

Barreras en la transferencia de la tecnología: Un estudio cualitativo de las intervenciones breves y los centros de atención a las adicciones

Kalina Isela Martínez Martínez,¹ Ayme Yolanda Pacheco Trejo,² Leticia Echeverría San Vicente,³
María Elena Medina-Mora⁴

Artículo original

ABSTRACT

Introduction

The transfer and translation of programs with scientific evidence to clinical scenarios is often limited by a number of barriers for their implementation, making it difficult to provide benefits for a society that requires effective services.

Objective

The aim of this study was to identify the barriers for the adoption of brief intervention programs for the treatment of alcohol and other drugs abuse at addiction treatment centers in Mexico.

Methods

This is a qualitative study with a purposive sample consisting of 16 experts on transfer processes. Focused interviews were conducted and transcribed, and the data were subjected to content analysis.

Results

The results reported several barriers for the adoption of programs in clinical scenarios. These include the following: bureaucratic procedures and institutional policies, lack of knowledge of the theoretical bases of the program and the diversity of users demanding the service.

Discussion and conclusion

The study discusses the fact that the technology transfer process requires a deliberate, combined effort to ensure the implementation of programs in clinical scenarios. The barriers identified by the actors involved in the process should be considered in the development of strategies to disseminate brief intervention programs.

Key words: Brief intervention, technology transfer, addictions, barriers, KT.

RESUMEN

Introducción

La transferencia y la traducción de los programas con evidencia científica a los escenarios clínicos, con frecuencia se encuentra limitada por una serie de barreras en su aplicación que complica la obtención de beneficios para la sociedad que requiere servicios eficaces.

Objetivo

Identificar las barreras en la adopción de los programas de intervención breve para el tratamiento por el consumo abusivo de alcohol y otras drogas.

Métodos

Es un estudio cualitativo con una muestra intencional conformada por 16 expertos en procesos de transferencia. Se realizaron entrevistas a profundidad, se transcribieron y los datos se sometieron a un análisis de contenido.

Resultados

Las principales barreras encontradas en el proceso de transferencia de la tecnología para la adopción del modelo de intervención breve para la atención de trastornos por abuso de sustancias fueron: los procedimientos de índole burocrático y políticas institucionales, el desconocimiento de las bases teóricas de las intervenciones breves y la diversidad de usuarios que demandan el servicio.

Discusión y conclusión

El proceso de transferencia de la tecnología para la adopción de programas en los escenarios clínicos, requiere de un esfuerzo deliberado y conjunto, planeado desde su inicio para lograr la transferencia. Las barreras señaladas por los propios actores que participan en el proceso deben considerarse en el desarrollo de estrategias dirigidas a transferir los programas de intervención breve.

Palabras clave: Intervención breve, transferencia de tecnología, adicciones, barreras, traducción del conocimiento.

¹ Departamento de Psicología, Centro de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

² Escuela de la Salud, Universidad Modelo de Yucatán, México.

³ Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

⁴ Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud, México.

Correspondencia: Kalina Isela Martínez Martínez. Departamento de Psicología, Centro de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Avenida Universidad 940, 20131, Aguascalientes, Ags., México. E-mail: kimartin@correo.uaa.mx

Recibido primera versión: 14 de mayo de 2015. Segunda versión: 5 de abril de 2016. Tercera versión: 11 de agosto de 2016. Aceptado: 30 de agosto de 2016.

INTRODUCCIÓN

Este artículo tiene el objetivo de identificar y analizar las barreras para la transferencia de las intervenciones breves (IB)¹⁻³ en el tratamiento del consumo abusivo del alcohol y otras drogas en los centros de tratamiento a las adicciones. Durante los últimos 20 años se han realizado diversos estudios clínicos a nivel internacional que comprueban la eficacia de las IB. Existe evidencia significativa de que las IB son tan eficaces como los tratamientos más amplios.^{4,5} Asimismo, otros estudios han concluido que la aplicación de las IB en la práctica clínica es favorable para la salud pública, ya que requieren menor cantidad de tiempo y esfuerzo.⁶⁻⁸ Las IB como la tecnología psicológica puede convertirse en una innovación que las instituciones adopten con el fin de mejorar sus servicios.

Al respecto, en México se cuenta con una importante trayectoria de investigación en programas de intervención en el campo de las adicciones, que han permitido difundir el modelo de las IB para conductas adictivas a nivel nacional, para la atención de diferentes poblaciones y sustancias, tales como el programa de intervención breve para adolescentes;⁹ el tratamiento breve para los usuarios de cocaína;¹⁰ el programa de cambio auto dirigido para fumadores;¹¹ el programa de intervención breve y temprana para los trabajadores de la industria¹² y para los familiares de consumidores de alcohol.¹³

Asimismo, se ha trabajado en la transferencia de las IB mediante la identificación de las instituciones en México que pueden utilizar esta tecnología, a fin de que los hallazgos obtenidos en las investigaciones permitan sistematizar protocolos de intervención asequibles a clínicos de instituciones que atienden a personas con uso nocivo de sustancias. En este contexto se han puesto a disposición de los profesionistas de la salud, programas educativos a nivel de maestría y especialidad en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), para la formación en los programas de intervención breve en adicciones, éstos que llevan por lo menos 10 generaciones de egresados, una especialidad en línea que capacitó a 1800 terapeutas de 350 centros de atención primaria de adicciones (UNEMES-CAPA) de todo el país.¹⁴⁻¹⁷ Además de manuales, protocolos, instrumentos y registros, entre otras herramientas; todas estandarizadas y con un nivel inicial de eficacia, porque aunque las IB se han probado por medio de estudios de caso único y comparación entre grupos, estos estudios aún no reúnen todos los criterios para ser ensayos clínicos aleatorizados.¹⁸

