





## **Adhesión al tratamiento: estadios y procesos de cambio en adicciones**

**Orfali Jorquera, Pilar Andrea**

Universidad Autónoma de Chile, Chile.

**Solís Martínez, Josefa Camila**

Universidad Autónoma de Chile, Chile.

Correspondencia Orfali Jorquera, Pilar Andrea e-mail: [\*\*pilarorfali@gmail.com\*\*](mailto:pilarorfali@gmail.com)

# Adherence to treatment: stages and processes of change in addictions

## RESUMEN

Los pacientes con drogodependencia presentan altos índices de abandono terapéutico, requiriéndose mejoras que garanticen su adhesión al tratamiento. El objetivo de esta investigación es comparar las etapas de estadios y su relación con los procesos de cambio según el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, en una muestra de 49 usuarios en tratamiento por adicción, validando la Escala de Evaluación al Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) y el Cuestionario de Procesos de Cambio en Adicciones en este tipo de población. URICA alcanzó un  $\alpha=0,91$  y Procesos de Cambio un  $\alpha=0,81$ . Se encontró relación entre el estadio de contemplación con los procesos de aumento de concienciación, relieve dramático, reevaluación ambiental, auto-reevaluación y liberación social. El estadio de acción se asoció con los procesos de relaciones de ayuda, manejo de contingencias, autoliberación, contracondicionamiento y control de estímulos. Finalmente, el estadio de mantención se relaciona con contracondicionamiento y control de estímulos. Conocer en qué estadio y proceso de cambio se encuentra la persona en base a estos instrumentos, permite planificar estrategias de intervención, facilitando el desplazamiento del paciente de una etapa del cambio a la siguiente, además de disminuir la deserción terapéutica.

## PALABRAS CLAVE

Drogodependencia; adicción; procesos; estadios; cambio terapéutico.

## ABSTRACT

Patients with drug dependence have high rates of therapeutic abandonment, requiring improvements that guarantee their adherence to treatment. The objective of this research is to compare the stages of Stadiums and their relationship with the change processes according to the Prochaska Transtheoretical Model and DiClemente, in a sample of 49 users in addiction treatment, validating the change evaluation scale of the University of Rhode Island (URICA) and the addiction change process questionnaire in this type of population. URICA reached an  $\alpha = 0.91$  and change processes an  $\alpha = 0.81$ . A relationship was found between the contemplation stage with the processes of raising awareness, dramatic relief, environmental re-evaluation, self-evaluation, and social liberation. The action stage was associated with the processes of Aid relations, contingency management, self-liberation, counterconditioning, and stimulus control. Finally, the maintenance stadium is related to counterconditioning and stimulus control. Knowing in which stage and change process the person is based on these instruments, allows planning intervention strategies, facilitating the movement of the patient from one stage of the change to the next, in addition to reducing therapeutic attrition.

## KEYWORDS

Drug dependence; addiction; processes; stages; therapeutic change.

## INTRODUCCIÓN

El Informe Mundial Sobre Drogas realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2018), informa que a lo menos 275 millones de personas a nivel mundial, equivalentes a un 5,6%, han consumido sustancias ilegales al menos una vez dentro del año 2016 (ONUDD, 2018). En Chile las cifras entregadas por el último informe realizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2018), del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, correspondiente al décimo segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile en el año 2016, indica que la droga con mayor consumo es la marihuana, seguida por la cocaína, pasta base, alcohol y tabaco, destacando que la marihuana alcanzó en el año 2016 el mayor incremento desde el año 2010, con un 14,5% del total (SENDA, 2016).

En Chile, desde el año 2010 la consulta por tratamiento ante un consumo problemático por drogas aumentó en un 19%, con lo cual las estrategias de tratamiento, el acceso a este y la permanencia de los pacientes en estos programas, se han constituido en un importante problema de salud pública (SENDA, 2018). Pero eso no es todo el problema, según cifras de SENDA (2018) en el año 2017, 25.750 personas en todo el país iniciaron un tratamiento por drogodependencia, de las cuales más 3.857, ya habían recibido uno anterior pero lo habían abandonado antes de recibir el alta médica o bien sufrieron recaídas, volviendo a solicitar ayuda terapéutica.

Por eso, no sólo el alto nivel de consumo es un problema sino que además una de las principales dificultades que hace más difícil la lucha en contra de las adicciones es la baja adhesión a los tratamientos (SENDA, 2018), ya que el 49% de los usuarios que son tratados abandonan los programas antes de que finalicen, siendo casi parejo el abandono entre hombres y mujeres (55% en hombres y un 45% en mujeres).

