



TFI

## La motivación para el cambio en el tratamiento de adicciones

Weller Gladys (50369)

Tutora: Dra. Analía Brizzio

Octubre de 2013



## Indice

<b>1. Introducción</b> .....	2
<b>2. Objetivos</b> .....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos Específicos.....	3
<b>3. Marco Teórico</b> .....	3
3.1 Adicciones, dependencia y abuso de sustancias psicoactivas.....	3
3.2 La adicción a sustancias psicoactivas en Argentina.....	6
3.3 Tratamientos de adicciones.....	7
3.4 Modalidad de Comunidad Terapéutica.....	9
3.5 Fase Inicial y Fase Final.....	11
3.6 Programa Andrés.....	12
3.7 La motivación para el cambio.....	13
3.8 Medición de la motivación.....	19
3.9 Entrevista Motivacional.....	21
3.10 Pacientes dependientes con causas judiciales.....	22
3.11 Investigaciones previas.....	23
<b>4. Metodología</b> .....	<b>27</b>
4.1 Tipo de Estudio.....	27
4.2 Participantes.....	27
4.3 Instrumentos.....	28
4.4 Procedimiento.....	28
4.5 Resultados.....	29
<b>5. Discusión</b> .....	<b>32</b>
<b>6. Conclusiones</b> .....	<b>36</b>
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>40</b>
<b>Anexo 1</b> .....	<b>44</b>

## 1. Introducción

El presente trabajo se realizó durante la pasantía en una comunidad terapéutica durante los meses de Marzo a Julio de 2012. Esta Comunidad, ofrece tratamientos de recuperación de adictos a sustancias psicoactivas en diversas fases, desde la internación de los pacientes, su progresivo avance hacia fases ambulatorias intensivas y finalmente la asistencia, más esporádica, de mantenimiento para pacientes que han egresado.

Dada la oportunidad de compartir numerosos días con los pacientes internados y en diversas fases del tratamiento, se tomó contacto con la problemática constante que significa sostener su motivación para realizar los cambios necesarios en sus conductas, que permitan verificar una remisión sostenida de la adicción.

La motivación para el cambio resulta un eje determinante para el avance del tratamiento hasta alcanzar una reinserción vital adecuada para cada uno. Esto es particularmente más complejo en pacientes que llegan a la internación con causas judiciales en curso como principal disparador de su búsqueda de tratamiento y en aquellos que han realizado tratamientos anteriores sin conseguir aún su recuperación.

Esta observación fue compartida con los coordinadores y el Director del Programa, si bien la evaluación del estadio motivacional de cada paciente y el diseño de estrategias terapéuticas que los contemplen no son herramientas difundidas entre los profesionales a cargo de las Comunidades Terapéuticas, cuyo tratamiento está altamente estandarizado y es independiente de la situación motivacional de cada paciente.

Resultó notable la alta tasa de abandono de tratamientos, de los que la comunidad no lleva estadísticas, preocupación que los teóricos de la motivación para el cambio buscan prevenir con la entrevista motivacional ajustando la estrategia de las intervenciones adecuadamente.

Otra observación constante fue la repetición de tratamientos en pacientes que habían abandonado los mismos e incluso entre los que habían obtenido el alta del Programa. Al no haber registro de que dichos pacientes hubieran logrado estabilizarse en los estadios superiores de la motivación, cambiando favorablemente su pronóstico, el cumplimiento del Programa medido solamente en tiempo de abstinencia, empobrece el diagnóstico.

Resulta entonces interesante evaluar si se verifican cambios en la posición interna de los pacientes con respecto a su motivación para mantener un cambio sustentable o, si por el contrario, no aparecen esos cambios cuando las intervenciones no están ajustadas por esta variable, independientemente del tiempo en que los pacientes permanecen dentro del Programa.

Para tener una primera aproximación al tema, se propuso este trabajo con los siguientes objetivos:

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Analizar la motivación para el cambio de pacientes en recuperación de su adicción a drogas en el Programa de una Comunidad Terapéutica.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Comparar los estadios motivacionales en los pacientes diagnosticados con trastornos por dependencia de sustancias en la fase inicial y final del tratamiento realizado dicho programa.
2. Comparar los estadios motivacionales de los pacientes con tratamientos anteriores y los que ingresan para su primer tratamiento en este programa .
3. Comparar los estadios motivacionales de los pacientes del programa con causas judiciales con los que no las tienen.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1 Adicciones, dependencia y abuso de sustancias tóxicas**

El término *adicción* tiene una larga historia a lo largo de la cual ha sido descrito desde diversos modelos de abordaje, que responden, como expresa Miguez (2010), a las representaciones que definen culturalmente el consumo, uso y abuso de sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, que suceden en un medio ambiente que no es neutro y que fija las reglas de su producción, distribución y venta, en cada época.

Como expresa Jara Chagua (2008) en un recorrido histórico del término, sólo a principios del siglo XX, prevalece el término de adicción para patrones compulsivos de consumo, en los siglos XVIII y XIX, los médicos empleaban la palabra adicción para referirse a la pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, ya sea alcohol o drogas. Es Light Torraine, en 1929, quien establece el concepto de dependencia física desde el estudio de casos clínicos de adictos a la morfina.

A partir de la primera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) (American Psychiatric Association, 1952), se emplea el vocablo *adicción* a las drogas, no así el de habituación, que se consideraba dentro de la categoría de trastornos de personalidad sociopática. En otro apartado figuraba el alcoholismo. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1955) el término *adicción a drogas* aparece en su séptima edición, al igual que el alcoholismo. Promediando el siglo XX, en 1957, un comité de expertos sobre drogas de la Organización Mundial de la Salud, define adicción como un deseo irresistible de continuar con su uso, en sujetos que presentan tolerancia y dependencia tanto psíquica como física a sustancias psicoactivas. Para evitar la confusión y mal uso de los términos adicción y habituación, la OMS propone en 1964 reemplazar ambos por *dependencia*, que define como el estado que deriva de la repetida administración de una droga, un uso compulsivo de sustancias. (Jara Chagua, 2008)

Los términos abuso y dependencia son los adoptados por las clasificaciones psicopatológicas vigentes, aunque se mantiene adicción, ahora generalmente vinculado a dependencias sin sustancias, comportamentales, como la adicción al juego, a las compras, a internet, etc.

En la 4° edición revisada del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) se define que la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Y especifica que, aunque no está incluido expresamente en los criterios diagnósticos, es típico

de la mayoría de los adictos, la necesidad imperiosa y urgente del consumo, que se denomina *craving*,

Este es un criterio que sí está incluido en el recientemente publicado DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), manual que elimina la diferenciación entre abuso y dependencia de sustancias tóxicas, definiendo distintos niveles de cumplimiento de criterios para establecer el grado de la patología: 2-3 indican un trastorno leve, 4-5 uno moderado y 6 o más, uno grave. El DSM-V elimina el criterio de conflictos con la ley usado en versiones anteriores, y especifica los tiempos esperados de remisión de la dependencia, en términos de ausencia de los criterios diagnósticos exceptuando el *craving*, ambiente controlado y terapia de mantenimiento necesaria.

Desde los aspectos socio culturales, tal como resume Oblitas Guadalupe (2002) hay diferencias entre las adicciones del pasado y las actuales, y las fundamentales son:

1) la disponibilidad legal e ilegal de sustancias o productos que generan adicciones en las personas, y que se verifican en todo el planeta. A esto contribuye la miniaturización de las sustancias, que facilita su comercialización y transporte.

2) la pérdida del sentido simbólico y de valor cultural que muchas adicciones tuvieron en el pasado, lo que producía un consumo normativizado y ritualizado. Ese consumo estaba sometido entonces, a un control social que evitaba los excesos frecuentes que hoy están facilitados.

3) el cambio social que promueve el individualismo, que incluye la búsqueda del placer inmediato, la búsqueda de la satisfacción de todas las necesidades facilitando la caída en adicciones. Los aspectos económicos y tecnológicos de los últimos 50 años, el incremento de la urbanización a expensas del ruralismo, la falta de referentes y la disponibilidad de dinero que puede emplearse en la adquisición de bienes que producen placer inmediato y contribuyen a crear adicción.

Reducir la demanda de sustancias en personas diagnosticadas con adicción, y las consecuencias negativas para la salud y la sociedad, sólo es posible mediante tratamientos y

programas de reinserción social (Lingstuyl & Urdaneta Vargas, 2010) que faciliten el cambio para el que la persona esté motivada de forma individual y por motivos personales y propios, lo que Deci (1985) denomina *motivación intrínseca*. Actualmente se considera que los clínicos tienen herramientas para inducir y facilitar esta voluntad de cambio, mejorando sustancialmente el pronóstico de los tratamientos (Miller, 1999).

Los criterios y estudios de los últimos años permiten plantear la hipótesis de que las adicciones constituyen un trastorno persistente de la motivación, inducido por sustancias (Lingstuyl Bracho & Urdaneta Vargas, 2010).

### **3.2 Las adicciones a sustancias psicoactivas en Argentina**

Tal como lo analiza Míguez (2000), la preocupación creciente por este consumo llevó a la Subsecretaría Nacional de Prevención y Asistencia de la Drogadicción a encomendar a investigadores del CONICET un estudio de nivel nacional de prevalencia sobre el uso de estas sustancias en 1999. Entre los resultados obtenidos se observa que en los 30 días anteriores a la evaluación, 3 de cada 100 argentinos habían consumido alguna droga como marihuana, clorhidrato de cocaína, sustancias inhalables, alucinógenos, pasta base, opiáceos-anestésicos o crack. De estas personas, el 66% tuvo un monoconsumo, predominantemente marihuana, y el resto una combinación de dos o más sustancias. La edad promedio de inicio del consumo de sustancias se encuentra entre los 13 y 20 años, y el uso de inhalantes se inicia aún más temprano. El estudio mencionado destaca que en el grupo consumidor de sustancias psicoactivas predominan los más jóvenes, con menor educación y con frecuencia en situaciones de mayor vulnerabilidad social.

Dada la importancia del problema, luego de las primeras mediciones de 1989 y 1999, la Subsecretaría Nacional de Prevención y Asistencia de la Drogadicción define realizar mediciones cada dos años desde 2004 hasta la última de 2010, cuyos resultados publica el Observatorio Argentino de Drogas (2013). Se analiza allí el consumo y la prevalencia de vida de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, éxtasis, sustancias inhalantes, tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica, *paco* y otros. Visto el periodo en su conjunto, desde el 2004 al 2010 la proporción de personas que probaron alguna de las



drogas ilícitas se incrementó en casi dos puntos porcentuales en marihuana, medio punto porcentual en cocaína y de casi tres puntos porcentuales para cualquier droga ilícita. Respecto de la pasta base, la tasa se mantuvo en el tiempo.