La transferencia de la tecnología se ha definido de distintas maneras; en general es el proceso para la adopción de una innovación por una comunidad o un grupo de personas, dicha innovación les permite mejorar una actividad, hacer más productivo un proceso, y por ende más efectivo y competitivo en el ámbito aplicado. De acuerdo al Centro de Transferencia de Tecnología de las Adicciones,¹⁹ la transferencia de la tecnología es un proceso que incorpora un con-

junto de estrategias enfocadas a promover e implementar las innovaciones en un escenario, por tanto, es un proceso dinámico que abarca las etapas de desarrollo de la innovación, la difusión y la aplicación o adopción.²⁰

Al respecto, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos²¹ estipula cuatro condiciones fundamentales para hacer efectiva la transferencia. La primera condición apunta que los individuos y las organizaciones deben ser conscientes de que el nuevo conocimiento existe, y que es importante tener acceso a éste. La segunda condición es que debe haber pruebas creíbles de que el cambio de comportamiento (por ejemplo, la adopción de un nuevo programa de prevención) conducirá a una mejor práctica sin gastos excesivos y sin efectos secundarios indeseables. La tercera condición es contar con los recursos: financiamiento, materiales y el personal para el proceso de la transferencia tecnológica. Finalmente, la cuarta condición debe garantizar el uso de la comunicación efectiva y continua, para reconocer y solucionar las posibles barreras dentro de una organización.

Estas condiciones que favorecen la transferencia entre los investigadores y los profesionales, implican una serie de cambios en los sistemas laborales y en los conocimientos, habilidades e instrumentos que se incorporan para la adopción de la innovación. Todos estos cambios se interrelacionan para que el proceso de la transferencia tecnológica se desarrolle. En este contexto, un elemento primordial para lograr el éxito en el proceso es el estudio de las barreras. Se definen como barreras a los obstáculos que surgen en las etapas críticas que muestran mayor resistencia al cambio durante el proceso de la transferencia. Es decir, son los factores de diversa índole que impiden que las innovaciones se adopten.^{22,23}

Ahora bien, a pesar de la importancia documentada en la práctica, si no se analizan previamente las diversas barreras, el proceso de transferencia de la tecnología no se implementará con éxito y difícilmente los profesionales podrán adoptar la innovación y obtener los beneficios para mejorar su ejercicio profesional. De acuerdo a distintas investigaciones se pueden identificar diversas barreras a lo largo del proceso de la transferencia, por ejemplo,¹⁷ se reportan barreras personales vinculadas a la autoeficacia de los profesionales, a su motivación para impartir el programa, a su formación profesional, al tiempo que disponen para organizar, planear y ejecutar la tecnología, entre otros.²⁴⁻³² Estas barreras necesariamente deben identificarse y resolverse a fin de construir un puente de comunicación efectivo entre el conocimiento científico y la práctica, y lograr de manera efectiva la transferencia de la tecnología.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es identificar las barreras de los investigadores, directivos y terapeutas en la adopción de los programas de IB, desde la perspectiva de quie-

nes participan en los procesos de transferencia tecnológica para lograr una mejor comprensión de las dificultades que presentan en su implementación. En este sentido se incluyó a distintos agentes que han participado en diferentes momentos del proceso de transferencia de los programas de IB. Participaron investigadores que han colaborado en el desarrollo y capacitación de las IB; los terapeutas, quienes se han capacitado e implementan dichos programas en los centros de atención de adicciones; y finalmente, los directivos de los Centros de atención y prevención de las adicciones.

MÉTODO

Diseño

La presente investigación parte de un paradigma cualitativo (descriptivo, analítico y exploratorio). Bajo este contexto, el trabajo de campo incluyó la realización de entrevistas a profundidad con investigadores, directivos y terapeutas.

Características del equipo de investigación: Las coordinadoras de la investigación fueron doctoras en psicología, dedicadas al desarrollo y evaluación de intervenciones breves en adicciones con experiencia de 12 y ocho años respectivamente.

Las entrevistadoras fueron tres egresadas de maestría en ciencias sociales y humanidades de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, previamente capacitadas en la técnica de entrevista cualitativa, sin experiencia en trabajo en adicciones, pero con conocimientos en el área de las intervenciones breves.

Participantes

Se entrevistó a 16 informantes claves seleccionados por medio de un muestreo propositivo o intencional. Los participantes fueron actores sociales que poseían conocimientos especializados del tema a investigar, elegidos cuidadosamente a fin de garantizar que representaran lo mejor posible el fenómeno estudiado.

La selección de los participantes se realizó por medio de un muestreo teórico,³³ esta estrategia implicó un proceso de recolección de datos aparejado con la codificación y el análisis de la información. El número de casos se delimitó cuando los nuevos datos adicionales, en vez de aportar a la comprensión del fenómeno, incrementaron el volumen de los mismos. Es decir, cuando no surgieron nuevas variaciones entre los datos y la nueva información codificada correspondía a las mismas categorías, alcanzándose la saturación y deteniéndose el muestreo.

Mediciones

La guía de entrevista se construyó a partir de la reflexión teórica sobre las barreras y estrategias en la adopción de los

programas de intervención para el tratamiento por el consumo abusivo de alcohol y otras drogas reportadas en estudios previos (los cuales se abordaron en la introducción de este estudio). También, se consideraron las observaciones y sugerencias hechas por estudiantes de posgrado en psicología que participaron en las entrevistas piloto. Posteriormente, para conformar la versión final, los tópicos se revisaron y discutieron con investigadores especialistas en el área de las adicciones.