Entre las principales estrategias de intervención y tratamiento a nivel internacional destaca la estrategia terapéutica basada en los estadios y procesos de cambio del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982). Los estadios, corresponden a etapas por las que las personas drogodependientes pasan para lograr cambiar su comportamiento problemático, en este caso relacionado con el consumo de drogas, así los estadios son fenómenos que progresan de manera temporal, conceptualizándose en seis etapas de acción. Mientras que los procesos, representan el cambio, al ser entendido como un proceso a través del tiempo (Prochaska & Velicer, 1997).

En primera instancia, se encuentra el Estadio de Precontemplación, con una duración esperada de seis meses, en el cual la persona no desea hacer nada para cambiar su comportamiento. Luego en segundo lugar, se pasa al Estadio de Contemplación, en donde sí se tiene la intención de realizar un cambio en un futuro próximo, pero al analizar las dificultades, los pacientes suelen estancarse en esa etapa. En tercer lugar, se encuentra el Estadio de Preparación, caracterizado por haber realizado un plan de acción para generar un cambio en el comportamiento, como, por ejemplo, consultas médicas y búsqueda de información. Luego en cuarto lugar, los pacientes pasan al Estadio de Acción, en el que se generan cambios observables en la vida de los sujetos, los que serán objeto de motivación para que se continúe con el tratamiento, pero al mismo tiempo, puede que se tenga la percepción errónea de que el tratamiento ya ha producido cambios, pero es necesario seguir en este. El quinto, corresponde al Estadio de Mantención con particular atención a la prevención de recaídas, pudiendo extenderse desde seis meses hasta cinco años. Finalmente, el Estadio de Terminación que corresponde al más difícil de lograr, ya que, no existe posibilidad de que haya recaídas dado que las personas han cambiado definitivamente los hábitos no saludables, lo que debiera mantenerse durante toda su vida (Prochaska & Velicer, 1997).



Los procesos de cambio, corresponden a actividades que se utilizan para avanzar en los estadios, de su análisis y estudio se han identificado diez tipos diferentes de procesos (Prochaska & Velicer, 1997). El aumento de la conciencia o concienciación, se produce cuando la persona drogodependiente evalúa los antecedentes y las consecuencias de su comportamiento problemático. El proceso de relieve dramático se caracteriza por el aumento de la emoción en las experiencias para así iniciar el cambio. El proceso de auto-reevaluación involucra poder analizarse a sí mismo con y sin el consumo problemático de la sustancia, realizando una reflexión al respecto. La reevaluación ambiental, es similar al anterior, pero con el foco de análisis puesto en el entorno del paciente. La auto-liberación es referida a la creencia de que es posible realizar un cambio y el compromiso de hacerlo, esto se programa mayoritariamente en fechas importantes para la persona. La liberación social, es la oportunidad dada por la sociedad para facilitar el cambio. El contracondicionamiento cambia una conducta no saludable por una que sí sea saludable, para mantenerla en el tiempo. En el control de estímulos, se busca eliminar las señales de comportamiento de riesgo para los individuos. El manejo de la contingencia, se desarrolla en base a las consecuencias de las acciones realizadas, a través de refuerzos y castigos por parte de otros y del mismo sujeto. Por último, las relaciones de ayuda, hacen referencia a la capacidad de crear redes de apoyo y lazos de confianza con otros para optimizar el proceso de cambio (Prochaska & Velicer, 1997).

La investigación empírica a nivel internacional del modelo transteórico en drogodependencia, aborda principalmente el estudio de los estadios de cambio, pero se ha prestado poca atención a los procesos de cambio, por lo que existe escasa bibliografía sobre esta temática (Santos, González, Fons, Forcada & Zamorano, 2001). Es de gran relevancia conocer en qué estadio y proceso de cambio se encuentra una persona para así adecuar el tratamiento a sus necesidades, ya que pueden estar o no preparadas para enfrentar esas etapas del cambio, evitando o minimizando los errores y optimizando sus potencialidades, lo que resulta fundamental a la hora de marcar la diferencia entre el éxito o el fracaso terapéutico (Calvo, Alba, Servan & Pelaz, 2001). Por lo anterior el objetivo de esta investigación es relacionar las etapas de estadios y los procesos de cambio según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, en pacientes que se encuentran en tratamiento por adicción a sustancias, considerando la adherencia a los tratamientos en sujetos adultos con adicciones mientras se encuentran en un proceso terapéutico en algún centro de atención de la Región Metropolitana de Santiago, bajo el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982).