### **3.3 Tratamientos de Adicciones**

Actualmente se dispone de diversas alternativas de tratamiento para las adicciones, y constantemente se busca perfeccionar las herramientas disponibles para un flagelo social que continúa en ascenso (Oblitas Guadalupe, 2002). Pero se considera que aún antes de comenzar un tratamiento específico, la prioridad es medir el compromiso del paciente. El compromiso se relaciona con múltiples conceptos como la disposición al cambio, la capacidad de establecer alianza terapéutica, la motivación para el cambio, la capacidad de realizar el trabajo y el cumplimiento. Las medidas de la actitud del cliente se utilizan a menudo como indicadores de compromiso ya que las escalas construidas para evaluar las etapas de cambio incluyen esos aspectos actitudinales (Cunningham, Duffee, Huang, Steinke & Naccarato, 2009).

García Llana (2010) hace un resumen de los modelos principales, entre los que se cuentan: los que responden al Modelo Psicodinámico, al Modelo Conductual, al Modelo de Orientación Sistémico y los enfoques familiares además de los individuales. Sus características básicas son:

. Modelo Psicodinámico: suelen ser preferidos por personas que tienen un buen reconocimiento del problema, un fuerte deseo de tratamiento y están dispuestos a tomarlo por el tiempo que resulte necesario para un análisis profundo de su afectividad y conflictos, ya sea en un encuadre individual o en grupos homogéneos. Se busca en esta terapia que los sujetos reconozcan sus deseos inconscientes de volver a consumir en situaciones de estrés, y busca dotarlos de recursos suficientes para regular sus sentimientos y su afectividad.

. Modelo Conductual, basados en la premisa de que una conducta puede aprenderse y desaprenderse de acuerdo a los refuerzos que se reciban como respuesta a la misma. Se aplican en estos tratamientos los conceptos clásicos de reforzamiento de Pavlov y Skinner, cognitivos de Piaget y Bruner y cognitivo-conductuales de Bandura, considerando que se

extinguirán las conductas reforzadas con estímulos negativos y se adoptarán las que, reforzadas positivamente, tenderán a repetirse. En los tratamientos basados en este modelo, se utilizan tanto los condicionamientos clásicos como el operante, hasta lograr la extinción de las conductas autodestructivas y el establecimiento de hábitos saludables.

. Modelo de Orientación Sistémico postula que la intervención debe realizarse teniendo en cuenta a la familia y a la red social de la persona con adicción. Basado en la teoría de los sistemas, la de comunicación humana, el tratamiento, de encuadre preferentemente familiar, se propone realizar en el sistema de relaciones del sujeto, las modificaciones necesarias para que recupere una posición funcional con un rol adecuado a sus características y posición jerárquica en la familia. Suele complementarse con otros modelos para un tratamiento completo que abarque toda la problemática de la persona adicta. La corrección de los patrones disfuncionales de comunicación en las familias contribuyen a la estabilidad futura de los logros alcanzados en el tratamiento (García Llana, 2010). El enfoque familiar aborda a la familia como un grupo de relaciones más que como un grupo de individuos describiendo más lo que ocurre entre las personas y no dentro de éstas. Hace énfasis en cuestiones observables como patrones de interacción familiar, secuencias repetidas, mensajes digitales y analógicos de la comunicación, cercanía o lejanía de los miembros entre otras cosas. Generalmente trabaja con objetivos que pueden o no ser explícitos y es de corta duración en comparación con otros modelos de abordaje (Ramírez Villaseñor, 2001).

Partiendo de estos modelos básicos, se combinan estrategias y herramientas de las llamadas *teorías de alcance medio* para diseñar tratamientos individuales o grupales considerando los casos y las especialidades de los terapeutas, algunos ejemplos son la Escuela Estratégica Estructural, la Familiar Comportamental, la de Teoría de Sistemas de Bowen, etc (García Llana, 2010) sobre las que abundan las investigaciones y los relatos clínicos.

En la última década se verifica un aumento de la investigación sobre los paradigmas de formación dirigida a influir directamente en los procesos cognitivos de la adicción y otras psicopatologías. A grandes rasgos, se han explorado dos vías principales: una en la que el objetivo es cambiar los sesgos cognitivos de motivación desadaptativa y otra en el

que el objetivo principal es aumentar los procesos generales de control, por ejemplo la memoria de trabajo (Wiers, Gladwin, Hofmann, Salemink & Ridderinkhof, 2013).

Estos enfoques son consistentes con una perspectiva de doble proceso en el que la psicopatología se relaciona con una combinación de procesos impulsivos específicos del trastorno y habilidades generales débiles para controlar estos impulsos dada la debilidad de las consideraciones reflexivas a más largo plazo. Los procesos emocionales y motivacionales son importantes en el sistema impulsivo, mientras que el conocimiento de las consecuencias a largo plazo son importantes en el sistema reflexivo solamente (Wiers et al, 2013).

Los autores sostienen que, mientras continúa la profundización de investigaciones en los tratamientos basados en la *doble vía* de un circuito neuropsicológico de impulsos y uno de reflexión, se hace evidente no sólo su interrelación constante, sino que está surgiendo evidencia de que este problema puede ser resuelto mediante el modelado de la interacción entre el desarrollo de la motivación y el control. Arriban así a la conclusión de que la ventana de respuesta se beneficiará entonces de un contexto en que se exploren amplia y alternativamente, un tratamiento cognitivo conductual convencional y entrevistas de motivación (Wiers et al, 2013).

Mientras diversas combinaciones de modelos de tratamiento y enfoques avanzan en las investigaciones, se han desarrollado distintos encuadres de atención: internación, centros de día, centros de medio día, programas ambulatorios y hay uno que desde la década de los '60 se impuso en varios países, Argentina incluida, el Modelo de Comunidad Terapéutica cuyas principales características se detallan en el siguiente apartado y en una de las cuales se desarrolló el presente trabajo.

### **3.4 Modalidad de Comunidad Terapéutica**

Esta modalidad para el tratamiento de adicciones aparecidas hace más de cuatro décadas, partió de la necesidad de independizar el tratamiento de adictos del modelo puramente médico y psiquiátrico. Buscando un abordaje más biopsicosocial, y basándose en las teorías del modelado social de Bandura, el aprendizaje significativo de Ausubel y la

psicología dialéctica de Vigotsky, Luria y Leontiev, sostienen que el sujeto puede ser reeducado cambiando hábitos nocivos por otros más saludables (García Llana, 2010).

Se inspiraron en grupos armados en los hospitales psiquiátricos de Reino Unido, en 1963, cuando la Fundación Daytop Lodge organiza la Comunidad llamada DaytopVille, siendo básicamente grupos de adictos compartiendo sus experiencias en el día a día, incluso con la asistencia de ex adictos como directores. Previamente, Dederich había fundado Synamon en 1958, con el formato de grupos de reunión en su apartamento, donde se trataban los problemas que todos enfrentaban para superar su adicción a drogas o alcohol, donde se establecieron un conjunto de reglas básicas que luego fueron el reglamento básico de las Comunidades Terapéuticas tradicionales. La descripción de esta opción terapéutica está muy bien argumentada por numerosos autores y en particular en la obra del Psiquiatra Social Jones al que se considera como el fundador del movimiento de las Comunidades Terapéuticas y que ha ido detallando su posición en sus sucesivos textos desde 1952 a 1976 (Comas, 2006).

A medida que la complejidad de la patología, incluyendo comorbilidades, fue conociéndose más profundamente, evolucionaron hacia instituciones multidisciplinarias que cuentan en la actualidad con psiquiatras, pedagogos, educadores, asistentes sociales, y otras profesiones pertinentes (García Llana, 2010). Algunos autores especializados como Jones describen el origen de las Comunidades dentro de un enfoque socioterapéutico, por lo que sociólogos y antropólogos también tienen grandes aportes que realizar en este entorno (Comas, 2006).

Se han desarrollado numerosas modalidades de Comunidades Terapéuticas, que tienen en común un pequeño grupo de principios como el ser un entorno libre de drogas donde la abstinencia es requisito, una organización con escalas jerárquicas que marca fases de logro en el tratamiento, un ambiente de modelado social, la instalación de reglas estrictas de comportamiento y su registro, la necesidad de establecer un conjunto de creencias dentro de la comunidad. Buscan la eliminación de las conductas antisociales y delictivas, el desarrollo de un trabajo y actitudes y valores prosociales. Actualmente hay Comunidades de internación y ambulatorias, y hasta se ha diversificado el ámbito en que se desarrollan, desde chacras a casas urbanas, incluso algunas instaladas en espacios de reclusión o como

anexo a instituciones de salud, y, dado el avance de la drogadicción en menores, algunas específicas para niños y adolescentes. En cuanto al tiempo de duración de los tratamientos, originalmente se planteaban programas de entre 12 y 15 meses de duración y actualmente hay una tendencia a acortar esos programas llegando a entre 3 y 12 meses (García Llana, 2010).

Las comunidades terapéuticas, como se ha dicho, definen fases sucesivas de tratamiento, a las que se va accediendo en función a metas logradas, veamos las que marcan el inicio y la finalización del tratamiento.

### **3.5 Fase Inicial y Fase Final**

Las fases en que se divide el programa terapéutico de las comunidades se describen básicamente como orientación-diagnóstico, comunidad terapéutica y reinserción. Tal como las describe la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas (FONGA), en la fase inicial se destacan los aspectos educativos, que luego se mantendrán durante el tratamiento, pero que resultan importantes al inicio para lograr la inserción del paciente en la comunidad, la incorporación de las reglas de vida de la comunidad generando un cambio de hábitos y actitudes que le permitan aceptar los límites que resultan necesarios para su vida cotidiana y la relación con otros. En esta fase también comienzan las intervenciones terapéuticas articulando la terapia grupal, la terapia individual, los grupos familiares y el trabajo en red.

Es una etapa particularmente importante que suele definir la retención de los pacientes en el tratamiento (Lois Ibáñez & Álvarez García, 2009), y en la que se enfrenta toda la complejidad de los diversos orígenes de la derivación que pueden incluir familias que toman la iniciativa de buscar tratamiento para uno de sus integrantes, médicos que advierten el problema en una consulta, psiquiatras, asistentes sociales maestros y profesores que aconsejan y acercan la información, hasta jueces que incluyen en sus sentencias la obligatoriedad de realizar un tratamiento.

Si la adaptación es bien evaluada luego de 3 o 4 semanas, se comienza a trabajar con el residente su contacto con el afuera, iniciando un paulatino ritmo de visitas y encuentros planificados, avanzando hacia salidas en uno de los días del fin de semana a su

hogar. En muchas de las instituciones se desarrollan conjuntamente a esto, programas relacionados con la escolaridad primaria y secundaria y planes de capacitación laboral para adultos. El primero tiene como objetivo la preparación de los jóvenes para el ingreso al ámbito estudiantil. El segundo propone la capacitación laboral del paciente con el objeto de lograr una instancia de inserción laboral.

