

IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CONDUCTUALES: EFECTOS EN ALTA POST TRATAMIENTO DEL USUARIO DE DROGAS

IMPLEMENTATION OF BEHAVIORAL PROCEDURES: EFFECTS ON DISCHARGE AFTER TREATMENT OF THE DRUG USER

Violeta Félix Romero, Silvia Morales Chainé, Carlos Santoyo Velasco

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Abstract

Introduction. High drop-out and relapse rates are a challenge in the implementation of addiction interventions. The level at which therapists implement procedures and promote the successful discharge of the user has been little explored. *Objective.* To evaluate the relationship between the conclusion of intervention and the level of implementation of behavioral procedures through observation of the therapist in interaction with clients in natural settings. *Method.* 109 therapists and 270 clients with abuse of alcohol, marijuana or cocaine participated. The Checklist of the Level of Implementation of Brief Interventions in Addictions that identifies the percentage of implementation of procedures was designed. The therapists implemented the intervention and the sessions were videotaped after signing informed consent. An advisor observed and fed back the execution of the therapist in each session via email. *Results.* The therapist's implementation of the goal setting procedures, alternative behavior planning and behavioral trials predict the conclusion of the intervention. *Conclusion.* The results are consistent with previous literature, identifying a minimum level of implementation of specific procedures required to promote the effectiveness of the intervention.

Keywords: *addictive behavior, brief interventions, implementation, traslational research.*

Resumen

Introducción. Los altos índices de deserción y recaídas son un reto en la implementación de intervenciones en adicciones. El nivel en que los terapeutas implementan procedimientos y promueven la alta exitosa del usuario ha sido poco explorado. *Objetivo.* Evaluar la relación entre la conclusión de la intervención y el nivel de implementación de procedimientos conductuales a través de la observación del terapeuta en interacción con el usuario en escenarios naturales. *Metodología.* Participaron 109 terapeutas y 270 usuarios con nivel de abuso de alcohol, marihuana o cocaína. Se diseñó la Lista Cotejable del Nivel de Implementación de Intervenciones Breves en Adicciones que identifica el porcentaje de implementación de procedimientos. Los terapeutas implementaron la intervención y las sesiones fueron video-grabadas previa firma de consentimiento informado. Un asesor observó y retroalimentó la ejecución del terapeuta en cada sesión vía correo electrónico. *Resultados.* La implementación del terapeuta de los procedimientos de establecimiento de metas, planeación de conducta alternativa y ensayos conductuales predicen la conclusión de la intervención. *Conclusiones.* Los resultados son congruentes con literatura previa, identificando un nivel mínimo de implementación de procedimientos específicos requerida para promover la efectividad de la intervención.

Palabras clave: *adicciones, implementación, intervenciones breves, investigación traslacional.*

En los últimos años, el interés por realizar estudios sobre la implementación de procedimientos exitosos y prácticas efectivas en el ámbito de las adicciones ha crecido. En su actividad cotidiana, los terapeutas implementan intervenciones breves para solucionar problemas de relevancia social, como el consumo de sustancias psicoactivas, a partir de la aplicación sistemática de los principios de la conducta, para la cual, la investigación traslacional es determinante en la identificación de las variables de implementación responsables del cambio (Martínez, Jiménez, Félix, & Morales, 2018). En el caso de las adicciones, existen intervenciones breves estandarizadas basadas en evidencia empírica, que se fundamentan en los hallazgos de las investigaciones básicas sobre la conducta de consumo de sustancias y los mecanismos que la regulan (Carroll & Rounsaville, 2007).

Al respecto de la implementación de intervenciones basadas en evidencia, una cuestión importante es la fidelidad o la capacidad del terapeuta de brindar una intervención como se pretende (McHugh & Barlow, 2010) y generar en las personas atendidas expuestas a la intervención la posibilidad de obtener resultados terapéuticos similares a los reportados en los estudios de eficacia correspondientes. Esta capacidad implica desarrollar acciones de capacitación a los terapeutas y abarca estrategias más amplias sobre métodos efectivos de diseminación de las intervenciones, capacitación y supervisión de las mismas (Beidas & Kendall, 2010; Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010). Por ejemplo, en 2012, Curran et al., realizaron un estudio mediante un ensayo clínico para poner a prueba un conjunto de estrategias de implementación de una intervención de manejo de contingencias (MC) y secundariamente identificar la eficacia clínica observada durante la aplicación de la intervención en la organización. Los autores incluyeron la participación de terapeutas en un proceso de capacitación de MC. Para evaluar la implementación del profesional de la salud después del entrenamiento, se registró la ejecución de la conducta del profesional a través de situaciones simuladas de interacción entre un usuario ficticio y el terapeuta, en sesiones audio-grabadas de 20 minutos. Los resultados mostraron que la habilidad de implementación del programa de MC en los profesionales es un predictor robusto de sus resultados posteriores y que existe una asociación entre una efectividad terapéutica general y el resultado del cliente.