## MÉTODO

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, el diseño es no experimental y transeccional correlacional-causal. La muestra quedó constituida por 49 personas mayores de 18 años con drogodependencia que se encontraban al momento de la medición en tratamiento terapéutico, ya sea sometido a intervención básica, intensiva o residencial, en diferentes centros de rehabilitación de la Región Metropolitana. El muestreo es de tipo no probabilístico, por lo que los resultados no son generalizables más allá de los parámetros de este grupo de personas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Estos sujetos fueron contactados por medio de los centros terapéuticos y de salud en donde realizan el tratamiento, por lo que el acceso a la muestra dependió tanto de la colaboración de los diferentes centros terapéuticos para participar en la investigación, como de la voluntariedad de los sujetos.

### Técnicas de Recolección de Datos

En la presente investigación se han utilizado dos instrumentos. El primero, corresponde a la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA, Basurto, 2017), la cual permite medir la disposición al cambio. Esta escala corresponde a una autoevaluación compuesta por 32 preguntas, con 8 preguntas por

cada uno de los 4 estadios del modelo (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento). Es una escala tipo Likert que permite al sujeto valorar su respuesta del 1 al 5, en donde 1 corresponde a totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo (Basurto, 2017). El cálculo de las subescalas de la prueba de URICA se combinan de la siguiente forma aritmética  $C + A + M - PC$ , permitiendo visualizar el valor de la disposición al cambio, actitud imprescindible al momento de conocer el interés y compromiso que tiene una persona para iniciar el tratamiento (El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE & Gendarmería de Chile, 2006). El cuestionario se encuentra validado al español en diferentes países, por ejemplo en Perú, (Vallejos, Orbegoso y Capa 2015), investigan la validez del instrumento de evaluación del cambio en una muestra de 105 participantes drogodependientes de una comunidad terapéutica y en un centro de tratamiento, demostrando una adecuada fiabilidad reflejada en un Alfa de Cronbach de  $\alpha=0,81$ .

El otro instrumento, corresponde al Cuestionario de Procesos de Cambios en Adicciones, que corresponde a una evaluación de autorreporte. Se busca conocer en que medida la persona se siente identificada con las afirmaciones presentadas debiendo seleccionar entre cinco posibilidades si Nunca (1), Muy pocas veces (2), De vez en cuando (3), Bastantes veces (4) y Muchas veces (5). Este cuestionario, mide los procesos de cambio en personas con conducta problemática, originalmente fue concebido para medir el cambio en fumadores y otras conductas adictivas, y ha sido adaptado para trastornos de la alimentación y problemas de control de peso (Rossi et al, 1994). Este cuestionario fue traducido al español y adaptado a la realidad chilena a partir del Inventario Original de Procesos de Cambio de DiClemente y Prochaska en 1985, por parte de CONACE y Gendarmería de Chile (2006), quedando constituido finalmente por 30 ítems. La consistencia interna se evaluó mediante el Alfa de Cronbach, para cada uno de las diez escalas y los principales componentes, obteniéndose un valor satisfactorio de 0,87. A nivel de escalas la que tuvo un mayor valor de fiabilidad fue Contracondicionamiento con 0,79, mientras que el menor fue Liberación Social con 0,34. Ocho de las diez escalas fueron consideradas con una adecuada consistencia interna al alcanzar coeficientes alfa mayores a 0,6 (Tejero, Trujols, Hernández, Pérez de los Cobos & Casas, 1997).

Para las variables sociodemográficas, se confeccionó un cuestionario con la finalidad de conocer las características sociales de los usuarios tales como su edad, género, estado civil, nivel de estudio y actividad, además se incluyen datos relevantes sobre su adicción como las sustancias problemáticas, tipo y etapa de tratamiento.

### **Técnicas de Análisis de Datos**

El análisis estadístico de los resultados incluye medidas de tendencia central y dispersión, en donde se analizará la distribución de frecuencias, la media, porcentajes, desviación estándar, asimetría, curtosis y el rango de las variables. Para evaluar las diferencias entre las medias de los grupos en las variables se utilizará la prueba T de *Student*. La consistencia interna será evaluada a través del Alfa de Cronbach. Con la prueba Chi-cuadrado se analizarán las diferencias entre las variables categóricas. Utilizando los resultados dicotomizados entre alto y bajo en función del promedio de los estadios de cambio y tipos de procesos de cambio, se procedió a calcular el tamaño del efecto, que posee cada estadio sobre los procesos de cambio, obteniendo las odds ratio (OR), mediante tablas de contingencia 2x2. Estos análisis estadísticos serán realizados con los paquetes estadísticos PASW *statistics* 23.