La última etapa es la reinserción social, con una duración aproximada de ocho meses. En este momento comienza el proceso de externación.

Las fases en que se divide el programa terapéutico de las comunidades se describen básicamente como orientación-diagnóstico, comunidad terapéutica y reinserción. Así se resumen diversas etapas del tratamiento intensivo de re educación, adquisición de nuevos hábitos, instalación de las responsabilidades, acatamiento de reglas muy estrictas de convivencia y participación en todas las actividades que organice la comunidad que son obligatorias para todos los internos (Comas, 2010).

### **3.6. Programa de esta comunidad terapéutica**

El caso particular de la comunidad, se inscribe dentro de la categoría de Comunidades Ampliadas para la recuperación de hombres con adicción a drogas, que cuenta con una casa de internación para la primera fase del tratamiento, casa que también funciona como residencia de día, interconsulta y supervisión psiquiátrica, y otra casa con consultorios externos para tratamientos ambulatorios.

Fue fundada en 1982 con el formato legal de ONG, su casa de internación funciona en la zona norte de la provincia de Buenos Aires. Recibe sus pacientes derivados por las Obras Sociales y también espontáneos que son diagnosticados y admitidos por el Director de la Comunidad, un ex adicto recuperado con muchos años de trabajo en el programa. Trabajan en la Comunidad psicólogos y operadores sociales. Es habitual que se organicen actividades en las que participan diversos educadores como por ejemplo profesores de arte, de meditación, de orientación vocacional.

Mantienen entre 20 y 24 internados, y una cantidad variable de entre 10 y 12 participantes de los grupos de mantenimiento de egresados de la internación que

ocasionalmente participan de otras actividades como competencias de deportes o eventos de prevención en escuelas de la zona.

El Programa incluye grupos paralelos de las personas significativas de los pacientes, uno de padres, otro de parejas, otro de hermanos y amigos, coordinados por terapeutas que intercambian toda la información obtenida en las reuniones semanales de supervisión en la casa de internación.

La Fase inicial del programa es el momento de ingreso a la internación luego de los primeros días de abstinencia. Reciben derivaciones de diversos orígenes, incluso judiciales y en la mayoría de los casos desde los Centros de Derivación Pública de los sistemas de salud pública de los municipios cercanos. Esta fase dura entre 2 y 3 semanas, cuando el interno es evaluado positivamente por los coordinadores y se le asignan las primeras responsabilidades para supervisar alguna de las tareas de la casa. Estas pueden ser estar a cargo del stock de alimentos, supervisar la realización de las comidas, el lavado de la ropa o la limpieza de la casa, tareas que se asignan rotativamente en turnos semanales.

Progresivamente los internos bien evaluados obtienen sus primeros permisos de salida de fin de semana o se les autoriza a recibir visitas, luego tendrán salidas para la búsqueda de trabajo o de oportunidades de estudio. Si no se verifican transgresiones que ameriten un “castigo”, el proceso continuará hasta comenzar a trabajar o retomar los estudios y dormir algunas noches fuera de la casa de internación.

Transcurridos aproximadamente 6 meses desde el ingreso, se decide la externación de los pacientes que hayan conseguido superar las etapas anteriores, ingresando en la Fase Final del Programa. En este momento es cuando se realiza la ceremonia del “alta” que expresa el final de la internación.

Esta última etapa consiste en la asistencia semanal a grupos de mantenimiento dirigidos por un terapeuta en los consultorios externos, grupos conformados por 5 o 6 personas que han sido externadas. Allí se comparte y se supervisan los problemas relativos a la reinserción de los pacientes externados y, si bien no tiene una duración fija, oscila entre 2 y 3 meses de asistencia continua, verificándose luego una más esporádica participación.

### 3.7 La motivación para el cambio

La evaluación y el tratamiento de los drogodependientes es una tarea compleja que debe atender a una constelación de problemas de índole biológica, metabólica, neurológica, conductual, cognitiva y sociológica, sin que sea posible actuar de manera eficaz si se prescinde de una parte de ellos (Pedrero Pérez, Puerta García, Segura López, & Osorio Del Río, 2004). Este panorama configura un escenario de intervenciones desde múltiples disciplinas, que el paciente deberá atravesar por períodos prolongados, en el cual, sostener la motivación para realizar los cambios necesarios, se destaca como un aspecto crítico para mejorar el pronóstico.

La motivación ha sido definida como el conjunto de variables sociales, ambientales e individuales que determinan la elección de una actividad, la intensidad en la práctica de esa actividad, la persistencia en la tarea y el rendimiento (Balaguer, 1990 citado en Zamarripa, 2010) una definición que contiene todos los elementos detallados por Ryan y Deci (2000): energía, dirección, persistencia y equifinalidad, todos los aspectos de la activación y la intención. En su macro-teoría de la motivación humana, la teoría de la autodeterminación formulada por Deci y Ryan en 1985 analiza cuestiones básicas como el desarrollo personal, la autoregulación, metas y aspiraciones de vida, energía y vitalidad, necesidades psicológicas universales, procesos no concientes, y el impacto de la cultura y los ambientes sociales sobre el afecto, las conductas y el bienestar (Deci & Ryan, 2008). Esta teoría es útil para conceptualizar los problemas motivacionales inherentes a la cultura que da énfasis al control coercitivo. Postula que la motivación humana puede ser dimensionada en un continuo que va desde la *amotivación*, o sea la falta de motivación para comprometerse en un nuevo comportamiento, pasando por la *motivación extrínseca* donde el cambio de comportamiento ocurre como respuesta a contingencias ambientales específicas, hasta la motivación autónoma o *intrínseca*, en la cual el cambio de comportamiento sucede en respuesta a razones y deseos determinados por el sujeto. Las investigaciones han demostrado que el cambio más duradero es el motivado intrínsecamente (CONACE, 2008).

Hoy se acepta la gran importancia que tiene la motivación para el cambio en el inicio de un tratamiento. Los datos que muestran que los pacientes muchas veces no



concurrir a los tratamientos o, que aún concurriendo, no cumplen las indicaciones, indican la importancia de trabajar este aspecto, básicamente bajo la forma de entrevista motivacional. Un acercamiento motivacional permite a los clientes estar activos en lugar de pasivos al insistir en que escojan el tratamiento y que asuman responsabilidad por el cambio (Miller & Rollnick, 1999).

Siguiendo los estudios sobre la motivación para el cambio que la definen como una condición dinámica y no estática, se acentúa la necesidad de que los terapeutas enfoquen este aspecto constantemente como valiosa herramienta en los tratamientos con estrategias favorecedoras de su evolución en las diferentes fases del tratamiento (Miller, 1999) Dentro de los modelos que han buscado explicar la motivación para el cambio y las intervenciones asociadas, se destaca el modelo transteorético que Prochaska y Di Clemente desarrollaron a partir de los años '80 cuyas variables y constructos derivan de un amplio abanico de modelos y teorías, y muy diversas escuelas de técnicas de intervención, con un abundante recorrido empírico (Tejero & Trujols, 1998, citados en Ramos Barbero, 2008).

Se ha investigado abundantemente respecto a los determinantes y mecanismos de los procesos de cambio personal, desarrollándose varios modelos sobre como ocurren los cambios de comportamiento. Entre estos están los que ponen el acento en que las consecuencias externas son las responsables principales de movilizar a las personas para generar cambios, otros que ven a las motivaciones intrínsecas como causantes de los cambios (Deci & Ryan, 2000). El proceso de cambio también ha sido visto como una preparación continua más que como una sucesión de etapas separadas. El Modelo Transteorético de Cambio, formalizado por Prochaska y Di Clemente (1985) surge de un estudio de 18 teorías psicológicas y de comportamiento sobre cómo ocurre el cambio, incluyendo los componentes que forman el marco biopsicosocial para entender la adicción. Define etapas que se pueden conceptualizar como un ciclo a través del cual los clientes se mueven hacia adelante. La versión más reciente del citado modelo, desarrolla una concepción global y también diferenciada del cambio en las conductas adictivas, detallando lo que los autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio (Prochaska & Di Clemente, 1992; Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992; Prochaska & Prochaska, 1993, citados en Ramos Barbero, 2008). Estas etapas no se consideran lineales, es decir que el

cliente entra en una etapa y luego progresa directamente hacia la próxima. Se trata de una concepción que, ayudando al clínico a entender mejor el proceso, guía las intervenciones adecuadas a la particular situación de cada paciente (Miller, 1999). Esta concepción define que la variable clave de un tratamiento no es la severidad del patrón de uso de sustancias, sino la preparación del cliente para el cambio.

El modelo transteorético identifica tres aspectos del cambio en las conductas adictivas:

. Los estadios del cambio, o sea la división temporal del proceso de cambio basado en la motivación de cada persona para modificar sus conductas.

. Los procesos del cambio, que aluden a las acciones realizadas por cada persona en su proceso de cambio y que generan transformaciones en sus cogniciones, los afectos, las conductas y las relaciones interpersonales. Un proceso de cambio se define como cualquier actividad que la persona emprende para ayudarse a modificar su pensamiento, sentimientos o conductas.

. Los niveles de cambio, que aluden a los problemas psicológicos de la persona en cada estadio, a lo largo de su proceso de cambio, susceptibles de ser intervenidos en un tratamiento. Es decir, se refieren a *qué* es necesario cambiar para abandonar la conducta adictiva. Estos niveles son: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos actuales interpersonales, conflictos de familia/ sistemas y conflictos intrapersonales (Lois Ibáñez & Álvarez García, 2009; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

Prochaska y DiClemente identifican diez procesos de cambio que explican como sucede el cambio de intenciones, actitudes y conductas:

1.- *Aumento de la concienciación*. Consiste en un incremento del procesamiento de la información asociada al consumo y a los beneficios de modificar la conducta adictiva.

2.- *Autorreevaluación*. Es la valoración afectiva y cognitiva del impacto que la conducta adictiva tiene sobre la manera de ser de uno mismo y sus valores, e incluye el reconocimiento de la significativa mejora que implicaría para su vida modificarla.

3.- *Reevaluación ambiental*. Consiste en una valoración del estado actual de las relaciones interpersonales y su situación vital general, y en el reconocimiento de las consecuencias positivas que traería consigo un cese de la conducta adictiva.

4.- *Relieve dramático*. Es la experimentación y expresión de las reacciones emocionales negativas y sus consecuencias, asociadas a la conducta adictiva.

5.- *Autoliberación*. Representa un compromiso personal que incremente la capacidad de decidir y elegir, implica incorporar la creencia de que uno puede ser la clave de un proceso de cambio, ya que las habilidades necesarias pueden desarrollarse.

6.- *Liberación social*. Representa un aumento en la voluntad del sujeto para adquirir un repertorio personal de alternativas adaptativas, habiendo entendido los efectos personales y sociales de la conducta adictiva.

7.- *Manejo de contingencias*. Es una estrategia conductual que incrementa las probabilidades de que ocurran las conductas de cambio, incorporando auto refuerzos de la conducta saludable.