El desarrollo de medidas consistentes, válidas y eficaces de los resultados de la implementación de las intervenciones breves en adicciones es necesario para avanzar en el campo de la traslación de los principios básicos a la aplicación. Al respecto, Garner et al. (2016), abordaron esta brecha mediante el desarrollo de medidas basadas en la evidencia de la aplicación, es decir, la medida del nivel de implementación que es necesario para predecir mejoras en los resultados del usuario, sobre el Programa de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes que consumen sustancias (Godley, Garner, Smith, Meyers, & Godley, 2011; Hunter, Ayer, Han, Garner, & Godley, 2014). En el estudio participaron organizaciones de tratamiento de uso de sustancias, terapeutas y usuarios adolescentes. Las medidas de implementación usadas en el estudio de Garner et al. (2016) consistieron en la media de las sesiones administradas, la media de procedimientos administrados, el promedio de clientes que recibieron por lo menos un procedimiento y el número promedio de días de certificación del personal. Como medida de resultados del usuario, emplearon el número de días de consumo durante los últimos 90 días. Los autores reportan que el incremento en la exposición a los procedimientos se asoció con una disminución en los días de consumo durante los últimos tres meses.

Estudios como el de Garner et al. (2016) dan cuenta de que los esfuerzos futuros centrados en la implementación podrían mejorarse midiendo y monitoreando hasta qué punto los procedimientos de la intervención se están brindando a los usuarios y de qué manera. Las medidas de resultado son fundamentales para el avance de la investigación de implementación (Proctor, Silmere, Raghavan, Hovmand, Aarons, Bunger, & Hensley, 2011), pero la disponibilidad de medidas de implementación válidas y directas sigue siendo limitada hasta la fecha. La principal limitación estriba en considerar solo el estudio de dimensiones relativamente básicas de la implementación como la exposición, en lugar de dimensiones más complejas, como las habilidades y conducta del terapeuta.

Una manera de monitorear las actividades del terapeuta es la evaluación de su implementación a partir de la observación directa de su conducta, considerando a la intervención como un proceso dinámico de interacción terapeuta-usuario. Bajo este paradigma, Froján et al. (2011) llevaron a cabo análisis conductuales intensivos de

diálogos extraídos de sesiones clínicas, utilizando las categorías propuestas por Skinner (1957) en su libro la "Conducta verbal", intentando expresar lo observado en términos de principios operantes y respondientes. De acuerdo con Froján et al. (2011), los terapeutas realizan cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes: evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio. Este hecho podría estar señalando la existencia de ciertos mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción entre terapeutas y clientes en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico (Froján, Montaña, Calero, García, Garzón, & Ruiz, 2011; Vargas & Pardo, 2014).

Un indicador importante sobre los resultados de la implementación de la intervención tiene que ver con el logro de conclusión de ésta. El abandono del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos es uno de los problemas más graves en el ámbito del consumo de sustancias. Diversos estudios revelan que el porcentaje de abandono al tratamiento oscila entre el 23% y el 50% de los usuarios tratados en centros ambulatorios (McHugh & Barlow, 2010; Domínguez, Miranda, Pedrero, & Puerta, 2008). Además de investigarse las causas de abandono del tratamiento relacionadas con las características del usuario, existen pocas investigaciones que aborden otros factores de abandono del tratamiento, como los relativos a la conducta del terapeuta en la administración de la intervención (Domínguez, Miranda, Pedrero, Pérez, & Puerta, 2008; Rondón, Otálora, & Salamanca 2009).

El grado en que los terapeutas están en realidad aplicando las intervenciones basadas en evidencia y su relación con el cambio en la conducta de las personas atendidas sigue siendo en gran parte desconocida y difícil de identificar (Garland, Bickman, & Chorpita, 2010; Miranda, Azocar, & Burnam, 2010). Para ello, se vuelve necesario analizar qué habilidades que implementa el terapeuta se relacionan con la meta última de los programas de intervención en adicciones: la abstinencia o reducción del consumo. Es por ello que el objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación entre la conclusión de la intervención y el nivel de implementación de procedimientos conductuales a través de la observación del terapeuta en interacción con el usuario en escenarios naturales.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 109 terapeutas, todos ellos psicólogos, elegidos por conveniencia. Los terapeutas acreditaron un entrenamiento previo sobre principios básicos del comportamiento y laboran en una institución de salud pública donde implementan Intervenciones Breves en adicciones como parte de sus actividades cotidianas. El promedio de edad de los participantes fue de 36 años ($DE=3,6$) y el 74% de los participantes fueron hombres mientras que el 26% mujeres. La muestra contaba con un 7,8 ($DE= 4,4$) de años de experiencia en atención en adicciones.

En el caso de los usuarios, participaron, 270 usuarios, que voluntariamente acuden a un centro de tratamiento ambulatorio de adicciones por abuso de alcohol (68,14%), marihuana (29%) o cocaína (2,86%) como motivo de consulta. El promedio de edad de los usuarios fue de 34,3 ($DE= 9,1$) años, 82% de los participantes fueron hombres y 18% mujeres. Los participantes firmaron un consentimiento informado, donde se estableció que la duración de su participación correspondería a la duración de sus sesiones de intervención. El documento establecía que los participantes aceptaban que se utilizaran los resultados del estudio para investigación y difusión de resultados; se indicó que se mantendría la confidencialidad y resguardo de la información video-grabada y se especificó que tenían derecho a declinar el uso de su información y participación en cualquier momento del estudio sin perjudicar su intervención en el plan de tratamiento.