## RESULTADOS

La muestra incluyó a 49 personas con edades que fluctúan entre los 18 a 61 años ( $M=38,90$ ;  $DE=10,96$ ), 98% de nacionalidad chilena y el 2% peruana. Respecto al género 47 de los sujetos son hombres y 2 son mujeres. En relación al estado civil, 69,4% son solteros, el 22,4% son casados y el 8,1% restante están divorciados o viudos. Un 20% no alcanzó a terminar estudios superiores, el 18,4% tiene educación media completa, mientras que el 14,3% no alcanzó a terminar su educación media. Finalmente, un 51% se encuentra desempleado, un 40,8% trabaja, un 2% realiza labores de hogar y el 6,1% no responde. Las sustancias más consumidas son: cocaína con un 73,5%, alcohol (OH) 59,2%, pasta base 49%, tabaco 38,8%, marihuana (THC) 28,6% y 10,2% otras sustancias.

Con respecto al tipo de tratamiento, 61,2% se encuentra siendo atendido a través de programas residenciales, mientras que el 36,7% se encuentra en uno ambulatorio intensivo. En el cuestionario aplicado se incluía la categoría de ambulatorio básico, sin embargo, en esta muestra no se encuentra ningún sujeto dentro de ese tipo de tratamiento. En relación a la fase de tratamiento en que se encuentran, se obtiene que, el 53,1% de los encuestados está en la fase intermedia de tratamiento, 16,3% en la fase de inicio y un 28,6% de la muestra está en la fase final del tratamiento.

A continuación, en la Tabla 1 se presentan las medias ( $M$ ), desviación estándar ( $DE$ ), curtosis ( $K$ ), asimetría ( $S$ ) y consistencia interna ( $Alfa$ ) de los instrumentos utilizados en la muestra (Cuestionario de Procesos de Cambio en Adicciones y Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island, URICA).

**Tabla 1.** Descriptivos Cuestionario de Procesos de Cambio en Adicciones y Escala de Evaluación del Cambio, Universidad de Rhode Island (URICA).

Muestra = (49)	M	DE	K	S	Alpha	Rango Min - Max
Edad	38,90	10,96	-0,675	0,286	-	18-61
Proceso de cambio total	117,67	17,84	8,066	-2,113	0,91	39-145
Aumento de concienciación	12	1,87	3,032	-1090	0,41	5-15
Contracondicionamiento	12,13	2,84	1,353	-1,398	0,71	4-15
Relieve dramático	9,5	3,50	-0,925	-0,162	0,84	3-15
Reevaluación ambiental	12,95	2,38	3,98	-1,8	0,71	4-15
Relaciones de ayuda	12,22	2,34	2,279	-1,133	0,30	4-15
Manejos de contingencias	12,33	2,34	0,837	-0,964	0,47	5-15
Autoliberación	12,62	2,96	2,196	-1,662	0,82	4-15
Auto-reevaluación	10,88	3,00	0,080	-0,595	0,68	3-15
Liberación social	10,55	2,48	0,243	-0,181	0,29	4-15
Control de estímulos	12,64	2,98	-1,552	2,294	0,92	3-15
Precontemplación	30,95	5,22	-0,340	-0,257	0,66	18-40
Contemplación	36,44	4,33	-1,995	5,073	0,81	19-40
Acción	35,95	3,34	-0,801	0,426	0,63	26-40
Mantención	29,77	4,73	-0,074	-0,576	0,52	20-40
Disposición al cambio total	133,44	12,72	2,201	-1,011	0,81	90-154

Los resultados totales de fiabilidad, tanto de procesos de cambio como de disposición al cambio (estadios) son altos, alcanzando el proceso de cambio total un 0,91 de fiabilidad, mientras que la disposición a cambio total corresponde a 0,81, bastante por sobre el 0,70 considerado como el valor mínimo para que el coeficiente Alfa de Cronbach sea aceptable (Cortina, 1993; Streiner, 2003). Así también se encuentran las variables de contracondicionamiento con 0,71, reevaluación ambiental con 0,71, contemplación con 0,81, autoliberación con 0,82, relieve dramático con 0,84 y, por último, control de impulsos con 0,92.

La determinación del Alfa de Cronbach se utiliza en escalas unidimensionales de entre tres y veinte ítems, lo que explicaría los valores bajo 0,70 apreciados en las variables aumento de concienciación, relaciones de ayuda, manejo de contingencia, auto-reevaluación, y liberación social en procesos de cambio, dado que cada dimensión está constituida por sólo 3 ítems, mientras que, en estadios de cambio, precontemplación, acción y mantención por 8 ítems. No obstante, como el valor mínimo aceptable del coeficiente de fiabilidad depende de la utilización que se le dará del instrumento (Cortina, 1993; Streiner, 2003), es posible afirmar que la fiabilidad es adecuada para los fines de esta investigación.

