

Efectividad de la Entrevista Motivacional en Personas con Abuso y Dependencia de
Heroína.

Nydia Milena Montañez Mendoza

Universidad Pontificia Bolivariana

Bucaramanga, Colombia

Nydia Milena Montañez Mendoza, Facultad de Ciencias Sociales, Programa de
Psicología, Especialización Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana,
Bucaramanga. E-mail: nena_montanez@hotmail.com

RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFIA

TITULO: Efectividad de la Entrevista Motivacional en Personas con Abuso y Dependencia de Heroína.

AUTOR: Nydia Milena Montañez Mendoza

FACULTAD: Especialización en Psicología Clínica

DIRECTOR: Lina Patricia Méndez Moreno

El consumo de heroína ha sido catalogado como un problema de salud pública en Colombia, las intervenciones tales como la entrevista motivacional han demostrado su eficacia en otros tipos de adicciones. En el proceso de práctica tiene el objetivo de determinar la efectividad de la entrevista motivacional en un grupo de 6 sujetos con edades comprendidas entre los 14 y los 34 años con un diagnóstico de abuso o dependencia de la heroína, a través de un diseño pre-experimental, pretest-posttest con un grupo de sujetos, a quienes se les aplicó la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). El 86% de los participantes mostraron cambios en la conducta adictiva de acuerdo con el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.

Palabras clave: entrevista motivacional, heroína, cambio, efectividad, escala de evaluación de cambio.

RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFIA

TITLE: Efficacy motivational interviewing in people with a diagnosis of abuse or heroin dependence.

AUTHOR: NYDIA MILENA MONTAÑEZ MENDOZA

FACULTY: ESP. IN PSYCHOLOGY CLINICAL

DIRECTOR: LINA PARICIA MÉNDEZ MORENO

ABSTRAC

Heroin use has been listed as a public health problem in Colombia, interventions such as motivational interviewing have shown efficacy in other types of addictions. This study sought to determine the effectiveness of motivational interviewing in a group of 6 subjects between the ages of 14 and 34 with a diagnosis of abuse or heroin dependence, using a pre-experimental design, pretest-posttest with one group of subjects, those that applied to the Change Assessment scale of university Rhode Island (URICA). The 86% participants showed changes according to the transtheoretical model of Prochaska and DiClemente.

Keywords: motivational interviewing, heroin, change, efficacy, Change Assessment scale

INTRODUCCION

Aunque las cifras del consumo de heroína en Colombia están lejos de otras drogas como la marihuana y la cocaína, el riesgo de adicción es mucho mayor, tanto por el costo que representa su tratamiento como por la asociación con enfermedades de fácil transmisión como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA y la Hepatitis B, por estas razones el consumo de esta sustancia fue catalogado como un problema de salud pública en Colombia (Aley, 2010).

En julio de 2010 el informe del Ministerio de Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes indicó que “dos de cada mil colombianos consumen heroína; la población más vulnerable a esta adicción son los hombres y mujeres entre 17 y 30 años; reportándose un preocupante incremento del consumo de esta sustancia en 7 regiones del país: Bogotá, Antioquia, Cauca, las ciudades del eje cafetero y Norte de Santander”. (Isaza, Suárez, Henao, González, 2010 p.28)

En este último departamento, Norte de Santander las causas posibles para el aumento en el consumo interno, está relacionada con la reducción en el precio de la sustancia y con la posición geográfica del departamento como zona fronteriza, en donde el microtráfico de sustancias ilegales es una lucrativa fuente de ingreso. (Instituto Departamental de Salud, 2010)

Dada esta situación y los cambios que Colombia ha sufrido en la dinámica interna de producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas se creó La Política de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto (2007), “cuya finalidad es

reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad, su objetivo general o propósito es ofrecer una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión”. (p.18)

La Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, se divide en cuatro ejes operativos: Prevención, Mitigación del impacto del consumo, Superación de la Dependencia y Construcción de capacidad de respuesta, cada eje operativo está acompañado de una meta y una estrategia que se operacionaliza a través de acciones generadas a nivel local.