Se excluyeron los usuarios que presentaran dependencia a la sustancia de impacto, niveles severos de ansiedad o depresión, o algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico.

Instrumentos

Se empleó la *Lista Cotejable del Nivel de implementación de Intervenciones Breves en Adicciones*, que fue diseñada *ex profeso* para el presente estudio. Está compuesta por 36 categorías distribuidas en 9 áreas: Análisis funcional (5, $\alpha=.90$), Planeación de conducta alternativa (6, $\alpha=0.88$), Ensayos conductuales (4, $\alpha=0.93$), Tamizaje (4, $\alpha=0.90$), Evaluación (3, $\alpha=0.89$), Establecimiento de meta alternativa (4, $\alpha=0.61$),

Planeación de la intervención (3, $\alpha=0.69$), Motivación (5, $\alpha=0.79$), Establecimiento de meta de consumo (2, $\alpha=0.80$), que identifican el nivel de implementación de procedimientos, evaluado mediante una rúbrica, en donde se definen los criterios para asignar la puntuación, calculando el porcentaje de implementación de cada procedimiento por oportunidad para cada sesión y posteriormente obtener el porcentaje medio de implementación. Se obtuvo una concordancia inter-observadores ($n=6$) de 0.76 en el índice Kappa de Cohen y un alfa de cronbach de 0.9 para la escala general.

Procedimiento

La institución de procedencia asignó a los participantes de uno a tres usuarios que cubrieran los criterios de inclusión (nivel de abuso para alcohol, marihuana o cocaína); dicha asignación formó parte de sus actividades cotidianas. El terapeuta le explicó previamente a cada usuario asignado que sus sesiones serían videograbadas para fines de monitoreo y supervisión y tanto el usuario, como el terapeuta firmaron el consentimiento informado al respecto. Se enfatizó a los participantes que la información obtenida sería estrictamente confidencial, conservando el anonimato. Se les informó el objetivo, los procedimientos a implementar y el uso que recibiría la información y su consentimiento para grabar las entrevistas, asegurando el resguardo del material estrictamente y sólo para el uso con fines de investigación, de acuerdo a los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 1993; 2002; 2005).

Una vez asignados los usuarios, un asesor experto con posgrado en adicciones, se puso en contacto con cada participante, a fin de presentarse y enviarle vía correo electrónico las instrucciones relacionadas con las videograbaciones, en donde se aclara la confidencialidad, el resguardo de los videos y se les explica la dinámica de retroalimentación. Una vez establecida la comunicación entre el participante y el asesor, el profesional de la salud llevó a cabo la intervención de manera normal, adherido a sus procedimientos institucionales.

La intervención está determinada por una guía clínica (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2017) y se administró en seis sesiones semanales de 50 minutos de duración. Las primeras dos sesiones fueron de admisión y evaluación en las cuales se identifica la problemática y se evalúa el patrón de

consumo. En la tercera sesión, se realiza un análisis de ventajas y desventajas del consumo de sustancias y de la suspensión (efectos y consecuencias) y se establece la conducta meta de la intervención. Posteriormente, en la cuarta sesión se trabaja con el análisis funcional de la conducta de consumo. En la sesión cinco, se trabaja con la planeación de estrategias para la suspensión del consumo y planeación de actividades alternativas a través de modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación. Finalmente se realiza una evaluación post y seguimiento del cambio conductual. A lo largo de toda la intervención existe un auto-monitoreo constante de la conducta de consumo a través de registros y antidoping pre-post, así como tareas a casa.

Cada sesión de interacción se registró por observadores entrenados independientes y ciegos al tipo de caso y número de sesión registrada mediante la Lista Cotejable del Nivel de Implementación de Intervenciones Breves en Adicciones. Aunado a ello, un supervisor se retroalimentó al profesional de manera individual, vía correo electrónico, en términos de nueve actividades de la intervención: Implementación general, Tamizaje, Evaluación, Referencia, Sensibilización y motivación, Análisis funcional de la conducta de consumo, Planes de acción sobre conducta alternativa, Ejecución de conducta alternativa, y seguimiento del usuario y Rescate. La retroalimentación brindada sesión tras sesión por el supervisor consistió en la devolución de la ejecución de acuerdo con los criterios de la rúbrica de la Lista Cotejable del Nivel de Implementación de Intervenciones Breves en Adicciones, indicando las fortalezas o mejores prácticas, reforzándose positivamente el adecuado cumplimiento de las categorías y los efectos posibles en la conducta de consumo del usuario y áreas de oportunidad de mejora en el desempeño del usuario en cada uno de los rubros, así como señalando las oportunidades que el participante tuvo para ejecutar alguna de las conductas en función de la conducta del usuario. El rango de duración de los videos fluctuó entre 30 y 50 minutos.