Se exploraron distintas áreas relacionadas con: 1. Experiencias en la transferencia de las IB a profesionales de la salud, 2. Estrategias implementadas en la transferencia, 3. Barreras en el proceso de la transferencia, 4. Seguimiento de la transferencia y logro del proceso, y 5. Otra información importante. La guía de preguntas a directivos y terapeutas contempló los siguientes temas: a. Conocimiento sobre los programas de intervención breve, b. Conocimiento/significado de trabajar con programas de IB basados en la evidencia científica, c. Capacitación y supervisión recibida durante el proceso de transferencia de los programas de IB, d. Modificaciones a los programas, e. Barreras en la implementación de los programas, f. Ventajas y limitaciones de los programas de IB.

Procedimientos

Durante los meses de agosto y septiembre de 2011, se realizó una invitación a las instituciones que han participado en la investigación y aplicación de las IB. El proceso de entrevistas tuvo una duración de un año.

Las entrevistas se realizaron en los espacios de trabajo de cada uno de los actores. En este contexto se le informó al entrevistado los motivos del estudio, el carácter confidencial del mismo y su autorización para grabar los datos.

Se realizó una entrevista por participante con una duración aproximada de dos horas, la cual se dirigió a la identificación y comprensión de la perspectiva del informante sobre diversos aspectos de su experiencia en el ámbito de trabajo, la aplicación de los programas de intervención breve, las dificultades en su aplicación, las modificaciones realizadas al manual y las posibles soluciones.

Análisis de la información

Los diálogos de las entrevistas se transcribieron en su totalidad. Posteriormente, se confrontaron los registros auditivos con los registros en papel para corregir los posibles errores. El análisis incluyó, en un primer paso, repetidas y cuidadosas lecturas de cada una de las entrevistas, con el propósito de localizar y organizar los temas abordados pertinentes con el objetivo de la investigación. El segundo paso consistió en realizar una clasificación más fina de los temas para construir categorías de acuerdo a los tópicos de la entrevista, y a partir de las categorías se realizó la interpretación y el

análisis de los testimonios en coherencia con los referentes teóricos.³⁴

Consideraciones éticas

Se enfatizó a los participantes que la información obtenida sería estrictamente confidencial, conservando el anonimato al asignar un seudónimo a cada entrevistado. Asimismo, a fin de obtener su consentimiento informado, se reiteró el carácter voluntario de su participación. Se les informó la finalidad y el uso que recibiría la información y su permiso para grabar las entrevistas. El Comité de Ética en investigación de la Universidad Autónoma de Aguascalientes aprobó el protocolo de investigación.

RESULTADOS

A. Características sociodemográficas de los participantes

La muestra se conformó por cuatro investigadoras que han llevado a cabo procesos de transferencia de la tecnología en el campo de las adicciones en los últimos cinco años; ocho terapeutas mujeres y cuatro directivos (dos hombres y dos mujeres) que aplican programas de IB en Centros de atención en México desde hace tres años en promedio. El rango de edad fue entre 28 a 57 años (con una media de 40.62, $DE = 8.72$). Los participantes en el momento del estudio laboraban en alguna de las siguientes instituciones: centros UNEME CAPA de la Ciudad de México, Centro de Adicciones de la UNAM, Cuerpo Académico de Investigación en Adicciones de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) (tabla 1).

Tabla 1. Características socio-demográficas de los entrevistados

Agente	Género	Profesión	Edad	Experiencia
Terapeuta	Mujer	Psicóloga	35	3 años
Terapeuta	Hombre	Psicólogo	32	3 años
Terapeuta	Mujer	Psicóloga	42	3 años
Terapeuta	Mujer	Psicóloga	28	2 años
Terapeuta	Mujer	Psicóloga	54	4 años
Terapeuta	Mujer	Mtra. en Psicología	37	4 años
Terapeuta	Mujer	Psicóloga	45	3 años
Terapeuta	Mujer	Psicóloga	35	4 años
Directivo	Hombre	Mtro. en Psicología	40	4 años
Directivo	Hombre	Psicólogo	52	4 años
Directivo	Mujer	Psicóloga	35	4 años
Directivo	Mujer	Psicóloga	41	4 años
Investigadora	Mujer	Mtra. en Psicología	57	15 años
Investigadora	Mujer	Dra. en Psicología	42	10 años
Investigadora	Mujer	Dra. en Psicología	47	10 años
Investigadora	Mujer	Mtra. en Psicología	28	5 años

B. Barreras reportadas por los investigadores

Los investigadores reportaron tres tipos de barreras cuando pretendieron poner en operación los programas de IB que habían evaluado en los servicios ubicados en las comunidades, a saber: de la institución, de los terapeutas y de los propios investigadores.

B.1 Barreras institucionales

Con respecto a las barreras institucionales, los investigadores reportan como primer punto las dificultades para adoptar las IB en las instituciones de México debido a procedimientos de índole burocrático, políticas institucionales, aspectos económicos y sociales; se cuenta con bajo presupuesto e infraestructura de apoyo tales como fotocopiado de materiales, viáticos para el personal, espacios físicos para la capacitación e infraestructura tecnológica, entre otros.