8.- *Relaciones de ayuda*. Representa la existencia y utilización del apoyo social (familia, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.

9.- *Contracondicionamiento*. Es una estrategia cognitivo-conductual cuyo objetivo es modificar las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras a los estímulos condicionados por la conducta adictiva, desarrollando conductas alternativas.

10.- *Control de estímulos*. Consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo (Santos Diez, González Martínez, Fons Brines, Forcada Chapa & Zamorano García, 2001).

Proponen los autores cinco estadios de cambio que los adictos atraviesan, de manera recurrente, en un proceso completo de recuperación: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En trabajos posteriores a la enunciación del modelo, se incluye a las recaídas como parte del proceso que lleva a un sexto estadio, el de *pre-acción*. A lo que se agrega la definición de un estadio de *finalización*, que se verificaría cuando el ex adicto haya conformado nuevos patrones de conductas distintos al repertorio que ha estado utilizando (Tejero & Trujols, 1998, citados en Ramos Barbero, 2008).

Las etapas o estadios del cambio del Modelo Transteorético se definen como sigue:

. **Precontemplación**: es la etapa en la cual las personas no tienen la intención de cambiar sus conductas en los próximos 6 meses. Pueden hallarse en este estadio por no tener suficiente información de las consecuencias de su conducta o por haber fracasado en

intentos previos lo que los ha desmoralizado. Evitan pensar, leer y hablar sobre su comportamiento de riesgo. Se encuentran a la defensiva, por lo que tendrán una alta resistencia a intervenciones que los presionen para la acción inmediata.

. **Contemplación:** en esta etapa la persona tiene intención de cambiar y potencialmente se espera que haga un intento de modificar sus conductas en los próximos meses. Están concientes de la necesidad de hacerlo, pero aún tienen más peso los factores contrarios al cambio. Pueden permanecer en este estadio un largo tiempo sin asumir el compromiso específico para actuar en consecuencia, autoconvenciéndose de que realizarán el cambio algún día. Aún no están listos para programas que los inciten a la acción inmediata.

. **Preparación:** es el estadio en el que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen el compromiso para hacerlo. Tienen una fuerte conciencia sobre los pros de cambiar y algunos hasta tienen experiencias de procesos anteriores. Comienzan con pequeños cambios y efectivamente intentan cambiar dentro de los próximos 30 días. Son personas que tienen un plan para actuar por lo tanto se benefician mucho de programas orientados a la acción.

. **Acción:** Es la etapa observable de los cambios, en el que las personas avanzan en un período de uno a 6 meses cumpliendo sus objetivos con un nivel creciente de autoeficacia. Tienen una gran conciencia de los pros de cambiar. Es la etapa ideal para las intervenciones y programas estructurados en actividades de cambio. Es importante no perder de vista que es un estadio reconocido como inestable, por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa siguiente sin cimentar los logros alcanzados.

. **Mantenimiento:** Es la etapa de por lo menos 6 meses luego del cambio observado en el que se realizan las tentativas de estabilizarlo. Se trabaja activamente en la prevención de la recaída. Las personas sienten cada vez menos tentación de retomar la adicción, aumentan progresivamente su autoconfianza. Se estima que dura entre 6 meses y 2 años luego de los cambios.

. **Terminación:** Es la etapa final del cambio. Las personas ya no sienten tentación de retomar las conductas de adicción y tienen una firme confianza en que no la repetirán, habiendo desarrollado habilidades para enfrentar las situaciones de exposición (Cabrera, 2000).

En su tratado sobre la entrevista motivacional, Miller y Rollnick (1999) describen las etapas del cambio y las correspondientes intervenciones terapéuticas sugeridas como se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1** . Intervenciones sugeridas para las etapas del cambio. (Miller et al, 1999).

<i>Etapa del paciente</i>	<i>Tareas motivacionales del terapeuta</i>
Precontemplación	Aumento de la duda, aumento de la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.
Contemplación	Inclinación de la balanza, evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar. Aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
Determinación	Ayuda a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.
Acción	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio.
Mantenimiento	Ayuda al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
Recaída	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

Siguiendo las definiciones de los procesos de cambio en espiral, que contemplan como parte del mismo numerosos cambios esperables, incluyendo el retroceso a estadios anteriores a los mejores alcanzados (Prochaska et al. 1991), se advierte la importancia de la evaluación metódica de los adictos en tratamiento, como guía para incluir la utilización de intervenciones diseñadas a tal efecto para cada estadio. El autor destaca este punto habiendo comprobado que las personas necesitan y usan diferentes clases de apoyo motivacional de acuerdo a la etapa de cambio en la que se encuentran y hacia la que se mueven, ya que si se trata de usar estrategias adecuadas de una etapa distinta a la que está atravesando el cliente, el resultado podría ser una resistencia al tratamiento o no cumplir con el mismo (Miller, 1999). Esta aseveración podría resultar especialmente útil para los adictos que atraviesan sucesivos tratamientos sin conseguir una recuperación más estable, repitiendo los procesos sin ser adecuadamente guiados por los terapeutas, por lo que parece interesante analizar si se observan diferencias en este subgrupo de pacientes.

Actualmente, a medida que avanzan las investigaciones de los efectos biológicos de las adicciones y se analizan las personalidades de base en personas dependientes, se acentúa la mirada sobre la necesidad de hacer converger los tratamientos específicos que buscan incrementar los recursos cognitivos y favorecer los procesos ejecutivos con el ajuste al estado motivacional de los pacientes. De hecho se resalta lo complejo del tema haciendo distinciones entre motivación intrínseca y extrínseca, cambio intencionado e impuesto y la diferencia entre estar motivado para el cambio y estar motivado para un tratamiento (Köpetz, Lejuez, Wiers & Kruglanski, 2013).

### **3.8 Medición de la Motivación**

La motivación es multidimensional, no tan solo un campo de acción que pueda medirse con un instrumento o escala. Y existen dificultades específicas en su medición, por ejemplo que las personas a menudo se encuentran en distintos niveles de preparación en lo referido a sustancias diferentes. Una persona puede estar en la etapa de contemplación para el alcohol, en la de precontemplación para la marihuana y el tabaco y en la etapa de acción para la cocaína (Miller, 1999).

Una clasificación aceptada de los instrumentos de evaluación clínica en drogodependencias detalla: Instrumentos de cribado (*screening*); instrumentos de diagnóstico; instrumentos para la evaluación de los problemas relacionados con el consumo; instrumentos para el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica; instrumentos para la evaluación de los aspectos motivacionales y disposicionales (CONACE, 2009).

Dentro de los últimos se incluyen a un conjunto de instrumentos para la evaluación de atributos cognitivos y cognitivo-conductuales relacionados con la dependencia. Una gran parte de los instrumentos de medida en drogodependencias pertenece a este grupo. Entre los aspectos a evaluar están los siguientes: estadios de cambio, motivación para el cambio, balance decisional, expectativas de autoeficacia, nivel de competencia situacional ante situaciones de riesgo, análisis de los episodios de recaídas, etc. Baste citar entre ellos el *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) confeccionado por McConaughy y sus colegas en 1989, el *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ) creado por Annis y Martin, en 1985, el *Situational Confidence Questionnaire* (SCQ) también creado por Annis, en 1987 (CONACE, 2009).

Con respecto a la escala URICA, utilizada en este trabajo y que se describe en Instrumentos, cabe agregar que las puntuaciones de la subescala de este instrumento, se pueden usar para crear perfiles relacionados con las etapas de cambio o para crear una puntuación de preparación sencilla al juntar las puntuaciones de la contemplación, acción y mantenimiento y restar la puntuación de la precontemplación. En varios estudios investigativos, estas puntuaciones se han relacionado con el resultado del tratamiento. Un ejemplo es el uso de estas mediciones en el Proyecto “MATCH”, una investigación clínica que buscaba validar los mejores tratamientos disponibles y las variables destacadas, en varias localizaciones de tratamientos psicosociales para problemas de alcohol con 1,726 clientes, la puntuación de la preparación, predijo la abstinencia de los resultados de bebida en un seguimiento de 3 años (Grupo de Investigación del Proyecto Match, 1997, citado en CONACE, 2009).

### **3.9 Entrevista motivacional**

La entrevista motivacional es un enfoque de terapia breve desarrollada por Miller y Rollnick en 1999, congruente con el enfoque transteórico del cambio terapéutico de Prochaska y Di Clemente en su trabajo con consumidores problemáticos de alcohol, y extendido luego a diferentes clases de adicciones a sustancias, conductas adictivas como el juego compulsivo y hasta en diversos programas de salud que necesitan generar adherencia a tratamientos y cambios de conductas por otras más saludables (CONACE, 2009).

Tal como lo describe Miller (1999) esencialmente, la entrevista motivacional activa la capacidad para el cambio beneficioso que todo el mundo posee, busca una asociación empática con el paciente bajo el supuesto principal de que la responsabilidad y la capacidad para el cambio se encuentran en el usuario, siendo la tarea del terapeuta movilizar esos recursos internos sin asumir que sus intervenciones crearán el cambio sino creando las condiciones que aumenten la motivación y el compromiso (Miller, 1999). La importancia y relevancia que ha obtenido esta herramienta terapéutica, se evidencia en las investigaciones realizadas en tratamientos que la implementan, algunos de cuyos ejemplos se detallan más adelante.

Si bien una de sus bases fue la consejería centrada en el usuario, de Rogers, se diferencia de ella en que la entrevista motivacional emplea estrategias sistemáticas hacia metas específicas. El terapeuta busca activamente crear discrepancia entre el consumo de sustancias y aquello que la persona valora mucho y canalizarla hacia el cambio de comportamiento. Se diferencia de las estrategias de tratamiento cognitivo-conductual en que éstas prescriben e intentan enseñar a los usuarios habilidades de afrontamiento específicas, mientras la entrevista motivacional trabaja conformando las condiciones internas para recibir esas directivas. Las estrategias de la entrevista motivacional se apoyan en los procesos naturales del cambio y en los recursos del usuario. En lugar de enseñarle al usuario como cambiar, el terapeuta construye motivación y extrae ideas del usuario respecto a como podría ocurrir el cambio. A diferencia del entrenamiento en habilidades que supone implícitamente la disposición para cambiar, la entrevista motivacional se focaliza en la motivación como el factor clave para desencadenar el cambio duradero (CONACE, 2009).



Se basa en cinco principios que los autores resumen en: expresar empatía por medio de escuchar atentamente; desarrollar discrepancia entre las metas o valores del cliente y su comportamiento actual; evitar el argumento y la confrontación directa; adaptarse a la resistencia del cliente en lugar de oponérsele directamente y apoyar la autoeficacia y el optimismo. Los autores describen ejemplos de intervenciones posibles para cada estadio de cambio, lo que resultaría en un tratamiento ajustado a las necesidades del paciente y cuya potencialidad está relacionada con el estilo de los terapeutas (Miller & Rollnick, 1999).