Análisis de datos

Para analizar los datos, se dividió a la muestra en aquellos casos que concluyeron la intervención completando seis sesiones y finalizando en abstinencia verificada con la aplicación de una prueba de saliva para el caso de marihuana y cocaína o aliento para el caso de

alcohol (grupo completo) y aquellos casos que desertaron y mantuvieron el consumo (grupo inconcluso). Se realizaron estadísticos descriptivos sobre los niveles de implementación, comparación de medias entre grupos mediante una prueba *t de Student* para muestras independientes y una regresión logística binaria para identificar los predictores del mediante el paquete *SPSS®* para *Windows®*, versión 19.0.

RESULTADOS

En primer lugar, se describen los niveles de implementación de la muestra general para cada una de las áreas. De manera general, se observa un alto nivel de implementación, por arriba del 50%, de los procedimientos de la intervención breve en la muestra total, siendo el porcentaje medio de 71.1% ($DE=16.4$). Las áreas donde se obtienen mayores niveles de implementación corresponden a establecimiento de meta de consumo ($M=79.1\%$, $DE=24.6$), Tamizaje ($M=77.8\%$, $DE=23.7$), planeación de la intervención ($M=77.6\%$, $DE=23.6$) y motivación ($M=77.1\%$, $DE=19.8$); mientras que los menores niveles de implementación se obtuvieron en los procedimientos de ensayos conductuales ($M=50.4\%$, $DE=23.3$), establecimiento de meta alternativa ($M=66.8\%$, $DE=22.7$) y establecimiento de conducta alternativa ($M=68.7\%$, $DE=22.8$).

Considerando el tipo de alta de los usuarios, se compararon las medias del nivel de implementación en todas las áreas (ver Figura 1), dividiendo la muestra en aquellos terapeutas que completaron su plan de intervención (casos completos, $n=131$) y aquellos terapeutas que no lograron concluirlo (casos inconclusos, $n=139$). No se observaron diferencias significativas entre los grupos respecto a la edad y años de experiencia.

Se compararon las medias de implementación de los procedimientos por los terapeutas de los grupos "completo" e "inconcluso", obteniendo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de implementación, siendo el grupo completo el que obtiene mayores niveles de implementación en todas las áreas, comparado con el grupo inconcluso.

Específicamente, en el área de Análisis funcional, el grupo completo obtuvo un porcentaje promedio de implementación de 79.6% ($DE=18.4$), en comparación con

el grupo inconcluso, que obtuvo 69.3% ($DE=22.3$; $t[211.3]=2.7$, $p=0.006$, IC, 2.1-13.1); en el área de Planeación de conducta alternativa, el grupo completo obtuvo una media de 72.4% ($DE=21.5$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 64% ($DE=23.6$; $t[192.8]=2.6$, $p=0.008$, IC, 2.1-14.5); en el área de Ensayos conductuales, el grupo completo obtuvo una media de 55.5% ($DE=25.1$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 43.2% ($DE=18.3$; $t[133.9]=3.2$, $p=0.001$, IC, 4.9-19.6); en el área de Tamizaje, el grupo completo obtuvo una media de 84.1% ($DE=18.1$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 73.8% ($DE=26$; $t[82.1]=2.1$, $p=0.03$, IC, 0.78-19.9); en el área de Evaluación, el grupo completo obtuvo una media de 78% ($DE=27$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 62.5% ($DE=28$; $t[88.1]=2.7$, $p=0.007$, IC, 4.2-26.6); en el área de Establecimiento de meta alternativa, el grupo completo obtuvo una media de 71.1% ($DE=22.3$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 61.9% ($DE=22.3$; $t[219.6]=3.08$, $p=0.002$, IC, 3.3-15.1); en el área de Planeación de la intervención, el grupo completo obtuvo una media de 81.1% ($DE=22.6$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 74.4% ($DE=24.2$; $t[194.8]=2.02$, $p=0.04$, IC, 0.15-13.3); en el área de Motivación, el grupo completo obtuvo una media de 82.1% ($DE=18.9$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 72.4% ($DE=19.5$; $t[253]=4.03$, $p<0.01$, IC, 4.9-14.4); finalmente, para el área de Establecimiento de meta de consumo, el grupo completo obtuvo una media de 86,1% ($DE=20,3$), en comparación con el grupo inconcluso, que obtuvo 72.3% ($DE=26.4$; $t[202.1]=4.3$, $p<0.001$, IC, 7.5-20.2).

Un análisis de regresión logística binaria mostró las áreas de implementación relacionadas con el tipo de alta. El modelo completo que considera todos los predictores resultó estadísticamente significativo $\chi^2(3)=38$, $p<0.001$, lo que indica que el modelo es capaz de distinguir entre los casos completos y casos inconclusos en función del nivel de implementación de los procedimientos por parte de los terapeutas. El modelo completo explica, entre el 15% (Cox and Snell *R* cuadrado) y 20% (Nagelkerke *R* cuadrado) de la varianza y clasifica correctamente el 65.2% de los casos. Como se muestra en la Tabla 1, las variables que tienen una contribución única estadísticamente significativa al modelo son Planeación de conducta alternativa $OR=0.9888$ (95% IC, 0.99-1.007), Ensayos conductuales $OR=0.9884$ (95% IC, 0.98-0.99), Establecimiento de meta alternativa $OR=0.9889$ (95% IC,

0.98-0.99) y Establecimiento de meta de consumo $OR=0.9921$ (95% IC, 0.98-0.99). Esto implica que los participantes en el grupo de casos inconclusos, tienen

aproximadamente 0.9 veces menores niveles de implementación que los participantes del grupo de casos completos.