A continuación, se muestran los resultados que arrojaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los promedios en estadios y procesos de cambio, según las características de los grupos. Los sujetos solteros, divorciados o viudos (sin pareja) alcanzan un promedio significativamente mayor que los casados en el proceso de cambio de Auto-reevaluación, y los sujetos con escolaridad básica o media alcanzan un promedio significativamente mayor en Precontemplación, que aquellos con escolaridad superior (Tabla 2).

**Tabla 2.** Diferencias de medias. Civil - Proceso de cambio.

Muestras		n	M	DE	T
Auto-reevaluación / Estado Civil	Soltero	35	11,4000	2,54605	2,225*
	Divorciado	10	9,1000	3,90014	
Precontemplación / Escolaridad	Viudo	35	11,4000	2,54605	2,225*
	Casado	10	9,1000	3,90014	

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

En cuanto al tipo de sustancia que se consume, se observan promedios significativamente mayores en los consumidores de marihuana, en los estadios de autoliberación y contemplación. El promedio de liberación social es significativamente mayor en los que no consumen cocaína. El promedio de acción es significativamente mayor entre los que consumen pasta base. Y en cuanto a quienes consumen otro tipo de drogas, alcanzan promedios significativamente mayores en el proceso de Relieve Dramático, Manejo de Contingencia, Autoliberación y Auto-reevaluación que los que no consumen otro tipo de drogas (Tabla 3).



**Tabla 3.** Diferencia de Medias. Estadio y Proceso/Tipo de Droga.

	Muestras	n	M	DE	T
Auto-liberación /	Si	13	14,2308	1,09193	3,451*
Marihuana	No	30	11,9333	3,24763	
Contemplación /	Si	12	38,5833	2,23437	2,811*
Marihuana	No	33	35,6667	4,66815	
Liberación social /	Si	33	10,0909	2,41562	-2,168*
Cocaína	No	12	11,8333	2,28963	
Acción /	Si	22	37,3636	2,62851	2,991*
Pasta Base	No	24	34,6667	3,45992	
Relieve Dramático /	Si	5	12,0000	2,12132	2,556*
Otro	No	41	9,1951	3,53001	
Manejo de contingen-	Si	5	14,0000	1,22474	2,823*
cia / Otro	No	40	12,1250	2,37711	
Auto liberación /	Si	5	14,4000	0,54772	3,612*
Otro	No	38	12,3947	3,07157	
Auto-reevaluación /	Si	5	13,0000	1,87083	2,462*
Otro	No	40	10,6250	3,03558	

\*p<0,05\*\*p<0,01\*\*\*p<0,001

En relación al tipo de tratamiento, quienes se encuentran recibiendo uno de tipo residencial presentan medias significativamente mayores en Relaciones de Ayuda, Autoliberación y Acción (Tabla 4).

**Tabla 4.** Diferencias de medias. Procesos – Tipo de tratamiento.

	Muestras	n	M	DE	T
Relaciones de Ayuda	Ambulatorio Intensivo	14	11,1429	2,47626	-2,112*
	Residencial	30	12,7000	2,18380	
Auto - liberación	Ambulatorio intensivo	14	10,9286	3,04995	-2,618*
	Residencial	28	13,4286	2,63071	
Acción	Ambulatorio intensivo	16	33,7500	3,76829	-3,149*
	Residencial	29	37,0345	2,41251	

\* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\* p<0,001

En la tabla 5, se muestra que las personas que se encuentran en una etapa intermedia de tratamiento alcanzan promedios significativamente mayores en los procesos de cambio Auto-liberación y Control de Estímulos.

**Tabla 5.** Diferencias de medias. Procesos – Etapa: intermedio – final.

	Muestras	N	M	DE	T
Auto - Liberación	Intermedio	25	13,6000	2,30940	2,678*
	Otra	17	11,1176	3,31441	
Control de Estímulos	Intermedio	25	13,4800	2,21961	2,236*
	Otra	19	11,4211	3,51688	

\* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\* p<0,001

En la tabla 6, se muestran las asociaciones significativas entre estadio y procesos de cambio. Los datos que no presentan una asociación significativa entre estadios y procesos son aumento de concentración con precontemplación, acción y

mantención; concienciación con precontemplación; contracondicionamiento con mantención; relieve dramático con precontemplación, contemplación y acción; reevaluación ambiental con precontemplación y mantención; relaciones de ayuda con precontemplación, acción y mantención; manejo de contingencia con precontemplación, acción y mantención; Autoliberación con precontemplación y mantención; Auto-reevaluación con precontemplación y mantención; liberación social con mantención; control de estímulos con precontemplación, acción y mantención.