Los investigadores están conscientes que los terapeutas deben llenar, por políticas institucionales, múltiples trámites y procedimientos que demoran el proceso de intervención. La siguiente opinión de la investigadora Rocío ilustra lo anterior: *"Es una enorme cantidad de documentos que se tienen que llenar y además la calificación de las pruebas, todo eso lleva mucho tiempo, calificar, contestar, porque hay que tener el expediente físico y el electrónico, entonces son hojas y hojas que a veces acaban llevando a su casa, entre más pacientes más trabajo"*.

B.2 Barreras del terapeuta

Todos los participantes señalaron las dificultades para transmitir los programas de IB en el trabajo a los profesionistas que desconocen las bases teóricas de los mismos, tienen una formación teórica distinta a la cognitivo-conductual o poca afinidad hacia el paradigma. También, reportaron como barrera que cuando reciben capacitación, es difícil por las limitaciones de tiempo incluir en el programa la supervisión de casos reales y recibir retroalimentación y seguimiento.

La investigadora Rocío comenta al respecto: *"Bueno, una de las principales limitaciones, es la de entender las bases teóricas de un programa, generalmente creo que en psicología tenemos tantos modelos y una diversidad teórica, que luego pareciera que los terapeutas quieren encajar, o la gente que se ha capacitado quiere meter la intervención en un modelo que no corresponde"*.

B.3 Barreras del propio investigador

Los investigadores señalaron como barreras las conductas de su propio desempeño que dificultan la transferencia de los programas. Entre éstas destacan las diferencias que pueden encontrarse entre las metas del investigador y las metas reales de la población. *"Ante los tiempos institucionales muchas veces se sacrifica la rigurosidad para probar la eficacia del tratamiento y establecer parámetros de generalización, en aras de implementar un programa que simplemente funcione, aun cuando no se sepa por qué"* (Sandra).

C. Barreras reportadas por los terapeutas

Los terapeutas señalaron como dificultades principales las encontradas en el usuario quien demanda el servicio al centro, al propio terapeuta y a la institución para lograr el uso de la tecnología.

C.1 Barreras del usuario que demanda el servicio

Con respecto a los usuarios, las terapeutas señalaron que es común que al Centro de atención acudan buscando ayuda personas que, por sus características, no son candidatas para las intervenciones, tales como personas con marginación, baja escolaridad, dependencia grave a sustancias, con otros trastornos asociados o bajo situaciones de vida complejas y prioritarias de atención (violencia intrafamiliar, pobreza extrema). María señala al respecto: *"Aquí en el centro yo he notado que muchas veces la barrera es el nivel de estudios. Por ejemplo, con personas que tienen la preparatoria o nivel superior es excelente, sí hacen la tarea, sí leen los folletos, etc. Y con personas que casi no tienen nivel de estudios cuesta más trabajo, entonces ahí me tardo un poquito más platicando con ellos"*.

Ante esta situación, que contrapone una necesidad real de atención y el cumplimiento de criterios de inclusión, los terapeutas tienen que recurrir a situaciones creativas, tales como leer los formatos a los pacientes o hacer las tareas con los adolescentes en la propia sesión.

C.2 Barreras del propio terapeuta

Asimismo, los terapeutas señalaron la presencia de barreras relacionadas con la necesidad de formación en las bases teóricas de los programas de IB, tal como lo expresa Bertha: *"Yo creo que a nivel global, a veces la principal barrera es la formación que tenemos como psicólogos, por ejemplo, tengo algunos compañeros de otros centros que tienen una formación humanista, psicoanalítica, entonces esa formación que tuvieron en la escuela, no necesariamente coincide con las teorías conductuales o cognitivo-conductuales"*.

C.3 Barreras de la institución

A nivel institucional, se reportan dificultades de tipo técnico, que puede resumirse en la imposición de un cumplimiento de "cuotas" de atención de pacientes que dificulta la supervisión y el monitoreo a cabalidad. También señalaron la obligación de llenado de múltiples trámites burocráticos (informes) que limitan el tiempo del terapeuta y bajan su motivación: La opinión de María es clara al respecto: *"Recordé otra barrera que tenemos (...) que a veces no se pueden dar sesiones cada semana. Si vemos que de verdad es un usuario que si lo dejas de ver en una semana puede recaer fácilmente, pues ya haces un esfuerzo pero si hay ocasiones en que por lo menos pasaran quince días, tres semanas en que no nos vemos, entonces creo que eso también influye mucho en la efectividad del tratamiento al final"*.

Por último, los ocho terapeutas entrevistados coincidieron en señalar como una barrera importante la falta de re-

ursos económicos de cada centro, lo cual dificulta tener las fotocopias de los instrumentos y demás materiales que se requieren para la aplicación del programa, lo cual ha obligado a organizarse de tal forma que en algunos centros son los propios terapeutas los que absorben los gastos de reproducir los materiales, o bien, se le solicita al usuario que se haga cargo de tal acción. Un ejemplo es lo expresado por Luisa: *"También podría decir que no tenemos material (los formatos de los programas), pero bueno, nosotros de nuestro dinero lo hemos sacado, mi compañera y yo todo lo dividimos a la mitad, los vamos a imprimir y ya los acomodamos"*.

D. Barreras reportadas por los directivos

Se entrevistaron a cuatro personas que ocupaban puestos directivos en centros de intervención. Uno de ellos, Rodrigo, además de ser directivo se ha formado como investigador y terapeuta. Se lograron identificar tres barreras importantes que a saber de los directivos dificultan la aplicabilidad de las IB, estas son: del terapeuta, de los programas de intervención breve y de la institución.

