUMO Y DETERMINAR SI ES CANDIDATO AL PROGRAMA.		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		X
Explica el objetivo de la sesión		X
Revisa con el adolescente las respuestas del POSIT <ul style="list-style-type: none"> • Explora sobre aquellos reactivos en los que el adolescente respondió afirmativamente 		X
Aplica la LIBARE <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente el objetivo de aplicar LIBARE • Registra los días de consumo y la cantidad por ocasión • Explora las situaciones en las que se presentó el consumo 		X (NO LO APLICÓ)
Aplica el CIDI <ul style="list-style-type: none"> • Explica de manera clara el objetivo de aplicar el CIDI • Lee de manera clara cada uno de los reactivos 		X (NO LO APLICÓ)
Realiza el cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de lo revisado durante la sesión • Introduce a la próxima sesión • Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales • Programa siguiente cita 		X

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN EVALUACIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: CONOCER LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL ADOLESCENTE , SU HISTORIA Y PATRÓN DE CONSUMO Y DETERMINAR SI ES CANDIDATO AL PROGRAMA.		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		X
Explica el objetivo de la sesión		X
Aplica la entrevista inicial para adolescentes <ul style="list-style-type: none"> • Explica el objetivo de la entrevista • Realiza las preguntas de la entrevista • Indaga sobre la información que le da el adolescente 		X
Aplica el CBCS <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente el objetivo de aplicar CBCS • Da instrucciones claras sobre la forma de responder el cuestionario • Revisa con el adolescente cada una de sus respuestas y aclara dudas 	X	
Realiza el cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de lo revisado durante la sesión • Introduce a la próxima sesión • Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales • Programa siguiente cita 		X

<p>LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN INDUCCIÓN.</p> <p>OBJETIVO DE LA SESIÓN: RETROALIMENTAR AL ADOLESCENTE ACERCA DE SU PATRÓN DE CONSUMO, SUS SITUACIONES DE CONSUMO, ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON ESTE. ASÍ MISMO REALIZAR UNA IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y GENERAR OPCIONES PARA RESOLVERLO EN CONJUNTO. DAR A CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.</p> <p>MATERIAL: FOLLETO DE RETROALIMENTACIÓN, GRÁFICAS DE LA ENA, ESQUEMA DEL PROCESO DE ADICCIÓN, FOLLETO DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, FORMATO DE CONSENTIMIENTO.</p>		
Actividades	Lo domina	No lo domina
<p>Establece rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		X
Explica el objetivo de la sesión		X
<p>Retroalimenta al adolescente sobre su patrón de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da resultados de LIBARE • Usa las gráficas de la ENA • Explica los conceptos de moderación y abstinencia • Explica el concepto del trago estándar • Formula y define el problema con el adolescente 		X
Explica de manera clara el proceso de adicción	X	
<p>Explica de manera clara las consecuencias del consumo de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias a corto plazo: físicas y psicológicas • Consecuencias a largo plazo: físicas y psicológicas 	X	
Explica y retroalimenta al adolescente respecto a los factores de riesgo y protectores con los que cuenta	X	
Pregunta al adolescente sobre aquello que le preocupa y que le gustaría cambiar de su consumo	X	
Lleva al adolescente a encontrar opciones para el cambio		X
<p>Invita al adolescente a ingresar al Programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica de forma clara las características del programa 		X
<p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del usuario • Programa una cita en caso de que el adolescente acepte participar en el programa 		X

Anexo C

Listas checables participante 3

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN ADMISIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: CONOCER LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL ADOLESCENTE, SU HISTORIA Y PATRÓN DE CONSUMO Y DETERMINAR SI ES CANDIDATO AL PROGRAMA.		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		X
Explica el objetivo de la sesión		X
Revisa con el adolescente las respuestas del POSIT <ul style="list-style-type: none"> • Explora sobre aquellos reactivos en los que el adolescente respondió afirmativamente 	X	
Aplica la LIBARE <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente el objetivo de aplicar LIBARE • Registra los días de consumo y la cantidad por ocasión • Explora las situaciones en las que se presentó el consumo 		X
Aplica el CIDI <ul style="list-style-type: none"> • Explica de manera clara el objetivo de aplicar el CIDI • Lee de manera clara cada uno de los reactivos 		X
Realiza el cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de lo revisado durante la sesión • Introduce a la próxima sesión • Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales • Programa siguiente cita 		X