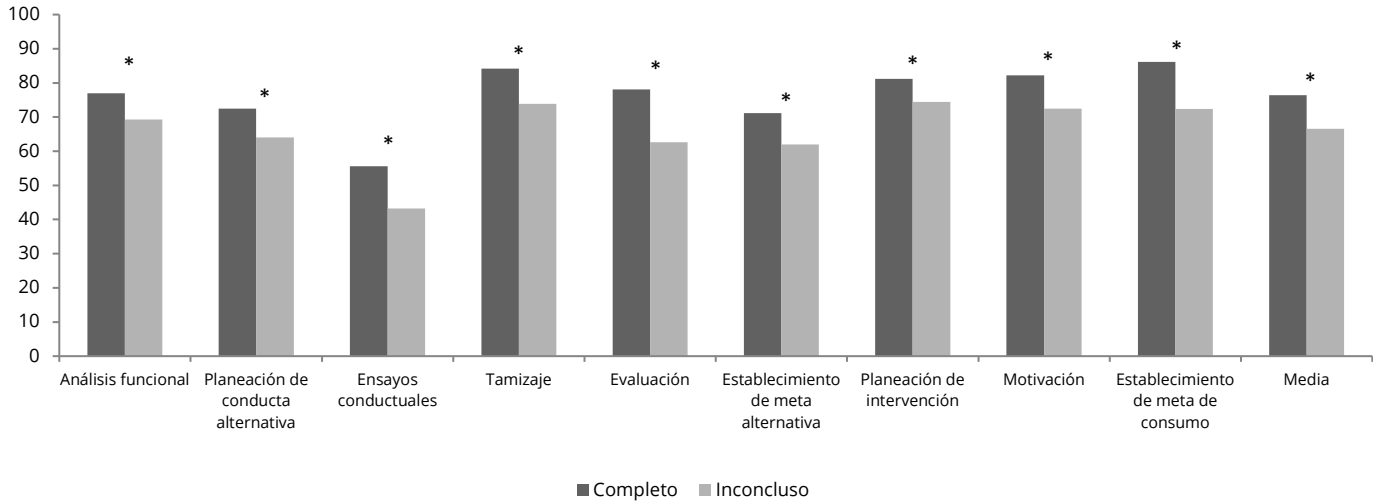


Figura 1. Comparación de medias del porcentaje de implementación de los terapeutas para cada procedimiento de la Intervención Breve por tipo de alta del usuario. Eje Y: porcentaje promedio de implementación; Eje X: procedimientos de la intervención breve. * $p<.05$

Tabla 1. Análisis de regresión logística binaria con las áreas de implementación de Intervención Breve por los terapeutas como predictores del tipo de alta del usuario

Área	B	E.E.	Wald	gl	p	Razón de probabilidad (Exp(B))	95.0% I.C.	
							Mínimo	Máximo
Análisis funcional	-0.001	0.004	0.078	1	0.778	0.998	0.990	1.007
Planeación de conducta alternativa	-0.011	0.004	5.821	1	0.015	0.988	0.980	0.997
Ensayos conductuales	-0.011	0.005	4.921	1	0.026	0.988	0.978	0.998
Tamizaje	0.002	0.003	0.351	1	0.553	1.002	0.994	1.009
Evaluación	0.003	0.003	0.896	1	0.343	1.003	0.996	1.010
Establecimiento de meta alternativa	-0.011	0.004	6.043	1	0.013	0.988	0.980	0.997
Planeación de intervención	0.001	0.003	0.130	1	0.718	1.001	0.994	1.008
Motivación	0.001	0.005	0.122	1	0.726	1.001	0.990	1.013
Establecimiento de meta de consumo	-0.007	0.003	4.236	1	0.039	0.992	0.984	0.999
Constante	1.762	0.477	13.626	1	0.0002	5.829		

Nota: El indicador de referencia es "casos inconclusos".