D.1 Barreras de los terapeutas

Los directivos opinaron que una barrera de algunos terapeutas es la resistencia al trabajo con enfoques cognitivo conductuales. Rodrigo aporta al respecto:

"Yo creo, como ya te dije, que si hay psicólogos contratados con prejuicios hacia este enfoque y ahora hay que ver qué hacemos porque además ya están contratados y no los podemos correr. Ni es ético hacerlo, ni es práctico, entonces ¿ahora qué vamos a hacer? Tenemos que meterles la idea, con capacitación o con otras cosas. Tal vez esa es la barrera más difícil de manejar".

Aunado al desconocimiento o rechazo del enfoque cognitivo conductual, parece ser que la edad y la experiencia del terapeuta se relaciona con el proceso de transferencia de la tecnología, en el sentido que terapeutas más expertos y de mayor edad rechazan con mayor frecuencia el uso de modelos cognitivos conductuales y de los manuales. En palabras de Joaquín: *"Los terapeutas que ya tienen experiencia no aceptan fácilmente los modelos, quieren utilizar sus estrategias que a ellos les funcionan y esto es una dificultad"*.

Los cuatro participantes coincidieron en reportar que la falta de capacitación repercute en la labor de supervisión, ya que es difícil poder verificar la aplicación de un enfoque o modelo que el propio supervisor no conoce a cabalidad.

D.2 Barreras de los usuarios que demandan el servicio en los centros

Los directivos coincidieron con la opinión de los terapeutas sobre las dificultades de ofrecer ayuda a personas que no cumplen con los criterios establecidos para garantizar la eficacia de los programas de IB. Se trata de pacientes poli-usuarios, con daño cognitivo grave, personas con trastornos de personalidad, antisociales, limítrofes, además pobres

niveles de lecto-escritura o no sabe leer ni escribir. Arturo señala al respecto: "El grupo de población al que se puede aplicar cada uno de los modelos es pequeño en relación a la demanda y hay una gran cantidad de personas, sin poder precisar ahorita qué porcentaje solicitan atención, pero que no entran en ninguno de los modelos y hacemos adecuaciones al programa o aplicamos éste o algún otro sistema terapéutico".

D.3 Barreras de la institución

Los directivos reportaron que, como parte de las políticas institucionales, existe rotación entre los coordinadores de los centros lo que causa problemas en el seguimiento y supervisión de los terapeutas. Así como una gran movilidad del personal por cambios gubernamentales o personal que trabaja bajo contrato. En este contexto gira la reflexión de Arturo: "¡Ah bueno! Una de las más importantes es la gran movilidad del personal, o sea, tú llegas, capacitas, la gente queda feliz, empieza a implementar, pero cuando tienes la oportunidad de quedarte ahí por más tiempo el personal cambia, y entonces el que era supervisor de la gente se va (...) y eso implica que tengas que volver a capacitar, y que tengas que volver a dar el modelo en esa misma institución para que se mantenga o se adopte ¿no?...esa ha sido otra muy importante".

En la tabla 2 y en la figura 1 se resumen las barreras encontradas por los investigadores, terapeutas y directivos

que han colaborado en los procesos de transferencia de la tecnología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos permitieron cumplir con el objetivo de identificar las dificultades en la transferencia de las IB en los centros de tratamiento de adicciones mediante el análisis del discurso de los participantes en los procesos de transferencia tecnológica: investigadores, directivos y terapeutas. Estas dificultades se presentan en forma de barreras reportadas por los entrevistados, las cuales se integraron en tres categorías principales: barreras institucionales, barreras relacionadas con el usuario y barreras del terapeuta o investigador.

Los datos muestran convergencias y divergencias ante la percepción de los participantes. Los investigadores parecen tener una visión más amplia y general de la problemática involucrada en la adopción de los programas, tal visión probablemente es resultado de que los investigadores han participado en dos o más roles (directivos, capacitadores y/o terapeutas) lo cual les confiere mayores elementos para poder identificar las variables, circunstancias y condiciones específicas relacionadas con la transferencia de las IB.^{35,36}

Tabla 2. Barreras reportadas por agente

	Tipos de barreras			
	Institucionales	De los terapeutas	De los usuarios	De los investigadores
Barreras reportadas por investigadores	<ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos: Trámites burocráticos, Políticas institucionales, tiempos institucionales vs. tiempo del paciente, Cuotas del paciente, Lenguaje de los manuales demasiado técnico. – Económicas: Carencia o limitaciones en materiales, Infraestructura, Recursos humanos. – Humanas: Comunicación deficiente entre mandos y Creencias y estereotipos que dificultan la capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> – Desconocimiento o poca afinidad con las bases teóricas del modelo. – Dificultades para supervisar y ser supervisados. 	<ul style="list-style-type: none"> – No cumplen con los criterios de admisión especificados en los programas. – Baja escolaridad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Contraste entre metas del investigador y metas reales de la población. – Dificultades para flexibilizar la aplicación del modelo y lograr la adopción. – Dificultades resultantes del uso técnico del lenguaje.
Barreras reportadas por terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> – Dificultades para cumplir "cuotas" de pacientes. – Trabas burocráticas. – Falta de recursos económicos. – Carencia de recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Necesidades de formación en el modelo. – Desconocimiento o no aplicación del modelo. – Falta de capacitación. – Carencia de experiencia en el programa. – Necesidad de entrenamiento en la entrevista motivacional. – Materiales repetitivos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Personas que no cumplen criterios de admisión. – Déficit cognitivo. – Baja escolaridad. – Dependencia. – Situaciones de vida compleja. 	
Barreras reportadas por directivos	<ul style="list-style-type: none"> – Rotación entre puestos. – Económicas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas del terapeuta para trabajar con el modelo teórico. – Necesidad de capacitación. – Edad y experiencia (a mayor edad y experiencia más difícil la adopción). 	<ul style="list-style-type: none"> – Distintas problemáticas, comorbilidad, analfabetismo. 	