**Tabla 6.** Asociación entre Estadios y Procesos de Cambio.

Proceso de Cambio/Estadio	Chi - Cuadrado	GI
Aumento de concienciación/Contemplación	126,106**	84
Contracondicionamiento/Contemplación	133,754**	96
Contracondicionamiento/Acción	114,324*	88
Relieve Dramático/Mantención	253,384*	204
Reevaluación Ambiental/Contemplación	172,583***	108
Reevaluación Ambiental/Acción	153,355***	99
Relaciones de Ayuda/Contemplación	129,623*	96
Manejo de Contingencias/Contemplación	127,102*	96
Autoliberación/Contemplación	227,926***	120
Autoliberación/Acción	155,872**	110
Auto-reevaluación/Contemplación	175,352**	132
Auto-reevaluación/Acción	151,336*	121
Liberación Social/Precontemplación	237,553**	180
Liberación Social/ Contemplación	162,080**	120
Liberación Social/Acción	140,654*	110
Control de estímulos/ Contemplación	156,246*	120

\* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\* p<0,001

### Estadios y procesos de cambio

Con la finalidad de verificar si existe relación entre los sujetos que alcanzan altos niveles en los estadios de cambio y el tipo de proceso de cambio, los estadios y procesos fueron dicotomizados en base a sus promedios (alto y bajo nivel), procediendo a calcular el tamaño del efecto que posee cada estadio sobre los procesos de cambio, obteniendo las *Odds Ratio* (OR), mediante tablas de contingencia 2x2. El índice de riesgo relativo se estimó mediante tablas de contingencia para conocer el incremento en la probabilidad de presentar altos niveles en estadios y procesos de cambio.

Quienes alcanzan un nivel de contemplación por sobre el promedio, tienen más de cinco veces (OR=5,257) la probabilidad de utilizar como proceso de cambio la reevaluación del ambiente, aumenta cuatro veces (OR=4,250) la probabilidad de utilizar relaciones de ayuda, aumenta en más de seis veces (OR=6,875), la probabilidad de usar como procesos de cambio el manejo de contingencias, aumenta en más de cuatro veces (OR=4,667), la probabilidad de usar como procesos de cambio la autoliberación y en más de cuatro veces (OR=4,222) la probabilidad de utilizar como procesos de cambio la auto-reevaluación.

El estadio de cambio Acción sobre el promedio incrementa más de cuatro veces (OR=4,513), la probabilidad de utilizar como proceso de cambio un aumento de concienciación, once veces (OR=11,250) la probabilidad de usar reevaluación ambiental, y cinco veces (OR=5,556), la posibilidad de que sea utilizado un manejo de contingencias. Por último, alcanzar un nivel de mantención por sobre el promedio

aumenta más de tres veces (OR=3,673) la probabilidad de utilizar como proceso de cambio el relieve dramático y siete veces (OR=7,200) la probabilidad de utilizar auto-reevaluación.

### **Etapas de Tratamiento y Procesos y Estadios de Cambio**

Estar en la fase intermedia de tratamiento aumenta tres veces (OR=3,536) la probabilidad de usar el proceso de cambio de Contracondicionamiento, más de cinco veces (OR=5,714) la probabilidad de usar Autoliberación y más de tres veces (OR=3,536) la probabilidad de usar control de estímulos, cinco veces (OR=5,700) la probabilidad de usar Contemplación y seis veces (OR=6,000) la probabilidad de usar el Estadio de Cambio de Acción. Estar en otra etapa de tratamiento, que no sea la final, incrementa un 18% (OR=0,183) la probabilidad de usar Reevaluación del Ambiente, un 14% (OR=0,143) la probabilidad de usar Autoliberación, un 19% (OR=0,196) la probabilidad de usar el Estadio de Cambio de Contemplación y un 18% (OR=0,188) la probabilidad de usar Acción.

### **Tipo de Tratamiento y Proceso y Estadio de Cambio**

Estar en un programa de tratamiento residencial, incrementa un 20% (OR=0,209) la probabilidad de utilizar como proceso de cambio las relaciones de ayuda, y un 8% (OR=0,087) la probabilidad de emplear Autoliberación. Mientras que en relación a los estadios de cambio, estar en un programa residencial, evidencia un incremento del 23% (OR=0,238) en la probabilidad de utilizar control de estímulos, un 25% (OR=0,254) de incremento en la probabilidad de usar de contemplación, y un 19% (OR=0,191) en la probabilidad de utilizar acción.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en este estudio indican que, existe relación entre los estadios y los procesos de cambio, según el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente en pacientes que se encuentran en tratamiento por adicciones en la Región Metropolitana.