El eje de Prevención busca “manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el riesgo se manifieste y busca reducir la probabilidad de que los factores de riesgo macrosociales, microsociales e individuales afecten la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades”. (Política Nacional de Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, 2007, p.19)

El eje de Mitigación busca “reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en “daños”. Este eje concentra acciones propias de la prevención terciaria, algunos aspectos de la prevención secundaria, así como las de la prevención indicada”. (Política Nacional de Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, 2007, p.21)

El eje de Superación de la Dependencia busca aliviar el “choque” cuando ya se ha producido. Este eje pretende “ofrecer los medios que permitan afrontar adecuadamente la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida o “superación”. Superar significa salir adelante y afrontar de la mejor manera una situación límite, echando mano de los recursos que estén disponibles. Las estrategias de superación hacen referencia al tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social de quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias o presentan un patrón de consumo problema en ausencia de dependencia”. (Política Nacional de Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, 2007, p.22)

El eje de Construir Capacidad de Respuesta busca “contar con capacidad de integración, así como de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de sustancias psicoactivas.” (Política Nacional de Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, 2007, p.23)

En este orden de ideas, en Norte de Santander se realizó un diagnóstico en los cuatro ejes, detectando el mayor déficit en el eje operativo de Superación de la Dependencia, cuya meta es “Evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo, corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social y que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros (impacto)” (Política Nacional de Reducción del consumo de SPA y su impacto, 2007, p.22), dado que la estrategia para contrarrestar este déficit está relacionada con el fortalecimiento en el tratamiento y rehabilitación, este estudio pretende ofrecer un servicio que le permita a las personas afectadas encontrar una atención integral para su dependencia.

A nivel local las instituciones que presentan el servicio de tratamiento y rehabilitación son: el Hospital Mental Rudesindo Soto, la Clínica Psicoterapéutica de Cúcuta y finalmente la Clínica Stella Maris de Cúcuta, la única que cuenta con un programa de tratamiento para pacientes heroínomanos y que atiende en promedio 30 casos anuales, convirtiéndose en un centro de referencia para llevar a cabo este estudio y donde se desarrolla la práctica clínica. Por ser una institución psiquiátrica, la Clínica Stella Maris ofrece básicamente un diagnóstico y una fase inicial de desintoxicación que consiste en la utilización de medicamentos para el control del síndrome de abstinencia o dependencia.

Con el fin de brindar un tratamiento integral que no se limite solamente a la prescripción farmacológica, la práctica clínica tiene el objetivo de hacer el acompañamiento psicológico desde un enfoque motivacional, principalmente porque estos pacientes se destacan por su falta de motivación para el cambio, evidenciado en el abandono del tratamiento e incumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

Ahora bien, un procedimiento útil orientado al cambio con evidencia empírica de su eficacia en pacientes con problemas de adicción es la Entrevista Motivacional (EM), técnica que será aplicada en la práctica clínica como preludio para un posterior tratamiento.

La Entrevista Motivacional surgió de discusiones dentro de un grupo de psicólogos, ésta técnica se define como “un estilo de comunicación, centrado en el cliente, dirigido a un objetivo, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a resolver las propias motivaciones para cambiar”(Miller & Rollnick, 1996, p.3). El objetivo es ayudar a las personas “para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes.

Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes hacia el cambio” (Miller & Rollnick, 1999, p.80).

La EM evoluciona de las técnicas confrontativas y coercitivas a una atmósfera positiva para el cambio. Desde este enfoque Miller & Rollnick (1999), definen la motivación como “la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar, la motivación no es un rasgo de personalidad sino que depende del contexto. Desplaza el énfasis de un adjetivo pasivo de “motivador” a un verbo activo de “motivar”. La motivación se convierte así en una parte importante de la tarea del terapeuta, es decir, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar”. (p.43)