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la conclusión de la intervención y el nivel de implementación de los procedimientos basados en principios del aprendizaje en terapeutas en interacción con usuarios en escenarios naturales. En general, se observa un alto nivel de implementación de dichos procedimientos, lo que tiene relación con la fidelidad de la intervención, pues implica que los profesionales se están adhiriendo a los procedimientos que se encuentran descritos en la intervención. Esto es de destacar, debido a que algunos profesionales han reportado dificultades en la implementación de las intervenciones breves, argumentando que son rígidas e inflexibles (Baumann, Kolko, Collins, & Herschell, 2006) y han reportado a su vez adaptaciones que realizan a la implementación a partir de su práctica, como el número o duración de las sesiones (Martínez, Pacheco, Echeverría, & Medina-Mora, 2016). A pesar de esas barreras y sus resultantes adaptaciones, existe un nivel mínimo de implementación de la intervención que los terapeutas están administrando y que se relaciona con la alta exitosa del usuario. Los resultados obtenidos apuntan a que ese nivel se encuentra alrededor del 70 por ciento en general y en un rango que va del 55 al 86 por ciento cuando se observan procedimientos específicos; los niveles de implementación menores dificultan la conclusión de la intervención y por tanto el logro de la meta del usuario.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que los procedimientos que promueven la conclusión exitosa de la intervención tiene que ver con la identificación y definición operacional clara de las metas y objetivos de la intervención con respecto al consumo de sustancias del usuario, así como el establecer un plan de intervención acorde a esas metas, que incluya los procedimientos necesarios y un importante componente motivacional, identificando las consecuencias negativas del consumo en la vida de las personas atendidas, pero sobre todo destacando los beneficios de la abstinencia del patrón de consumo de la sustancia de impacto. Estos aspectos que requieren un mayor nivel de implementación, son particularmente importantes pues se relacionan estrechamente con la validez social de la intervención (Kazdin, 2008) es decir, para aumentar la probabilidad de que la intervención funcione, además de las habilidades que muestra el terapeuta, una variable importante es que esas metas, procedimientos y resultados planeados y

establecidos tengan el aval de la propia persona atendida, con la finalidad de aumentar su compromiso y motivación al cambio y conferirle validez social a la implementación de la intervención. Es por ello que la implementación de estas áreas tiene un fuerte componente de interacción, negociación y acuerdo con las personas atendidas, de manera tal que sean ellas quienes con la guía del terapeuta, establezcan sus propias metas y validen el plan de intervención.

Por otro lado, existen áreas de implementación baja, entre el 50 y 60 por ciento, cuyo efecto también es importante en la alta favorable de las personas atendidas. Tal es el caso de ensayos conductuales sobre conductas efectivas para enfrentar en abstinencia las situaciones de posible consumo para el usuario, el establecimiento de meta alternativa al consumo y la planeación clara y paso a paso de conducta alternativa al consumo de sustancias del usuario. Si bien es cierto que se trata de procedimientos que se implementan en niveles más bajos en comparación con el resto, su administración pudiera estar implicando habilidades mucho más complejas que el solo hecho de indagar, obtener información o evaluar, sino que requiere por parte del terapeuta un análisis exhaustivo de las variables que regulan la conducta de consumo del usuario que le permita promover la práctica conductual dentro de las sesiones a partir de la identificación, análisis y establecimiento de la conducta alternativa que se relacione con la función del consumo y posibilite al usuario el ampliar su repertorio conductual hacia situaciones que promuevan su salud física y mental, absteniéndose del uso de sustancias psicoactivas.

Del conjunto de procedimientos basados en evidencia que se exploraron en el presente estudio, hay tres que resultan fundamentales, pues de acuerdo con los hallazgos son predictores de la conclusión de la intervención. Si bien la razón de probabilidad (odd ratios) se encuentra cercana a 1, existen antecedentes como el estudio realizado por Sajjadi et al. (2015), donde se identifican variables que constituyen factores de riesgo para el consumo de sustancias, considerando estas razones asociadas a un valor predictivo con significancia clínica. El primer predictor identificado es el Establecimiento de meta alternativa al consumo, que implica que el profesional de la salud sea capaz de implementar una serie de tareas para el análisis funcional de la conducta de consumo y a partir de ello identifique

la función del mismo y plantee junto con el usuario conductas meta alternativas al consumo que compitan efectivamente con el mismo y que le permitan al usuario cubrir la función que tenía el consumo con alternativas saludables, además de implementar un monitoreo cercano y constante del avance en esta meta (Barragán, Flores, Morales, González, & Martínez, 2006; Damschroder, & Hagedorn, 2011). El segundo de los predictores del alta exitosa es la Planeación de conducta alternativa al consumo, que incluye actividades para estructurar y promover planes de acción específicos para la conducta alternativa al consumo. Esto implica que el profesional de la salud sea capaz de guiar al usuario a identificar y arreglar el contexto en donde va a ejecutar la conducta alternativa, que planee los pasos específicos para llevar a cabo la actividad y que detecte los posibles obstáculos de su plan para tener opciones de solución de los mismos (Morales & Matias, 2017). Aunado a los planes de acción, se encuentran los Ensayos conductuales sobre las habilidades para enfrentar situaciones precipitadoras de consumo, que resultaron el tercer y último predictor del alta exitosa y que le permiten al usuario practicar la ejecución de habilidades específicas para llevar a cabo la conducta alternativa fuera del consultorio, así como recibir retroalimentación del profesional de la salud sobre esta ejecución, de manera tal que se asegure con mayor probabilidad la ejecución exitosa de conducta alternativa en la vida cotidiana del usuario.

El hecho de que haya componentes específicos que al implementarse en niveles moderados promueven la conclusión exitosa de la intervención, da cuenta de la relación entre la administración de estos procedimientos basados en evidencia y la conducta del usuario al concluir el tratamiento a partir de la toma de decisiones del terapeuta en la interacción con el usuario. Lo anterior se ha reportado previamente por los propios terapeutas quienes describen las adaptaciones que realizan a los procedimientos, ajustando la implementación a las características de los usuarios (Martínez, Jiménez, Félix & Morales, 2018).