### **3.10 Pacientes con dependencia a sustancias y antecedentes judiciales**

Dentro del amplio espectro de análisis de la problemática de la recuperación de adictos, un aspecto de desafío constante para los terapeutas, lo configuran los pacientes que toman el tratamiento como única salida inmediata a una situación legal complicada por causas judiciales en curso, derivados por las autoridades que los juzgan, internados por denuncia de sus familias que no encuentran otra solución para el problema o declarando voluntad propia de realizarlo, luego de acumular problemas legales. De acuerdo al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003), los jóvenes sin hogar, los que han sido expulsados del colegio o los que han dejado de acudir a él, los jóvenes delincuentes o los que han pasado por instituciones de menores corren un mayor riesgo de experimentar con drogas a una edad temprana y de tener problemas relacionados con el consumo de éstas. Estos factores están muy relacionados entre sí y forman en realidad una “red de causas” (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2003). Sin embargo, aunque está comprobada la relación drogas-delincuencia, está vigente el debate acerca de si la droga lleva al delito o el delito favorece la adicción a las drogas (Ramos Barbero, 2008). Y esto se debe a la multiplicidad de factores a considerar para determinar esa relación, un complejo interjuego de factores que difícilmente conseguirán ser explicados universalmente para todos los grupos de consumidores. Las hipótesis de que el consumo genera delitos podría ser comprobado para consumidores de heroína y opiáceos, para consumidores de otras drogas la realización de delitos se “explicaría” mejor por un “estilo de vida” que propiciaría el consumo y las hipótesis de que no existe relación causal

en ninguna de ambas direcciones, sería aplicable a consumidores de marihuana, alcohol y otras drogas (Ramos Barbero, 2008).

Este grupo de personas, con adicción y problemas legales de diferente gravedad, conforman un desafío importante para el tratamiento, por la situación forzada en que llegan a él. Es habitual que las personas que comienzan un tratamiento, piensen que no tienen en realidad un problema, o que no es lo suficientemente grave, por lo que los primeros esfuerzos terapéuticos mejoran mucho el pronóstico de continuidad dedicándose a entender y facilitar la motivación en los primeros contactos (Oblitas Guadalupe, 2002). Luego de que el tratamiento clásico demostrara no ser efectivo para derribar esa resistencia, con la publicación del modelo transteorético en la década de los '80, hay consenso en que los hallazgos de estas investigaciones indican que en el proceso diagnóstico de los comportamientos adictivos debe incluirse el de la motivación para el cambio o disposición motivacional para ingresar a tratamiento. Lo que sin dudas es una indicación general, se vuelve imprescindible en estos casos: incluir intervenciones motivacionales cuando los usuarios se encuentran en las fases de precontemplación y de contemplación; y sólo cuando se ha logrado el paso a la fase de preparación/acción pueden comenzar a implementarse estrategias para el abandono/reducción del consumo de sustancias (CONACE, 2009).

Como reafirma Miller (1999), una recuperación estable no se mantiene sólo mediante presiones externas como las legales, deben provenir de motivación y compromiso interno. Proporcionando intervenciones adecuadas a la etapa de cada persona, los clientes más reacios tienen la oportunidad de volverse partícipes de un proceso saludable de cambio, beneficiándose de la oportunidad de considerar las consecuencias, aún cuando no hayan elegido voluntariamente el tratamiento.

### **3.11 Investigaciones previas**

Además de la exhaustiva evaluación del Proyecto Match mencionado, en las últimas décadas se realizaron numerosas investigaciones teniendo a la motivación para el cambio como variable significativa, algunos de cuyos resultados son:

Da Silva (2005) estudió a 39 adolescentes consumidores de marihuana a través de entrevistas motivacionales e intervención breve. Para los efectos se utilizó la URICA. El 84% de los participantes se situó en el estadio precontemplativo, ello permitió verificar cambios significativos en la fase de precontemplación dado que los adolescentes mostraron mayor conciencia del problema adictivo (Da Silva, 2003 citado en Rojas Valero & Espinoza, 2008).

En 2004, Mc Cambridge y Strang publican un estudio sobre la eficacia de una única sesión de terapia motivacional en la reducción del consumo de tóxicos, la percepción de las conductas de riesgo y la patología asociada a la adicción en los jóvenes. En una cohorte de 200 jóvenes de entre 16 y 20 años, se controló el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales mientras se exploraban sus percepciones. Esa intervención motivacional de una hora de duración fue claramente efectiva en la disminución del consumo de tabaco, alcohol y cannabis (McCambridge & Strang, 2004).

Prochaska relata que en 2001, adaptando la oferta de tratamiento al estado de preparación del usuario, junto a un grupo de colegas contactaron más de 5.000 fumadores y reclutaron para cumplirlo al 80% de los mismos, una tasa que se describe como inmensamente superior a lo esperado en estas acciones. Y en el mismo año, utilizando el mismo estilo de concordancia entre el estado del paciente y la oferta de tratamiento, reclutaron al 85% de 4.500 fumadores para realizar un tratamiento. Probando la consistencia del sistema de ajustar el estadio de las personas con la oferta de tratamiento, también consiguieron incluir en tratamientos adecuados a un 70% de personas abusadoras de alcohol en un campus universitario, aún cuando un 70% de esas personas se hallaba en un estado de precontemplación del problema y sólo el 10% de ellas estaban listas para una acción (Prochaska, 2004).

En lo que hace al abandono de los tratamientos, Prochaska informa un relevamiento de la literatura sobre adicciones, realizado por Connors, Walitzer, y Dermen (2002) en la que hallaron que las tasas de abandono variaron del 50% al 75% comparando la atención estándar con la entrevista motivacional sobre la base del paradigma de las etapas del cambio. De hecho, los pacientes que recibieron una sola sesión de entrevista motivacional,

terminaron el tratamiento del 25% a 50% más a menudo que los que recibieron la atención estándar solamente (Prochaska, 2004).

En una investigación realizada en 2008, en la ciudad de Lima, Perú, se evaluaron la percepción y satisfacción, así como de las intervenciones breves a través del consejo psicológico y sesiones motivacionales del programa “Lugar de Escucha”. El estudio fue de tipo pre-experimental, con un diseño de medición pretest-posttest de un solo grupo. La muestra estuvo constituida por 128 participantes de ambos sexos, con edades de entre 15 y 51 años, consumidores de marihuana, pasta básica de cocaína, clorhidrato de cocaína, inhalantes y alcohol que asistieron al programa. La recolección de los datos de motivación se realizó con la URICA Para medir la eficacia del programa «Lugar de Escucha» se evaluaron los estadios motivacionales de los consultantes, tanto en acogida como en derivación, el grado de satisfacción con relación al servicio recibido y el porcentaje de inserción a los diferentes programas de tratamiento de los consultantes derivados. Los resultados sobre percepción y satisfacción confirman el predominio de las fortalezas del programa. En lo que se refiere a las fases motivacionales, se encontró que las intervenciones de inducción motivacional mantienen y afianzan en el paciente la motivación de cambio de actitud y el nivel motivacional para interrumpir el consumo. De esta manera, de acuerdo con lo encontrado, dichas intervenciones tienden a incrementar su eficacia cuando los pacientes inician el proceso de tratamiento en los estadios de precontemplación y contemplación. Lo encontrado sugiere la necesidad de clasificación de los pacientes en estadios de cambio; lo que puede ser una herramienta útil para el perfeccionamiento de los programas de tratamiento en drogodependencias (Rojas Valero & Espinoza, 2008).

En 2008, Jara Chagua realiza una investigación con 272 pacientes admitidos en tres distintos hospitales de la ciudad de Lima, Perú, que brindan diversos enfoques de tratamiento, ambulatorios y con internación. Realiza pruebas cuatrimestrales del estadio motivacional de los pacientes utilizando la escala URICA a medida que avanzan los tratamientos y al cabo de un año de mediciones concluye que independientemente del modelo y de la modalidad de tratamiento no se verifican cambios significativos en la motivación de los adictos, se observa un alto porcentaje de abandono (62% en un año) y se

demuestra que los programas sin atención específica a la dimensión motivacional, no logran sensibilizar a los pacientes dependientes a sustancias para obtener adherencia que les permita continuar hacia un cambio de conducta (Jara Chagua, 2008).

En 2009, Lois Ibáñez y Álvarez García, publican una investigación realizada con 208 usuarios que acudieron a un tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre, su comportamiento según los estadios de motivación al cambio,-basados en el modelo transteórico de Proschaska y Di Clemente. Un 43% de aquellos que llegaron en el estadio de acción finalizaron el tratamiento con el Alta Terapéutica. Otro dato destacado nos revela que los dos primeros meses son especialmente críticos para los “precontemplativos”, quienes dejan de acudir al centro en un porcentaje reseñable (22%), uno de cada cinco. Los autores concluyen que no sólo conocer el estado motivacional del paciente permite mejorar el resultado general del proceso psicoterapéutico, sino que es un importante aporte al elevar la tasa de retención en el tratamiento (Lois Ibáñez & Álvarez García, 2009).

Los estudios revisados muestran que la evaluación de los estadios de cambio en drogodependencias permite hacer una exploración multidimensional de la conducta adictiva y guiar las estrategias de intervención, mejorando la inclusión en los tratamientos, la retención en los mismos y sus resultados.

En resumen, la problemática de la dependencia a sustancias psicoactivas, descrita como una patología severa, en crecimiento también en nuestro país, amerita un constante trabajo de mejoramiento de los tratamientos y la investigación de sus resultados. Independientemente del modelo elegido para realizarlos, la acumulación de conocimiento indica que dentro de todos los procesos que buscan cambios saludables, la motivación juega un rol definitivo. Bajo el marco teórico de que ésta no constituye un rasgo simplemente presente o ausente, sino que los clínicos tienen la posibilidad de hacer grandes contribuciones a su favorecimiento y sostenimiento, sabemos hoy que los programas que incluyen especial atención al estado motivacional cambiante de los pacientes, usándolo como guía para las intervenciones oportunas, asegura mejores resultados, y genera impactos muy favorables en la salud y en las relaciones y consecuencias sociales. Las

premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación del Modelo Transteorético indican que ninguna teoría explica totalmente la complejidad de los cambios de comportamiento y que hay alto riesgo de que sin intervenciones planeadas según las etapas del cambio, las personas y las poblaciones en general permanezcan detenidos en las etapas iniciales sin concretar los cambios deseados (Cabrera, 2000).

#### 4. Metodología

##### 4.1 Tipo de Estudio

Descriptivo, de diferencia de grupos, de diseño transversal.