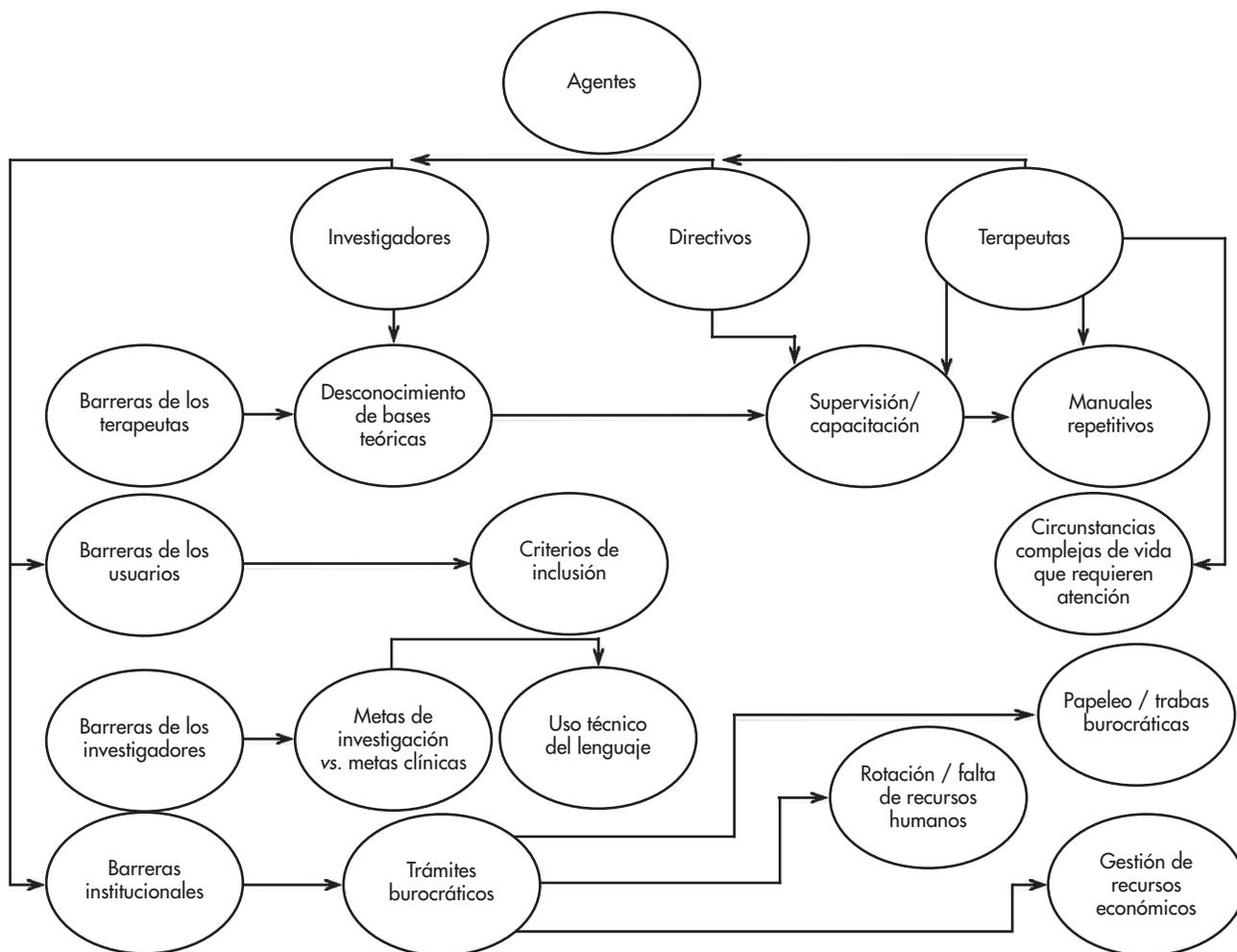


Figura 1. Barreras reportadas por los agentes.

Estos hallazgos pueden discutirse a la luz de las condiciones fundamentales para realizar la transferencia que establece el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. La primera condición apunta a que los individuos y las organizaciones deben ser conscientes de que el nuevo conocimiento existe. La segunda condición es que es importante tener acceso a éste porque existen pruebas creíbles de que el cambio del comportamiento conducirá a una mejor práctica sin gastos excesivos o sin efectos secundarios indeseables.

En el caso de los investigadores, estas dos condiciones se pueden cumplir, al tener la oportunidad de obtener conocimientos actualizados y de primera mano, además al instrumentar los programas en escenarios controlados y por tanto probar su eficacia.³⁷ Por el contrario, los terapeutas tienen una visión más concreta, pero más realista del fenómeno, al tener que enfrentarse de manera cotidiana a los escenarios aplicados donde se presentan múltiples problemáticas en la aplicación de los programas, mismas que ponen a prueba su confianza en la efectividad del tratamiento, y por tanto, dificultan el cumplimiento de la segunda condición

para facilitar la transferencia.³⁸ Lo anterior podría solucionarse al lograr políticas de capacitación continua para ampliar el conocimiento de las bases teóricas que fundamentan la eficacia de los programas y de los manuales, a fin de que los terapeutas analicen las ventajas de su aplicación.³⁹