Es importante señalar que existen algunas limitaciones del presente trabajo cuya consideración es necesaria. En primer lugar, la falta de un grupo control dificulta distinguir si la abstinencia de los usuarios es debida a la intervención o podría ser explicada por el curso natural del consumo, sin embargo, la principal razón que llevó a los autores a establecer la comparación

entre casos con tratamiento, tiene que ver con la responsabilidad ética de nuestra profesión que dicta el poner a disposición de las personas con problemas por consumo de sustancias, las mejores intervenciones disponibles, lo más oportunamente posible (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012), además de que la tendencia general del comportamiento adictivo es que la repetición de la conducta de consumo hace más probable la trayectoria hacia una dependencia a la sustancia (Volkow, Fowler, Wang, & Swanson, 2004). Una segunda variable que no se exploró es el efecto de la retroalimentación que recibieron los terapeutas, pues no se contó con un grupo de comparación en donde se omitiera esta estrategia, que sin duda tiene relación con los resultados, pues todos los terapeutas se vieron beneficiados de esta supervisión. Estudios posteriores deberán contemplar el efecto de la retroalimentación, pues en el presente trabajo se priorizó el beneficio del usuario y del propio terapeuta al recibir información sobre su ejecución y con ello la posibilidad de mejorarla sesión tras sesión, como ha sido reportado en la literatura que da cuenta de que el monitoreo y supervisión de los terapeutas es fundamental y necesario para mejorar la efectividad de las intervenciones (Miller, Yahne, Moyers, Martínez, & Pirritano, 2004; Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro, & Carroll, 2005; Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010). Finalmente, una tercera limitación es la relacionada con el análisis grupal de los datos y en la consideración de la intervención como un bloque completo. Es ese sentido, estudios posteriores deberán centrarse en la descripción de conductas específicas en esta interacción y cómo esas conductas y niveles de implementación pueden variar a lo largo del proceso, identificando posibles patrones diferenciales de la interacción dependiente del momento en el que ésta se encuentre.

Los procedimientos antes mencionados como predictores del alta exitosa, requieren entonces que el profesional de la salud muestre una serie de habilidades complejas que son susceptibles de mejora continua a partir del entrenamiento y retroalimentación de la ejecución del profesional, promoviendo el modelamiento, práctica positiva y retroalimentación (Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro, & Martínez, 2013; Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro, & Carroll, 2005; Martínez, Pedroza, & Salazar, 2005).

Para que el profesional de la salud mejore sus habilidades de implementación es necesaria la supervisión cercana de sus actividades por parte de las instituciones, así como la observación directa de la conducta del mismo. Una estrategia que se implementó en el presente estudio y que da cuenta de la importancia de la supervisión es la observación directa a través de un producto permanente de la ejecución del profesional de la salud. Si bien es cierto que esta estrategia tiene un costo alto pues implica disponer de recursos humanos y tecnológicos para llevar a cabo la supervisión en escenario real, vale la pena promover su uso en aras de favorecer la traslación y evidencia de cómo los procedimientos basados en los principios básicos de la conducta se implementan en escenarios naturales con usuarios reales. Ello supone una verdadera aportación no sólo a la práctica basada en evidencia, sino a la evidencia generada en la práctica (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Webster-Stratton, Rinaldi, & Reid, 2011; Santoyo, 2012), lo que permite la identificación de aquellas conductas del terapeuta que se relacionan directamente con la alta del usuario, no sólo considerando la adherencia a protocolos de intervención, sino generando las adaptaciones necesarias surgidas como resultado de un proceso de traslación que deriva en la práctica basada en la evidencia en escenarios cada vez más naturales.

REFERENCIAS

- American Psychological Association, Committee on Professional Practice and Standards. (1993). Record keeping guidelines. *American Psychologist*, 48, 984-986.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048- 1051.
- American Psychological Association. (2005). Determination and documentation of the need for practice guidelines. *American Psychologist*, 60, 976-978.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría General de la Organización de Estados Americanos CICAD OEA. (2017). *Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones*.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. & Martínez, M. J. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual Del Terapeuta* (Tomos I y II). México: Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Baumann, B. L., Kolko, D. J., Collins, K., & Herschell, A. D. (2006). Understanding practitioners' characteristics and perspectives prior to the dissemination of an evidence-based intervention. *Child abuse & neglect*, 30(7), 771-787. doi:10.1016/j.chiabu.2006.01.002
- Beidas, R.S. & Kendall, P.C. (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clinical Psychology Science and Practice*, 17(1), 1-30. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x
- Carroll, K.M., & Rounsaville, B.J. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*, 102(6): 850-862. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01798.x
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 16-25. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x
- Curran, G.M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M. & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation Hybrid Designs. Combining Elements of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact. *Med Care*, 50(3), 217-226. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182408812.
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 194-205. doi:10.1037/a0022284
- Dominguez-Martin, A., Miranda-Estríbí, M., Pedrero-Pérez, E., Pérez-López, M. & Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 10(2), 112-120. doi:10.1016/S1575-0973(08)74553-7
- Essock, S. M., Goldman, H. H., Van Tosh, L., Anthony, W. A., Appell, C. R., Bond, G. R.,... & Ralph, R. O. (2003). Evidence-based practices: Setting the context and responding to concerns. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 919-938. doi: 10.1016/S0193-953X(03)00069-8
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
- Frojan, M. X., Montaña, M., Calero, A. & Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud* 22(1), 69-85. doi:10.5093/cl2011v22n1a5
- Froján, M.X., Montaña, M., Calero A., García Á., Garzón Á., & Ruiz E.M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609. ISSN: 0214-9915
- Garland, A. F., Bickman, L., & Chorpita, B. F. (2010). Change what? Identifying quality improvement targets by investigating usual mental health care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 15-26. doi:10.1007/s10488-010-0279-y
- Garner, B. R., Barnes, B., & Godley, S. H. (2009). Monitoring fidelity in the Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA): The