##### 4.2 Participantes

La muestra es no probabilística, de participación voluntaria. Está formada por 12 pacientes internados realizando la fase inicial del tratamiento de recuperación de adicciones a sustancias psicoactivas del programa, hombres de entre 19 y 32 años, habitantes de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires, con un nivel educativo entre primario incompleto y terciario incompleto, de los cuales 5 tienen antecedentes judiciales y 7 de ellos han realizado tratamientos anteriores; y 10 pacientes en fase ambulatoria final del mismo Programa, hombres de entre 26 y 39 años, habitantes de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires, con nivel educativo entre primario completo y terciario incompleto, de los cuales 5 tienen antecedentes judiciales y 8 de ellos han realizado tratamientos anteriores. Los datos demográficos se resumen en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Datos demográficos de los grupos inicial y final

	Grupo Inicial	Grupo Final
Promedio de Edad	24,41	30,3
Nivel de Estudios	Primario Incompleto	17%
	Primario Completo	33%
	Secundario Incompleto	25%
	Secundario Completo	17%
	Terciario Incompleto	8%
Causas Judiciales	42%	50%
Reincidentes en el tratamiento	58%	80%

Se utilizó como criterio de inclusión para la etapa inicial que fueran pacientes formalmente internados en esta comunidad, luego de una semana o más de abstinencia, con independencia de la fuente de derivación; para la etapa final, pacientes que han obtenido el alta del Programa y que hayan asistido a las sesiones semanales de mantenimiento por dos meses o más.

El criterio de exclusión para los pacientes de la etapa inicial fue el diagnóstico de esquizofrenia.

### **4.3 Instrumentos**

Se utilizó la Escala URICA de Evaluación para el Cambio (URICA – por sus siglas en inglés *University of Rhode Island Change Assessment Scale*), desarrollada originalmente en 1983 por McConaughy, Prochaska y Velicer. Es un cuestionario autoadministrable que evalúa la situación del sujeto en el continuo de disposición al cambio propuesto por Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico en términos de cuatro etapas de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. La escala tiene 32 ítems, con ocho para cada una de las cuatro subescalas específicas. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos desde 1: *fuertemente en desacuerdo*, hasta 5: *sumamente de acuerdo*. La formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema o adicción concreta sino genéricamente al término “problema” que el evaluador ha definido previamente con el sujeto. Se obtienen puntuaciones para cada una de las cuatro etapas y evaluación del grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio. Se adjunta el original utilizado en este trabajo en Anexo 1.

### **4.4 Procedimiento**

Se aplicó la Escala URICA a 12 pacientes internados en la Comunidad Terapéutica del Programa Andrés que se encontraban en la fase inicial, y a 10 pacientes que se encontraban en la fase final ambulatoria del mismo tratamiento. La administración de la escala fue voluntaria y administrada individualmente, con la presencia de la evaluadora para resolver dudas de los participantes. Antes de proceder a completar el protocolo mostrado en Anexo 1, se acordó con cada participante la acepción de la palabra “problema”

a que se refiere cada pregunta, en todos los casos referido a su adicción a sustancias psicoactivas. Con el fin de que los protocolos fueran anónimos, se reemplazó la indicación de datos por la inclusión de dos preguntas adicionales a la escala relativas a sus antecedentes judiciales y a tratamientos anteriores, datos que en cada caso fueron chequeados en las historias clínicas disponibles en la institución, y que son pertinentes a los objetivos específicos planteados. El tiempo empleado en completar la entrevista fue de entre 10 y 15 minutos, obteniéndose 22 cuestionarios totalmente completos, sin respuestas no válidas.

En primer lugar se estableció el estadio en que se encontraba cada paciente, de acuerdo a la fase en que suma mayor puntaje de respuestas en las que estuvo “sumamente de acuerdo”. Tal como indica el protocolo del URICA, en caso de tener puntuaciones iguales en dos o más estadios, se le adjudicó el más avanzado en el proceso.

Para completar el análisis, los datos obtenidos, debidamente codificados, fueron cargados en el software SPSS. Con las herramientas de ese software, se realizaron las comparaciones de medias para grupos independientes (t de student), con los resultados que se detallan a continuación, considerando una significación menor a 0,05.

#### **4.5 Resultados**

Con referencia al Objetivo 1, en el que se planteaba comparar los estadios motivacionales en los pacientes diagnosticados con trastornos por dependencia de sustancias en la fase inicial y final del tratamiento realizado en la institución, se realizó un análisis de los estadios individuales de los grupos inicial y final, y una comparación de las medias de los estadios de cada uno de esos grupos, que como se ha dicho son grupos independientes de personas diferentes encontrados en el momento de la evaluación en los extremos del tratamiento.

. **Análisis de los estadios individuales:** el cuestionario URICA empleado para la evaluación en este trabajo, y que consistentemente ha demostrado resultados válidos en múltiples investigaciones, permite una clasificación individual de los participantes, situándolos en la etapa que obtiene la puntuación más alta (entre 8 y 40 puntos), lo que resulta una guía para las intervenciones adecuadas a cada etapa (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983). En este sentido, la observación del



grupo de inicio del tratamiento, muestra un 58% de participantes en la etapa de contemplación, 25% en etapa de mantenimiento, 8% en la etapa de acción y 8% en etapa de precontemplación. El grupo que se encuentra finalizando el tratamiento, muestra un 60% en la etapa de acción y un 40% de los participantes situándose en la etapa de contemplación. No se observan casos de participantes en el estadio de precontemplación ni en la etapa de mantenimiento.

- **Análisis de las medias de los grupos:** en cuanto a la dimensión de precontemplación, la prueba t para muestras independientes, no muestra diferencias significativas en la comparación de fase inicial o final del tratamiento.

En la dimensión contemplación, tampoco se verifican diferencias significativas a favor del grupo que inicia el tratamiento y el que lo finaliza.

En la dimensión acción se encuentran diferencias estadísticamente significativas según se trate del inicio o final del tratamiento, a favor de los que finalizan el tratamiento ( $t = -2,126$ ;  $gl = 20$ ;  $p = 0,046$ ) (Media<sub>final</sub> 32,20;  $ds = 3,33$  vs Media<sub>inicio</sub> 26,83;  $DS = 7,36$ ).

Por último en la dimensión mantenimiento no se encuentran diferencias estadísticamente significativas según se trate del inicio o final del tratamiento.

Los resultados se resumen en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Comparación de medias de estadios en Grupos Inicial y Final.

Estadios		N	Media	Desviación típica	t	gl	p
Precontemplación	Inicio	12	20,08	6,317			
	final	10	16,20	2,573			
	Comparación				1,817	20	0,084
Contemplación	Inicio	12	29,83	7,861			
	final	10	32,30	3,945			
	Comparación				-0,900	20	0,379
Acción	Inicio	12	26,83	7,359			
	final	10	32,20	3,327			
	Comparación				-2,126	20	0,046
Mantenimiento	Inicio	12	28,92	4,981			

final	10	25,30	2,908		
Comparación				2,022	20 0,057
n					

Con relación al Objetivo 2, en el que se planteó comparar los estadios motivacionales de los pacientes reincidentes y los que ingresan para su primer tratamiento en este programa, se obtuvieron los resultados siguientes:

- **Análisis de los estadios individuales:** en el grupo inicial, los pacientes reincidentes muestran un 57% de los participantes en el estadio de contemplación y un 43% en mantenimiento. El grupo final de los pacientes reincidentes se compone de un 50% en estadio de contemplación y el restante 50% en acción.
- **Análisis de las medias de los grupos:** los resultados sólo resultan estadísticamente significativos a favor de los pacientes reincidentes en el estadio de Contemplación ( $t= 2,667$ ; gl 20;  $p= 0,01$ ) (Media reincidentes 33,13; DS 3,73 vs Media primer tratamiento 26,29; DS 8,49). En el resto de los estadios, precontemplación, acción y mantenimiento, no se encontraron diferencias significativas.

Los resultados se detallan en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Comparación de medias de estadios en grupos Reincidentes y Primer tratamiento.

Estadios		N	Media	Desviación típica	t	gl	p
Precontemplación	Reincidencia	15	17,13	3,962			
	Primer T	7	20,86	7,010			
	Comparación				-1,604	20	0,12
Contemplación	Reincidencia	15	33,13	3,739			
	Primer T	7	26,29	8,499			
	Comparación				2,667	20	0,01
Acción	Reincidencia	15	30,73	4,743			
	Primer T	7	26,14	8,533			
	Comparación				1,636	20	0,12
Mantenimiento	Reincidencia	15	28,20	4,709			
	Primer T	7	25,29	3,402			
	Comparación				1,461	20	0,16

Con relación al Objetivo 3, en el que se propuso comparar los estadios motivacionales de los pacientes de la comunidad terapéutica con causas judiciales con los que no las tienen, se encontró:

- **Análisis de los estadios individuales:** en el grupo inicial de pacientes con causas judiciales se observa un 60% en contemplación y un 40% en mantenimiento. En el grupo que lo finaliza un 60% en acción y un 40% en contemplación.
- **Análisis de las medias de los grupos:** en la comparación de los pacientes con causas judiciales versus los que no tienen causa, los resultados sólo resultan estadísticamente significativos en el estadio de Precontemplación a favor de los pacientes que no tienen causas judiciales ( $t = -2,112$  ;  $gl = 18,48$ ;  $p = 0,04$ ) (Media <sub>sin causas judiciales</sub> 20,25 ; DS 5,80 versus Media <sub>con causas judiciales</sub> 16,00; DS 3,52). Los resultados se detallan en Tabla 5.

**Tabla 5.** Comparación de medias de estadios en Grupos con Causas Legales y Sin Causas.

Estadios		N	Media	Desviación típica	t	gl	p
Precontemplación	Causas Legales	10	16,00	3,528			
	Sin Causas	12	20,25	5,802			
	Comparación				-2,021	20	0,04
Contemplación	Causas Legales	10	31,80	4,131			
	Sin Causas	12	30,25	7,899			
	Comparación				0,559	20	0,58
Acción	Causas Legales	10	29,90	4,818			
	Sin Causas	12	28,75	7,605			
	Comparación				0,413	20	0,68
Mantenimiento	Causas Legales	10	27,70	5,539			
	Sin Causas	12	26,92	3,579			
	Comparación				0,401	20	0,69

## 5. Discusión

En cumplimiento del primer Objetivo de este trabajo, al comparar los resultados del grupo de 12 pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas que inician el tratamiento con internación en el programa, con el grupo de 10 pacientes que cursan la etapa final del tratamiento, ya externados y asistiendo a las sesiones grupales finales, sólo se encuentran diferencias significativas en el estadio de acción, lo que según el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente (1985) indica una mayoría de pacientes externados que ha realizado una toma de conciencia del problema y una mejor disposición para realizar cambios en sus conductas, pero que no ha completado el cambio deseado hasta haber alcanzado una remisión sostenida de la adicción.