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN EVALUACIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: CONOCER LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL ADOLESCENTE , SU HISTORIA Y PATRÓN DE CONSUMO Y DETERMINAR SI ES CANDIDATO AL PROGRAMA.		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		X
Explica el objetivo de la sesión		X
Aplica la entrevista inicial para adolescentes <ul style="list-style-type: none"> • Explica el objetivo de la entrevista • Realiza las preguntas de la entrevista • Indaga sobre la información que le da el adolescente 	X	
Aplica el CBCS <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente el objetivo de aplicar CBCS • Da instrucciones claras sobre la forma de responder el cuestionario • Revisa con el adolescente cada una de sus respuestas y aclara dudas 		X
Realiza el cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de lo revisado durante la sesión • Introduce a la próxima sesión • Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales • Programa siguiente cita 		X

<p>LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN INDUCCIÓN.</p> <p>OBJETIVO DE LA SESIÓN: RETROALIMENTAR AL ADOLESCENTE ACERCA DE SU PATRÓN DE CONSUMO, SUS SITUACIONES DE CONSUMO, ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON ESTE. ASÍ MISMO REALIZAR UNA IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y GENERAR OPCIONES PARA RESOLVERLO EN CONJUNTO. DAR A CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.</p> <p>MATERIAL: FOLLETO DE RETROALIMENTACIÓN, GRÁFICAS DE LA ENA, ESQUEMA DEL PROCESO DE ADICCIÓN, FOLLETO DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, FORMATO DE CONSENTIMIENTO.</p>		
Actividades	Lo domina	No lo domina
<p>Establece rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
<p>Explica el objetivo de la sesión</p>	X	
<p>Retroalimenta al adolescente sobre su patrón de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da resultados de LIBARE • Usa las gráficas de la ENA • Explica los conceptos de moderación y abstinencia • Explica el concepto del trago estándar • Formula y define el problema con el adolescente 		X
<p>Explica de manera clara el proceso de adicción</p>		X
<p>Explica de manera clara las consecuencias del consumo de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias a corto plazo: físicas y psicológicas • Consecuencias a largo plazo: físicas y psicológicas 		X
<p>Explica y retroalimenta al adolescente respecto a los factores de riesgo y protectores con los que cuenta</p>		X
<p>Pregunta al adolescente sobre aquello que le preocupa y que le gustaría cambiar de su consumo</p>		X
<p>Lleva al adolescente a encontrar opciones para el cambio</p>		X
<p>Invita al adolescente a ingresar al Programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica de forma clara las características del programa 		X
<p>Cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del usuario • Programa una cita en caso de que el adolescente acepte participar en el programa 		X

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 1 BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO.		
OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE ELABORE SU BALANCE DECISIONAL (VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CAMBIAR SU PATRÓN DE CONSUMO) Y ESTABLEZCA UNA META DE REDUCCIÓN DE CONSUMO.		
MATERIAL: AUTOREGISTRO, FOLLETO 1A (EN EL CASO DE CONSUMO DE ALCOHOL) Ó 1B (EN EL CASO DE CONSUMO DE DROGAS)		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda el término trago estándar • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción • Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo 		X
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 		X
Explica el objetivo de la sesión		X
Realiza la lectura del folleto 1 <ul style="list-style-type: none"> • Explica la importancia de identificar ventajas y desventajas de la conducta • Revisa las consecuencias del consumo (físicas, sociales, escolares, emocionales, materiales) • Realiza con el adolescente el ejercicio de balance decisional, llevándolo a la etapa de determinación o acción 	X	
Ayuda a establecer una meta de consumo <ul style="list-style-type: none"> • Lo hace con base en las respuestas del ejercicio • Realiza el ejercicio del apartado planteamiento de meta • Revisa las limitaciones para el logro de esta • Favorece el planteamiento de una meta realista: abstinencia ó moderación • Explora y fomenta la auto eficacia para el logro de la meta 	X	
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 		X