En su tercera condición, el Instituto de Medicina plantea contar con los recursos humanos, financieros y materiales para lograr el proceso de transferencia tecnológica. En esta investigación los participantes indicaron barreras que dificultan el cumplimiento de este tercer punto; por ejemplo, la demanda de atención de los usuarios con diferentes problemáticas que no cumplen con los criterios de inclusión de los programas de IB. Los terapeutas se enfrentan de manera cotidiana al estrés de tener que proporcionar (o en su caso declinar) la atención a personas que están sufriendo consecuencias graves relacionadas con su consumo. En este caso, el terapeuta debe tener el conocimiento claro de las características de los usuarios para quien sí funcionan los programas de IB y en caso de no cumplir con los requisitos de inclusión, transferirlos a otro tipo de intervención u otro

centro.⁴⁰ Sin embargo, en algunas ocasiones, no es posible transferirlos debido a la carencia de recursos humanos y que no se encuentran disponibles otras opciones de atención, en este caso los terapeutas tienen que tomar decisiones sobre qué acciones realizar con los pacientes que no cumplen totalmente con los criterios de inclusión al programa de IB; ante estas circunstancias, ellos reportan que asumen una postura propositiva realizando adaptaciones que les permiten cumplir su trabajo y el objetivo de la intervención. Por tanto, es importante para futuras investigaciones identificar las adaptaciones realizadas por parte de los terapeutas a fin de evaluar su efectividad en los usuarios, de tal forma que, con el trabajo colaborativo de investigadores y terapeutas, se mejoren las IB y esto pueda facilitar la transferencia de dicha tecnología.

Asimismo, otras barreras señaladas son la exigencia del cumplimiento de tiempos institucionales *versus* tiempos del terapeuta y usuario y la falta de materiales básicos como fotocopias de los manuales. Este tipo de barreras que amenazan el cumplimiento del tercer punto del Instituto de Medicina para lograr la transferencia, implican todo un reto ya que no se desprenden de los programas de IB; sino que son reflejo de las condiciones socioculturales y económicas de México y, por ende, pueden estar presentes mucho tiempo en todos los Centros de atención. En este sentido, ¿habría que adaptar el centro a las características de los programas o los programas a las características del centro? Probablemente, el reto para futuras investigaciones sea trabajar en ambas tareas y tratar de conciliar las diferencias entre el enfoque terapéutico, la operación, y las necesidades específicas de los centros. Asimismo, los centros deben trabajar en una mayor puntualización y seguimiento a los criterios de inclusión de sus usuarios, especificando qué tratamiento debe implementarse y a qué paciente. Así como concordar los requerimientos de los programas al perfil del personal que debe contratarse para cumplir con sus metas. Finalmente, la cuarta condición del Instituto para lograr la transferencia señala que debe garantizarse el uso de la comunicación efectiva y continua para reconocer y solucionar las posibles barreras dentro de una organización. Se piensa que el enfoque de esta investigación que privilegió las opiniones de los participantes a partir de entrevistas cara a cara es un buen inicio para lograr este cuarto requisito.

De forma concluyente, el objetivo final no es otro que lograr la "transferencia" de la tecnología. En este caso, la transferencia y adopción de los programas de IB y realizar ensayos clínicos controlados que permitan demostrar la eficacia. El *quid* del asunto es contar con los recursos y tiempos suficientes para diagnosticar, planear e instrumentar las adaptaciones necesarias; y a la vez establecer mecanismos de acción de la transferencia teniendo como figuras protagónicas a los propios terapeutas, para que ellos mismos, a partir de sus propias experiencias de éxito o fracaso, puedan registrar, sistematizar y evaluar la pertinencia de los cambios que

de alguna forma ya están haciendo a fin de evaluar dichas modificaciones y poder mejorar los procedimientos de las IB.

Limitaciones del estudio

Es relevante señalar las limitaciones y líneas futuras de estudios derivadas de la investigación. La limitación más importante hace referencia al tamaño de la muestra, ya que de acuerdo al enfoque del estudio se incluyó un número limitado de participantes, esta situación aunada a la naturaleza exploratoria del estudio, dificultan la generalización de los datos. No obstante, la experiencia obtenida tras la realización de las entrevistas desde la misma voz de los participantes de procesos de transferencia tecnológica y la sistematización de los mismos, permite plantear algunas líneas futuras de estudio: primera, realizar estudios más amplios que involucren a los diferentes actores relacionados en la prevención y tratamiento de las adicciones en distintas entidades del país e incluir elementos como el clima organizacional, recursos institucionales y características de los integrantes de los centros, además de incluir técnicas metodológicas más refinadas para aumentar la confiabilidad de los hallazgos. Segunda, utilizar la recomendación del Instituto de Medicina de los Estados Unidos,²¹ acerca de realizar ensayos clínicos controlados dentro de las instituciones de servicio y no sólo en los laboratorios de las universidades. Tercera, medir a través de diversos indicadores el éxito o no de la transferencia y adopción. Lo anterior implica el transitar por un arduo camino, donde participan investigadores, capacitadores, directivos y terapeutas, entre otros agentes, con diferentes barreras que deberán superarse a fin de poder lograr el objetivo de la transferencia y la evaluación constante de los programas de IB en los centros de atención a las adicciones.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que participaron en el estudio.