Al igual como ya ha sido descrito en otras investigaciones (Tejero, et al, 1997) el estadio de precontemplación no se relacionó con ningún proceso de cambio, dado que en esta etapa la persona no es consciente de que tiene un problema de adicción, por lo que no ingresa a un proceso terapéutico. La ausencia de relación entre estadios y procesos de cambio es esperable y teóricamente aceptable (Tejero, et al, 1997; Calvo et al. 2001). En este caso los sujetos de la muestra parten en la etapa de contemplación.

El estadio de contemplación se relaciona con los procesos de aumento de concienciación, relieve dramático, reevaluación ambiental, auto-reevaluación y liberación social. Esto significa que la persona es consciente de su problemática, reevalúa su ambiente y lo valora como positivo o negativo, lo que le motiva a solicitar ayuda (Tejero, et al, 1997; Calvo et al. 2001).

En el estadio de acción, se utilizan los procesos de relaciones de ayuda, manejo de contingencias, autoliberación, contracondicionamiento y control de estímulos. Estos últimos, inician en acción y continúan en el estadio de mantención. A través de estos procesos las personas comienzan a valorar las redes de ayuda, especialmente el apoyo que reciben en el tratamiento, el cual les proporciona herramientas para avanzar hacia la siguiente etapa. Asimismo, en el período de acción la persona reconoce sus habilidades y cree ser capaz de realizar el cambio (Tejero, et al, 1997; Calvo et al. 2001).

En esta investigación se han obtenido resultados que no se han evidenciado en otros estudios. En primer lugar, las diferencias significativas que se generan a partir del tipo de tratamiento ambulatorio intensivo y residencial. En este último tipo de tratamiento, predomina el estadio de acción con los procesos de relaciones de ayuda y autoliberación, esto se explicaría por las temáticas que son trabajadas en un programa de tratamiento

residencial, especialmente su vinculación con personas significativas, y donde el usuario aparece como un agente activo de tratamiento (Tejero, et al, 1997; Calvo et al. 2001). Además, existen diferencias significativas en la etapa de tratamiento intermedio, donde predomina el contracondicionamiento, autoliberación, manejo de contingencias, contemplación y acción. Esto se produce posiblemente porque en estas fases la persona comienza a realizar cambios en su motivación y trabaja para avanzar en los diferentes procesos y estadios (Tejero, et al, 1997; Calvo et al. 2001).

Ambos instrumentos resultaron válidos para este tipo de población (Escala de Evaluación al Cambio, Universidad de Rhode Island, URICA y el Cuestionario de Procesos de Cambio en Adicciones). El cuestionario de procesos de cambio alcanzó un muy buen nivel de fiabilidad ( $\alpha=0,91$ ), por sobre lo descrito para otras investigaciones ( $\alpha=0,87$ , Tejero, et al, 1997). Y en el caso de la escala de evaluación al cambio se obtuvo un valor de  $\alpha=0,81$  levemente por debajo del  $\alpha=0,96$ , descrito por Basurto (2017). La relevancia de conocer en qué estadio y proceso de cambio se encuentra una persona en base a los resultados de estos instrumentos, permite diseñar y planificar diferentes estrategias de intervención, facilitando el paso del usuario de una etapa del cambio a la siguiente, y a su vez, hacerlo consciente del grado de motivación, para que se involucre de manera más activa en las decisiones de su propio tratamiento. Además, permite fomentar la adherencia al tratamiento y la vinculación terapeuta-paciente, especialmente al evitar que la persona abandone el tratamiento antes del alta terapéutica. En este caso la recaída forma parte del modelo, aunque no como una etapa, pero se considera parte del tratamiento, donde la recaída se interpreta como “desliz”, pero nunca como un fracaso absoluto en el proceso terapéutico, dado que una recaída permite que vuelva a la etapa anterior dependiendo del grado de conciencia que tenga de su problema. La mayor parte de las recaídas se producen en la etapa de acción y mantenimiento, regresando entonces al estadio de contemplación.

Es fundamental identificar el estadio en que se encuentran los usuarios para ser capaces de anticipar y prevenir la deserción terapéutica, por ejemplo, en la etapa de acción se produce un exceso de confianza que al ser abordada en el transcurso del tratamiento, puede prevenirse una recaída. Asimismo, se busca evitar la elección del tratamiento en base al perfil de la persona, dado que se genera una estandarización en el tratamiento, lo que resulta opuesto al Modelo, y a lo recomendado por SENDA, ya que la individualización del proceso permite entender al paciente como agente activo de su propio tratamiento.