Estos resultados se obtienen en grupos distintos de pacientes que comienzan o han terminado un tratamiento que no incluye la dimensión motivacional en sus intervenciones. Específicamente en este programa, las metas están fijadas en tiempo de abstinencia y el establecimiento de hábitos de convivencia en la comunidad y en diferentes actividades programadas, de modo que resulta esperable no verificar cambios significativos en la disposición motivada de los pacientes para sostener los cambios, alcanzando el estadio de mantenimiento, cuando el problema no es atendido en toda su complejidad (Pedrero Pérez et al, 2004).

La descripción de los estadios de la motivación en un proceso de cambio de conductas disfuncionales, definidos en el Modelo Transteorético de Prochaska y Di Clemente (1992) expresa que las personas se mueven a través de los estadios en forma secuencial hasta alcanzar el de mantenimiento de una manera estable. Las etapas de cambio se refieren a lo temporal, motivacional, y a la constancia del cambio, mientras que los procesos de cambio son aquellas actividades que tienen lugar entre las etapas. Con esto en mente se parte del hecho de poder clasificar a las personas dentro de uno de los estadios de cambio (Alvarez, 2008). Resulta deseable esperar que luego de un tratamiento intensivo, los pacientes arribaran en su mayoría, a la etapa final en el estadio de mantenimiento, en el que permanecerán mientras se consolidan los cambios que se han propuesto en sus vidas cotidianas y entorno (Miller & Rollnick, 1999).

El cuestionario URICA empleado para la evaluación en este trabajo, y que consistentemente ha demostrado resultados válidos en múltiples investigaciones, permite

además de la comparación de medias entre grupos, una clasificación individual de los participantes, situándolos en la etapa que obtiene la puntuación más alta (entre 8 y 40 puntos), lo que resulta una guía para las intervenciones adecuadas a cada etapa (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983). En este sentido, la observación del grupo que se encuentra finalizando el tratamiento, luego de más 12 meses en el programa, muestra aún un 40% de los participantes situándose en la etapa de contemplación, y un 60% en la etapa de acción. No se observan casos de participantes que hayan alcanzado la etapa de mantenimiento, de hecho las puntuaciones en ese estadio son significativamente inferiores a las del grupo de inicio. Esta observación indica que aún serán necesarias intervenciones que estimulen un proceso de cambio que aparece como incompleto (Miller, 1999).

Una observación similar del grupo de inicio del tratamiento, muestra un 58% de participantes en la etapa de contemplación, 25% en etapa de mantenimiento, 8% en la etapa de acción y 8% en etapa de precontemplación. Se considera que los mejores pronósticos se verifican para quienes inician un programa en los estadios de contemplación y acción (Albiach et al, 1996; Albiach et al, 2000; Llinares et al 1996; Llinares et al, 2002; Santos, et al, 1998; citados en Lois, 2009).

Esta medición muestra un 32% de pacientes entre precontemplación y mantenimiento que necesitarán especial atención para su retención y asistencia para lograr que sus cambios resulten estables. De hecho, hay autores que recomiendan que los pacientes que comienzan un tratamiento en estado de precontemplación y mantenimiento, sean derivados a un encuadre más apropiado a su situación, indicando psicoterapia profunda (Rojas & Espinoza, 2008).

En lo referido al Objetivo Nro. 2 en el cual se planteó la comparación de los estadios motivacionales de pacientes reincidentes y pacientes que inician su primer tratamiento, los resultados muestran diferencias significativas en el estadio de contemplación a favor de los reincidentes, lo que es un resultado deseable puesto que en numerosos estudios se verifica que quienes inician un tratamiento en ese estadio obtienen mejores resultados que quienes lo inician en acción o mantenimiento (Rojas & Espinoza, 2008). En el estadio de contemplación los pacientes se encuentran enfocados en las motivaciones extrínsecas para buscar un cambio y se han diseñado estrategias específicas

para que los terapeutas contribuyan a que incorporen las motivaciones intrínsecas que los llevarán a la acción (Miller, 1999).

La observación individual de la evaluación de quienes son reincidentes en el tratamiento porque han sufrido una recaída muestra un 57% de los participantes en el estadio de contemplación y un 43% en mantenimiento. El Modelo Transteorético no considera a las *recaídas* o reincidencias como un fracaso, sino como parte del proceso y la búsqueda de los terapeutas se orienta a evaluar el estadio en que se reinsertan los pacientes para alinear las intervenciones pertinentes. De hecho, es aconsejable el contacto esporádico con los pacientes que han terminado un tratamiento, del mismo modo que se tratan las enfermedades físicas crónicas (Miller & Rollnick, 1999). Al considerar y comunicar al paciente que una repetición del consumo luego de haber logrado la abstinencia, se lo invita a reafirmar su balance decisional y reforzar su autoeficacia, normalizando las acciones que lo encauzarán nuevamente en el ciclo de recuperación. La reincidencia no se considera una etapa, sino un suceso que ocurre en algún momento, a lo largo de un proceso de cambio (Lingstuyll Bracho & Urdaneta Vargas, 2010).

En la muestra observada, el grupo final de los pacientes reincidentes se compone de un 50% en estadio de contemplación y el restante 50% en acción. Nuevamente se observa que los tratamientos aparecen como incompletos atendiendo a la disposición motivacional por lo que se dificulta pronosticar resultados estables, luego de casi un año de programa, sumado a los tratamientos anteriores (Miller, 1999).

En el tercer Objetivo, en el cual se planteó comparar los estadios motivacionales de pacientes que inician su tratamiento con causas judiciales versus los que no las tienen, es importante destacar que los pacientes que realizan un tratamiento con causas judiciales, son desafíos especiales en cuanto a motivación al tener un gran caudal de motivaciones extrínsecas, siendo el problema más frecuente la falta de adhesión al tratamiento. Como se ha dicho, aunque no está definida una relación causal entre la drogodependencia y el delito, se sabe que están relacionados y la intervención en alguno de esos problemas, indirectamente provoca efectos en el otro: al reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo, también disminuye la probabilidad de reincidencia en la comisión de delitos (CONACE, 2006).

En la muestra observada sólo se verifican diferencias significativas en el estadio pre contemplación a favor de quienes realizan el tratamiento sin causas judiciales, lo que denota mayor conciencia del problema en quienes sí las tienen, y una disposición a realizar cambios en los próximos meses, si bien no están listos para programas que los inciten a una acción inmediata, siendo la prioridad retenerlos en el programa (Cabrera, 2000).

En la observación individual del estadio en que se encuentran los pacientes con causas judiciales que inician el programa hay un 60% en contemplación y un 40% en mantenimiento, en el grupo que lo finaliza un 60% en acción y un 40% en contemplación. En estos grupos de pacientes resulta especialmente importante el hecho verificado en múltiples investigaciones, acerca de que la adaptación del tratamiento al estado motivacional de cada uno, asegura una mayor retención en el tratamiento, descartando el concepto generalizado de orientar los tratamientos sólo a la acción desde el inicio. Sólo cuando se ha logrado el paso a la fase de preparación/acción pueden comenzar a implementarse estrategias para el abandono o reducción del consumo de sustancias. (CONACE, 2006).

La búsqueda de los resultados obtenidos en los grupos de inicio del tratamiento, indican a los terapeutas la secuencia de intervenciones que tienen mejor pronóstico de ser aprovechadas por sus pacientes y los momentos adecuados para proponer y apoyar actividades tales como realizar cambios en sus entornos y estilos de vida (Miller, 1999; Pedrero Perez et al, 2004).

La evaluación del grupo final, debería reflejar los cambios obtenidos luego de atravesar el programa, permitiendo no sólo ajustar el momento del alta de cada paciente sino también las pautas generales del tratamiento para probar modificaciones en el estilo y el foco de las etapas para obtener resultados cada vez más satisfactorios. La medición de los subgrupos de personas reincidentes y/o con causas judiciales que ingresan al programa, permitiría la formación de grupos con foco adecuado a su situación. En el caso particular de las comunidades terapéuticas, característicamente integradas por grupos pequeños de no más de 30 pacientes, la herramienta consistente con el modelo transteorético desarrollada por Rollnick y Miller (1999), la entrevista motivacional, cuya aplicación se estima en 30 a

45 minutos cada vez, y cuyos resultados se han validado en diversos programas e investigaciones, puede ser una gran contribución para incrementar la adherencia al tratamiento y optimizar los resultados.

Resulta destacable que los resultados obtenidos corresponden a una muestra pequeña, que solo tiene objetivos descriptivos y en la que, sin embargo se verifica que entre los egresados de un programa sin foco en la intervención motivacional, no se encuentra una mayoría de personas de las que se pueda pronosticar la estabilidad de la abstinencia conseguida.

## 6. Conclusiones

Como detalla Oblita Guadalupe (2002) los efectos de las adicciones no sólo deben considerarse en el corto plazo, sino que su mayor problema son los efectos sobre las personas a mediano y largo plazo. Incluidos los problemas sociales por su impacto en las familias, los problemas legales y la delincuencia, y en ello se basó la importancia atribuída al presente trabajo.

Tal como han definido los autores (Cabrera, 2000; Miguez, 2002; Miller & Rollnick, 1999; Prochaska & Di Clemente, 1988), la motivación no es un rasgo de personalidad existente en el paciente, sino que depende del contexto. Desplaza el énfasis de un adjetivo pasivo de *motivado* al verbo activo de *motivar*. Convirtiendo a la motivación en una parte importante de la tarea del terapeuta. Y definen que su responsabilidad no es sólo dar consejos, sino también motivar-aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio.

De los resultados de numerosas investigaciones revisadas se desprende que la intervención psicológica en drogodependientes debe dirigirse hacia el aumento de la atribución interna y de la capacidad de decisión sobre la conducta adictiva, así como hacia la re estructuración del ambiente de la persona (Santos Diez, González Martínez, Fons Brines, Forcada Chapa & Zamorano García, 2001), una tarea que necesita incluir el factor motivacional metodológicamente fundamentado en el modelo transteorético utilizado como marco conceptual en este trabajo.



El presente trabajo se realizó con la intención de verificar si la situación motivacional de los pacientes que terminan su tratamiento en un programa de comunidad terapéutica indica una remisión de su dependencia, con pronóstico favorable y cambios realizados y en progreso de manera previsiblemente sustentable, de acuerdo a las investigaciones que toman el modelo transteorético. Dado que la comunidad terapéutica analizada no tiene incorporada la dimensión motivacional explícitamente en las intervenciones de sus terapeutas, resultaba esperable que no se encontraran cambios significativos en el grupo inicial y final, por lo que los objetivos se consideran alcanzados, y son consistentes con los hallazgos de otros autores.

Se destaca que la limitación en una muestra que no es representativa, como se ha dicho, se ve agravada por el hecho de que sus participantes son todos del sexo masculino.