REFERENCIAS

1. Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Ed. Prentice-Hall; 1986.
2. Sobell MB, Sobell LC. *Problem drinkers: Guided self-change Treatment*. New York: Guilford press; 1993.
3. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford; 1991.
4. Newbury-Birch D, Coulton S, Bland M, Cassidy P et al. Alcohol screening and brief interventions for offenders in the probation setting (SIPS trial): a pragmatic multicentre cluster randomized controlled trial. *Alcohol Alcoholism* 2014;49(5):540-548.

5. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Brich D, Schulte B et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol Alcoholism* 2013;49:66-78.
6. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1725-1742.
7. Wilk AI, Jensen NM. Investigation of a brief teaching encounter using standardized patients. *J Gen Intern Med* 2002;17:356-360.
8. Medina-Mora ME, García-Téllez I, Cortina D, Orozco R et al. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Ment* 2010;33:373-378.
9. Martínez KI, Salazar ML, Pedroza F, Ruiz GM et al. Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Ment* 2008;31:119-127.
10. Oropeza R, Medina-Mora ME, Sánchez JJ. Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana Psicología* 2007;24(2):219-231.
11. Lira-Mandujano J, González-Betanzos F, Carrascosa CA, Ayala HE et al. Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Ment* 2009;32:35-41.
12. Carreño S, Berenson S, Medina-Mora ME, Ortiz A et al. Manual del uso responsable de bebidas alcohólicas. Cómo lograr abstinencia o beber en forma moderada. Una adaptación al contexto mexicano. México: CONADIC, 2004.
13. Natera G, Medina PS, Callejas F, Juárez F et al. Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena de México. *Salud Ment* 2011;34:195-201.
14. Martínez KI, Carrascoza C, Ayala HE. Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Revista Salud Pública México* 2003;45(1):5-11.
15. Vargas E, Martínez KI, Pedroza FJ, Morales S. Incursión del programa de intervención breve para adolescentes en el E-learning: resultados del piloto. *Investigación Ciencia* 2012;20(55):42-47.
16. Modelo de Atención de las UNEME-CAPA "Centros Nueva Vida". México: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones; 2012.
17. Morales S, Martínez KI, Carrascosa C, Chaparro AA et al. Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Salud Drogas* 2013;13(2):109-116.
18. Rojas E, Real T, García-Silberman S, Medina-Mora ME. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Ment* 2011;34:351-365.
19. Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network Technology Transfer Workgroup. Research to practice in addiction treatment: key terms and a field-driven model of technology transfer. *J Substance Abuse Treatment* 2011;41:169-178.
20. Benedyk M, Berglund L, Facciotti M, Mobley W et al. Strategies for innovation and interdisciplinary translational research: research and career benefits and barriers. *J Investigative Medicine* 2009;57:477-481.
21. Institute of Medicine. Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment. Committee on community-based drug treatment. Lamb S, Greenlick M, McCarty D (eds.). Institute of Medicine. National Academy Press, Washington DC. <http://www.nap.edu/catalog/6169.html>. 1998.
22. Aarons GA, Hurlburt M, McCue S. Advancing a conceptual model of evidence-based practice. *Implementation Public Service Sectors* 2011;38:4-23.
23. Addis ME, Wade WA, Hatgis C. Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1999;6:430-441.
24. Williams F, Gibson D. Technology transfer: A communication perspective. Londres: Sage Publications; 1990.
25. Martínez KI, Carrascosa V, Ayala H. Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública Mex* 2003;45:5-12.
26. Medina-Mora ME, Rojas E, Real T. Tendencias recientes en el panorama epidemiológico de México ¿Por qué es importante el tratamiento? En: Echeverría SL, Carrascoza VC, M. Reidl L (eds.). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: Facultad de Psicología, UNAM; 2007.
27. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Dierberger AE. Psychotherapists' views of treatment manuals. *Professional Psychology: Research Practice* 2000;31:404-408.
28. The Addiction Technology Transfer Center Network. The change book: a blueprint for technology transfer. Segunda edición. Kansas City: Addiction Technology Transfer Center; 2004.
29. Berger LK, Otto-Salaj LL, Stoffel VC, Hernández-Meier J et al. Barriers and facilitators of transferring research to practice: an exploratory case study of motivational interviewing. *J Social Work Practice Addictions* 2009;9:145-162.
30. Horigian VE, Marín-Navarrete R, Verdeja RE, Alonso E et al. Technology transfer for the implementation of a clinical trials network on drug abuse and mental health treatment in Mexico. *Revista Panamericana Salud Pública* 2015;38(3):233-242.
31. Horigian VE, Espinal PS, Alonso E, Verdeja RE et al. Readiness and barriers to adopt evidence-based practices for substance abuse treatment in Mexico. *Salud Ment* 2016;39(2):77-84.
32. Marín-Navarrete R, Horigian VE, Medina-Mora ME, Verdeja RE et al. Motivational enhancement treatment in outpatient addiction centers: a multisite randomized trial. *International J Clinical Health Psychology* 2016;16(2):1-11.
33. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company; 1967.
34. Kvale S. Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Newbury Park, CA: Sage; 1996.
35. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science* 2005;6(3):151-175.
36. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2009;28(3):301-23.
37. National Institutes on Health (NIH). Dissemination and Implementation Research in Health. Program Announcement (en la pág. <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-07-086.html>). 2007.
38. WHO. ICD-10 Diagnostic criteria for research. En la página: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/icd_10/en/index.html last open 16062013. 2013.
39. Martínez KI, Medina-Mora ME. Transferencia tecnológica en el área de adicciones: El programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Ment* 2013;36(6):505-512.
40. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), No 43: Brief intervention for alcohol problems. Alcohol alert [serial en Internet]. En la página: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa43.htm>. 1999.