- training process for A-CRA raters. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2(1), 43-54.
- Garner, B.R., Hunter, S. B., Rodney, F. R., Beth, A. G., & Godley, S. H. (2016). Toward Evidence-Based Measures of Implementation: Examining the Relationship Between Implementation Outcomes and Client Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 67, 15-21. doi:10.1016/j.jsat.2016.04.006
- Godley, S.H., Garner, B.R., Smith, J.E., Meyers, R. J., & Godley, M.D. (2011). A large-scale dissemination and implementation model for evidence-based treatment and continuing care. *Clinical Psychology*, 18, 67-83. doi:1468-2850.2011.01236.x
- Sajjadi, H., Harouni, G.G. & Sani, M.S. (2015). Personal, Familial and Environmental Determinants of Drug Abuse: A Causal-Comparative Study. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 367-374. doi:10.5539/gjhs.v7n4p367
- Herschell, A. D., Kogan, J. N., Celedonia, K. L., Gavin, J. G., & Stein, B. D. (2009). Understanding community mental health administrators' perspectives on dialectical behavior therapy implementation. *Psychiatric Services*, 60(7), 989-992. doi:10.1176/appi.ps.60.7.989
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L. & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 448-466. doi:10.1016/j.cpr.2010.02.005
- Hunter, S.B., Ayer, L., Han, B., Garner, B.R., & Godley, S.H. (2014). Examining the sustainment of the adolescent-community reinforcement approach in community addiction treatment settings: Protocol for a longitudinal mixed method study. *Implementation Science*, 9, 104. doi:10.1186/s13012-014-0104-1
- Hyde, P. S., Falls, K. F., Morris, J. A., & Schoenwald, S. K. (2003). *Turning knowledge into practice. A manual for behavioral health administrators and practitioners about understanding and implementing evidence-based practices*. Boston, MA: Technical Assistance Collaborative.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American psychologist*, 63(3), 146. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146
- Martínez, K., Pacheco, A., Echeverría, L., & Medina-Mora, M. (2016). Barreras en la transferencia de la tecnología: Un estudio cualitativo de las intervenciones breves y los centros de atención a las adicciones. *Salud mental*, 39(5), 257-265. doi:10.17711/SM.0185-3325.2016.030
- Martínez, K., Pedroza, F. & Salazar, M. (2005). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 36(3). doi:10.5514/rmac.v36.i3.03
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84. doi:10.1037/a0018121
- Martínez, M. K., Jiménez, P. A., Félix, R. V., & Morales, C. S. (2018). Impact of a brief intervention programs in clinical practice: Barriers and adaptations. *International Journal of Psychological Research*, 11(2): 27-34. doi:10.21500/20112084.3485
- Miller, W.R., Yahne, C.E., Moyers, T.B., Martínez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6):1050-1062. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1050
- Miranda, J., Hepner, K. A., Azocar, F., Greenwood, G., Ngo, V. & Burnam, M. A. (2010). Development of a patient-report measure of psychotherapy for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(3), 245-253. doi:10.1007/s10488-009-0238-7
- Morales, C.S & Matías, M. I. (2017). Professional knowledge and skills on addictions brief intervention by distance training. *MOJ Addiction Medicine and Therapy*, 4(2):239-241. doi:10.15406/mojamt.2017.04.00074
- Morales, S., Martínez, K., Carrascoza, C., Chaparro, A. & Martínez, M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions*, 13(2), 109-116.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A.,...Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Santoyo, C. (2012). Investigación traslacional: Una misión prospectiva para la ciencia del desarrollo y la ciencia del comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4(2) 84-110.
- Sharkin, B. S., & Plageman, P. M. (2003). What do psychologists think about mandatory continuing education? A survey of Pennsylvania practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 318. doi:10.1037/0735-7028.34.3.318
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 106-115. doi:10.1037/0022-006X.73.1.106
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-century-crofts.
- U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. (2012). *Behavioral Health Evidence Based Treatment and Recovery Practices. Addiction Technology Transfer Centers*. National Curriculum Committee
- Vargas, I. & Pardo, R. (2014). El papel de la experiencia del terapeuta en la aplicación de reglas en el contexto clínico. *Conductual*, 2(3), 36-51.
- Volkow, N., Fowler, J. & Wang, G. & Swanson, J. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry*, 9, 557-569. doi:10.1038/sj.mp.4001507

Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, J. M. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 38-46. [doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x)