La identificación de los procesos de cambio, permiten adoptar las mejores técnicas y estrategias terapéuticas dependiendo del proceso de cambio que se está tratando (Velázquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001): Por ejemplo en Psicoeducación (toma de conciencia, liberación social y control de estímulos), clarificación de valores (auto-reevaluación), solución de problemas (autoeficacia), establecimiento de metas (autoliberación), planificación de la prevención de recaídas (autoliberación), técnicas de relajación (contracondicionamiento), entrenamiento en asertividad (contracondicionamiento), rol playing (contracondicionamiento), técnicas cognitivas (aumento de la concienciación, reevaluación ambiental, autoliberación, autoevaluación, manejo de contingencia y contracondicionamiento), reestructuración ambiental (control de estímulos), clarificación del rol (reevaluación ambiental), reforzamiento (manejo de contingencia), habilidades sociales y mejora de las habilidades de comunicación (relaciones de ayuda), clarificación de necesidades, (liberación social), evaluación y feedback (aumento de concienciación). Estas estrategias buscan en su conjunto potenciar la adhesión a los tratamientos de los pacientes con consumo problemático de drogas, deben estar orientadas específicamente a los objetivos individuales y grupales en cada caso, adecuando el proceso psicoterapéutico a los estadios, procesos y metas de cada persona.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra lo reducido de la muestra, en este caso 49 personas, lo que demuestra las dificultades que existen para acceder a investigar científicamente este tipo de población, tal como ocurre en la mayoría de otras investigaciones donde el número de sujetos oscila en un rango de 40 a 200 personas, destacando en cada una de esas investigaciones la necesidad de ampliar el número de participantes y aumentar la representación del género femenino. Por otra parte, la mayoría de las investigaciones no consideran de manera integrada la evaluación de procesos y estadios de cambio, sino que las hacen por separado (Tejero, et al, 1997; Calvo et al. 2001; Basurto, 2017), lo que destaca el valor de esta investigación.

Resulta importante considerar que SENDA depende del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, por lo que la confección de políticas públicas y tratamientos, más que creadas desde el ámbito de la salud mental, son elaboradas desde el impacto social que generan las adicciones, dejando de lado aspectos bio-psicológicos fundamentales para un tratamiento y reinserción efectiva. La propuesta de futuras investigaciones incluye la necesidad de evaluar los niveles de cambio del Modelo Transteórico, considerando una evaluación pre y post intervención con este tipo de pacientes, con el fin de verificar la efectividad del cambio y la adhesión al tratamiento, con una muestra de mayor tamaño y que incluya equivalencia por género.

**Financiamiento:** Autofinanciado

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener algún conflicto de interés.

**Recibido:** 02 de mayo de 2019

**Aprobado:** 02 de agosto 2019

## REFERENCIAS

- Basurto, J. (2017). *Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA en adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima Sur* (Tesis de pregrado para optar al título de Licenciado en Psicología). Universidad Autónoma del Perú, Lima.
- Calvo, R., Alba, V., Servan, I., & Pelaz, S. (2001). Procesos de Cambio y factores de resistencia en trastornos de alimentación según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente. *Clínica y Salud* 12(2), 237-251.
- Consejo Nacional de Control de Estupefacientes, CONACE y Gendarmería de Chile. (2006). *Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos: Tomo III*. Recuperado de [http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO\\_CL\\_5230V.3.pdf](http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_5230V.3.pdf)
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill: México.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUDD (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)



- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19 (3), 276-288.
- Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12 (1), 38-48.
- Rossi, S., Rossi, J., Rossi-DelPrete, L., Prochaska, J., Banspach, S. y Carleton, R. (1994) A Processes of Change Model for Weight Control for Participant in Community-Based Weight Loss Programs. *The International Journal of the Addictions*, 29 (2), 161-177.
- Santos, P., González, G., Fons, M.R., Forcada, R., & Zamorano, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones* 13 (2). 147-152.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA (2016). *Observatorio Chileno de Drogas Décimo segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. Recuperado de [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2016\\_Estudio\\_Drogas\\_Poblacion\\_General.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2016_Estudio_Drogas_Poblacion_General.pdf)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA. (2018). *Reporte Sistema Nacional Monitoreo de Tratamiento*. Recuperado de [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2018/03/201801\\_Reporte\\_Tratamiento.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2018/03/201801_Reporte_Tratamiento.pdf)
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*, 80 (1), 99-103.
- Tejero, A., Trujols, J., Hernández, E., Pérez de los Cobos, J., & Casas, M. (1997). Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska and DiClemente transtheoretical model. *Elsevier Drug and Alcohol Dependence*, 47, 31-37.
- Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2015) Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y Confiabilidad en Drogodependientes. *Revista de Psicología: Presentación anual* 9 (1), 52-59.
- Velásquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente. (2001). *Group treatment for substance abuse. A stages of change therapy manual*. Nueva York, NY: Guilford Press.