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 2 SITUACIONES DE RIESGO. OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE IDENTIFIQUE LAS PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO PARA EL CONSUMO. MATERIAL: AUTO REGISTRO, FOLLETO 2 SITUACIONES DE RIESGO		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 		X
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción • Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo 	X	
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 		X
Explica el objetivo de la sesión		X
Realiza la lectura del folleto 2 <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente la definición y función de las recaídas • Explica claramente la metáfora de la montaña de recuperación • Explica las reacciones que se pueden presentar ante una recaída 		X
Explica la importancia de identificar situaciones de consumo y da ejemplos <ul style="list-style-type: none"> • Lleva al adolescente a identificar sus situaciones de consumo 		X
Realiza el ejercicio: identificando situaciones de consumo excesivo <ul style="list-style-type: none"> • Explica el término consecuencias y lleva al adolescente a identificar sus consecuencias 	X	
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 	X	

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN 3 PLANES DE ACCIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: QUE EL ADOLESCENTE GENERE PLANES DE ACCIÓN PARA LAS SITUACIONES DE RIESGO, Y QUE LE PERMITAN AL ADOLESCENTE EL LOGRO DE SU META DE CONSUMO MATERIAL: AUTO-REGISTRO, FOLLETO 3 “PLANES DE ACCIÓN”		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	X	
Llena el auto-registro con el adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Analiza el patrón de consumo • Analiza situaciones de consumo • Explora el uso de estrategias para su reducción Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo	X	
Resume los puntos tratados durante la sesión anterior <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior • Refuerza la asistencia 	X	
Explica el objetivo de la sesión	X	
Realiza la lectura del folleto 3 <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda con el adolescente las situaciones de riesgo propuestas la sesión anterior • Propone al adolescente que genere dos planes de acción para cada situación resaltando la importancia de que sean dos por situación • Analiza con el adolescente la viabilidad de cada uno de los planes de acción • Retroalimenta al adolescente sobre cada uno de sus planes 	X	
Cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de la sesión • Refuerza la participación del adolescente • Hace una nueva cita 		X

Anexo D

Lista checable participante 4

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. SESIÓN ADMISIÓN. OBJETIVO DE LA SESIÓN: CONOCER LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL ADOLESCENTE, SU HISTORIA Y PATRÓN DE CONSUMO Y DETERMINAR SI ES CANDIDATO AL PROGRAMA.		
Actividades	Lo domina	No lo domina
Establece rapport <ul style="list-style-type: none"> • Hace contacto visual • Retroalimenta al adolescente • Hace transiciones entre los puntos de la sesión 	x	
Explica el objetivo de la sesión		X
Revisa con el adolescente las respuestas del POSIT <ul style="list-style-type: none"> • Explora sobre aquellos reactivos en los que el adolescente respondió afirmativamente 		X (NO LO APLICÓ)
Aplica la LIBARE <ul style="list-style-type: none"> • Explica claramente el objetivo de aplicar LIBARE • Registra los días de consumo y la cantidad por ocasión • Explora las situaciones en las que se presentó el consumo 		X (NO LO APLICÓ)
Aplica el CIDI <ul style="list-style-type: none"> • Explica de manera clara el objetivo de aplicar el CIDI • Lee de manera clara cada uno de los reactivos 		X (NO LO APLICÓ)
Realiza el cierre de la sesión <ul style="list-style-type: none"> • Hace un resumen de lo revisado durante la sesión • Introduce a la próxima sesión • Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales • Programa siguiente cita 	X	