En el análisis del subgrupo de pacientes reincidentes, lo interesante de la evaluación reside en entender en cual estadio esos pacientes reingresan al proceso luego de una recaída, con el fin de planear la mejor estrategia terapéutica que los ayude a retomar el compromiso con los cambios más profundamente. En este grupo, los autores recomiendan especialmente contemplar el encuadre más adecuado para cada persona, ya que aquellos que pasan por una recaída y reingresan al proceso en el estadio de acción o mantenimiento, se beneficiarían de una psicoterapia personalizada y profunda (Miller, 1999).

Los pacientes con causas judiciales, principalmente los que inician un tratamiento involuntariamente obligados por las circunstancias o por una sentencia, previsiblemente tienen una resistencia que debe ser tratada con atención, sin invitarlos a la acción hasta estar en una situación de motivación más intrínseca. En este grupo de pacientes, un cuidadoso ajuste en la fase inicial del tratamiento que busque priorizar la adherencia al tratamiento, enfatizando el vínculo con los terapeutas, pronostica un incremento en los resultados (CONACE, 2010).

Los resultados obtenidos son simplemente descriptivos de la situación en una comunidad terapéutica, en un tiempo limitado, y con el fin de conocer la situación en un programa que no tiene estrategias motivacionales específicas en sus intervenciones.

Las conclusiones anteriores, los autores revisados y las investigaciones aportadas, permiten arribar a la recomendación de completar los tratamientos disponibles atendiendo al factor motivacional desde el inicio de cada programa, para lo cual existen instrumentos de medición que han demostrado su eficacia, entre ellos el *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) confeccionado por McConaughy y sus colegas en 1989, el *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ) creado por Annis y Martin, en 1985, el *Situational Confidence Questionnaire* (SCQ) también creado por Annis, en 1987. (CONACE, 2009). Las mediciones servirían como guía fundamental para intervenciones adecuadas a cada resultado y la Entrevista Motivacional desarrollada por Miller y Rollnick (1999), que permite monitorear los cambios que van produciéndose en cada caso para ajustar la estrategia. Claramente aparece la necesidad de entrenamiento de los terapeutas en el tema, una inversión que redundaría en mejores pronósticos y recuperaciones más estables.

La profundización de este trabajo debería orientarse a una medición longitudinal del mismo grupo de pacientes, luego de la implementación de los ajustes propuestos a un programa de recuperación de adicciones. Y claramente, un aspecto muy interesante del tema sería realizar en futuras investigaciones la comparación de resultados a lo largo de los tratamientos, en varias comunidades terapéuticas, ya que si bien comparten características similares, sus estructuras tienen estilos y tiempos diferentes.

Independientemente de las limitaciones de tiempo y tamaño muestral, es destacable que se contó con la total disposición del tiempo y el contacto con todos los pacientes en el Programa, autorizando la presencia en todos los grupos y actividades diarias de la comunidad, lo que fue una valiosa experiencia y permitió incorporar un acabado panorama de cada etapa del proceso narrado por los participantes cotidianamente.

Es indudable que mientras se buscan en nuevas investigaciones las respuestas que aún faltan para un exitoso proceso de cambio de conductas adictivas, algunas de las cuales son ¿qué sucede con los pacientes que nunca pasan de un estadio de precontemplación o contemplación? O ¿qué es lo que más efectivamente genera una disposición al cambio en pacientes que han permanecido por años en un estadio? (Mayor & López, 1998), el

conocimiento acumulado y el enfoque sistémico de este modelo proporciona una sólida base para dar solución a situaciones muy repetidas en los tratamientos actuales, por lo que su incorporación a todos los programas aparece como una gran ventaja a incorporar en los programas locales, en la búsqueda de conseguir modificaciones de conductas sustentables que son un logro más profundo que sólo una abstinencia prolongada.

### **Referencias Bibliográficas**

- Alvarez, C. (2008) Teoría Transteorética de Cambio de Conducta: Herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. *MH Salud* 5,1-12.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*. <http://www.psych.org/>
- Cabrera, G. (2000) The transtheoretical model of health behavior *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18,129-138.

- Clark, M., Walters, S.; Gingerich, R. & Meltzer, M. (2006) "Motivational Interviewing for Probation Officers: Tipping the Balance Toward Change". *Federal Probation*, 70, 38-44.
- Comas Arnau, D. (2006). *Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*, Repromas S.L., Madrid.
- Comas Arnau, D. (2010). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*, Fundación Atenea Grupo Gid, Madrid.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), (2009). *Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos*, Ministerio del Interior Gobierno de Chile, Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, Santiago, Chile.
- Cunningham, W.S., Duffee, D.E., Huang, Y., Steinke, C.M. & Naccarato, T., (2009). On the Meaning and Measurement of Engagement in Youth Residential Treatment Center *Research on Social Work Practice* 2009 19: 63. DOI: 10.1177/1049731508314505
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). The "what" and "why" of goals pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology*, 49, 180-185.
- Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas, Modalidad de Tratamientos, *Internación en Comunidades Terapéuticas*, disponible en [http://www.fonga.org.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5&Itemid=90](http://www.fonga.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=90)
- García Llana, J.A., (2010). *Evaluación de programas para la rehabilitación de toxicómanos, estudio de caso sobre una comunidad terapéutica*, Universidad de Oviedo, Colección Tesis Doctoral.

- Jara Chagua, Carmen Rosa, (2008), *La motivación para el cambio de conducta y la evolución del tratamiento en pacientes dependientes a sustancias*. Tesis doctoral inédita. Universidad Mayor Nacional de San Marcos, Lima, Perú.
- Köpetz, C.E., Lejuez, C.W., Wiers, R.W., & Kruglanski, A.W., (2013). Motivation and Self-Regulation in Addiction: A Call for Convergence, *Perspectives on Psychological Science* 2013, 8(3). DOI: 10.1177/1745691612457575.
- Lingstuyl Bracho, R. & Urdaneta Vargas, A., (2010) *Efectos de las intervenciones motivacionales sobre la disposición al cambio de usuarios de drogas que asisten a programas ambulatorios*, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo. <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-10-03253.pdf>.
- Lois Ibáñez, E. & Álvarez García, J.A., (2009). Motivación y Retención en un tratamiento de adicción a la cocaína, 11 Congreso Internacional de Psiquiatría, *Interpsiquis 2010*, <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/45546/>.
- Mayor Martínez. L. & López Camps, R. (1998). AYOR. *Procesos Psicológicos y Adicciones - Procesos de Cambio. Proceso Terapéutico de Cambio. El Modelo de Prochaska y DiClemente*. C.S.V. Valencia 1998, (pp. 8 – 45).
- Mc Cambridge, J. & Strang, J., (2004) .The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perception of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 99, 39-52.
- Mc Connaughy, E.A., Prochaska, J.O. Y Velicer, W. F., (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Miguez, H., (2000), *Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Argentina*, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 46.
- Miguez, Hugo, (2010), *Sobre la subjetividad para el consumo de sustancias psicoactivas*, Conicet. Buenos Aires.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999), *La Entrevista Motivacional*, Buenos Aires, Paidós.

- Miller, W., (1999), *Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Salud Mental, Rockville.
- Oblitas Guadalupe, L.A., (2002). Adicciones y Salud. Revista Electrónica Psicología Científica.com <http://www.psicologiacientifica.com/by/psicología-76-1-adicciones-y-salud.html>
- Observatorio Argentino de Drogas, (2013). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas en Argentina*, 2010 <http://www.observatorio.gov.ar>
- Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías. (2003). *Drogas en el Punto de Mira*, recuperado en <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373ES.html>
- Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C.; Segura López, I.& Osorio Del Río, S.M. (2004). *Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento*. Trastornos Adictivos, 6, 75-91.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York, Avon Books.
- Prochaska, J., (2004). Population Treatment for Addictions, Current Directions in Psychological Science 2004 13: 242 programa “Lugar de Escucha”- CEDRO, *Revista Adicciones*, 20, 185-196 DOI: 10.1111/j.0963-7214.2004.00317
- Ramírez Villaseñor, M.A., (2001). Terapia Familiar y Adicciones. Un enfoque práctico con resultados prácticos. Revista Internacional de Psicología Vol 2, Instituto de la Familia de Guatemala, [www.revostapsicologia.org](http://www.revostapsicologia.org).
- Ramos Barbero, V. (2008). *El Tratamiento Intrapenitenciario y Extrapenitenciario: Elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclusos drogodependientes*, Tesis Doctoral inédita, Universidad de Burgos.
- Rojas Valero, M. & Espinoza Paul, L. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa “Lugar de Escucha”- Cedro, *Adicciones*, 20(2),185-19.
- Santos Diez, P.; González Martínez, G.; Fons Brines, M.; Forcada Chapa, R. & Zamorano García, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes

en tratamiento ambulatorio, *Adicciones*, 13(2), 147-152.

Wiers, R.W.; Gladwin, T.E.; Hofmann, W.; Salemink, E. & Ridderinkhof, K.R. , (2013). Cognitive Bias Modification and Cognitive Control Training in Addiction and Related Psychopathology: Mechanisms, Clinical Perspectives, and Ways Forward; *Clinical Psychological Science* 2013 1: 192 originally published online 9 January 2013; DOI: 10.1177/2167702612466547

Jorge I. Zamarripa R. (2010). *Motivaciones y etapas de preparación para el cambio de comportamiento ante la actividad físico-deportiva de tiempo libre en la población general de Monterrey, N.L. Mexico* , Tesis Doctoral inédita, Universidad de Murcia.

## **Anexo I**

### **Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)**

Fecha...../...../.....

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.

1                      2                      3                      4                      5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.

1                      2                      3                      4                      5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

1                      2                      3                      4                      5

4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.



1                      2                      3                      4                      5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí.

1                      2                      3                      4                      5

6. me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.

1                      2                      3                      4                      5

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.

1                      2                      3                      4                      5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.

1                      2                      3                      4                      5

9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.

1                      2                      3                      4                      5

10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.

1                      2                      3                      4                      5

11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.

1                    2                    3                    4                    5

12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.

1                    2                    3                    4                    5

13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

1                    2                    3                    4                    5

14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.

1                    2                    3                    4                    5

15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.

1                    2                    3                    4                    5

16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.

1                    2                    3                    4                    5

17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.

1                    2                    3                    4                    5

18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.

1                      2                      3                      4                      5

19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.

1                      2                      3                      4                      5

20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.

1                      2                      3                      4                      5

21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.

1                      2                      3                      4                      5

22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.

1                      2                      3                      4                      5

23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

1                      2                      3                      4                      5

24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.

1                      2                      3                      4                      5

25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.

1                      2                      3                      4                      5

26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?.

1                      2                      3                      4                      5

27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.

1                      2                      3                      4                      5

28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.

1                      2                      3                      4                      5

29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿ Por qué perder el tiempo pensando en ellas?.

1                      2                      3                      4                      5

30. Estoy trabajando activamente en mi problema.

1                      2                      3                      4                      5

31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.

1                      2                      3                      4                      5

32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

1                      2                      3                      4                      5

Tengo o he tenido causas judiciales por mi problema

Sì                      No

Este es mi primer tratamiento

Sì                      No