Miller y Rollnick (1999) describen ocho estrategias para aumentar la motivación respecto al cambio como: *ofrecer consejo*: para que éste sea efectivo debe identificar claramente el problema, explicar por qué es importante cambiar y recomendar un cambio específico; *eliminar obstáculos*: sustancialmente con aquello que tengan que ver con el acceso al tratamiento u otras estrategias para el cambio; *ofrecer alternativas*, permitiendo que el paciente sea libre al elegir los objetivos terapéuticos y sus acciones; *disminuir la deseabilidad* sopesando los beneficios y costos del cambio para aumentar el deseo de cambio y disminuir el deseo de seguir la conducta negativa; *practicando la empatía* entendida como “la habilidad de comprender el significado de los demás a través del uso de la escucha reflexiva, tanto si el terapeuta ha tenido no experiencias similares por sí mismo” (Miller & Rollnick, 1999, p.50); *ofreciendo un feedback* de los resultados médicos, preocupación de la familia y amigos sobre la forma negativa en que le afecta el consumo, la

situación actual, riesgos y consecuencias; *aclarando los objetivos* personales de forma realista y alcanzable teniendo en cuenta el feedback de su situación presente; *Ofreciendo ayuda activa* evidenciada en tomar iniciativas que expresen la preocupación sobre el paciente asumiendo un rol de facilitador.

La Entrevista Motivacional difiere de los enfoques de la confrontación negativa y del entrenamiento en habilidades, porque busca crear una atmosfera positiva para el cambio y no pretende enseñar a la persona cómo cambiar sino crear el compromiso o el por qué del cambio. Por tal razón, “las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera” (Miller & Rollnick, 1999, p. 80)

Ahora bien, la EM cuenta con cinco principios generales que guían el ejercicio de la técnica como son: expresar empatía, crear discrepancias, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia.

La *empatía* se expresa mediante la escucha reflexiva adecuada, sin juzgar, criticar o culpabilizar, entendiendo que la ambivalencia es normal dentro de la experiencia humana, aceptando y comprendiendo la perspectiva del paciente aunque no se esté en acuerdo con ella.

El principio de *crear la discrepancia* se hace potenciando en el paciente una divergencia entre la conducta actual y objetivos más amplios como una disonancia cognitiva. “Cuando una conducta se cree que está en conflicto con objetivos personales

importantes (tales como la propia salud, el éxito, la felicidad familiar o una autoimagen positiva), el cambio ocurrirá con una cierta probabilidad”. (Miller & Rollnick, 1999 p.86) Con este principio se logra que sea el propio paciente quien de las razones que tiene para cambiar más que el terapeuta.

Teniendo en cuenta que la entrevista motivacional no es confrontativa, la discusión es contraproducente porque tiende a provocar una reacción de defensa y resistencia por parte del paciente que predice un fracaso para el cambio, razón por la cual debe *evitar la discusión* y aumentar la concienciación de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos, sin etiquetar o discutir.

El principio de *darle un giro a la resistencia* consiste en aceptar la resistencia y ambivalencia como naturales y comprensibles, sacándole el mayor beneficio posible, sin imponer nuevos puntos de vista u objetivos, sino más bien, invitando al paciente a considerar la nueva información, permitiéndole ver que puede cambiar sus percepciones y ser activo en el proceso de resolución de sus problemas.

El último principio no menos importante por su lugar, implica el concepto de autoeficacia entendida como “la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica” (Rogers 1982 citado por Miller & Rollnick, 1999 p.90) , un objetivo general de la entrevista motivacional es el de aumentar las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio, así como la responsabilidad de escoger y llevar a cabo un cambio personal.

La entrevista motivacional “intenta desbloquear a la persona, para permitirle que surja el deseo de cambiar. Una vez iniciado éste, el cambio surgirá de forma rápida con relativamente poca ayuda adicional” (Miller & Rollnick, 1999 p.92), razón por la cual se divide en dos grandes fases, la primera es crear la motivación para el cambio, en donde se utilizan estrategias como preguntas abiertas, escucha reflexiva, provocar afirmaciones automotivadoras, balance decisional, afrontar la resistencia, utilizar los extremos y resultados de la evaluación, entre otros; la segunda fase es fortalecer el compromiso para el cambio, las estrategias utilizadas en la fase I seguirán siendo útiles durante esta fase. Sin embargo, también se utilizan la información y el consejo, se negocia un plan con objetivos que permitan considerar las opciones de cambio, se provoca el compromiso y finalmente se llega a la acción y el seguimiento.

Evidencia empírica de la entrevista motivacional

Los autores Miller y Rollinck (1996) quienes propusieron la entrevista motivacional para el manejo de conductas adictivas, muestran evidencia de la técnica en problemas relacionados con: nicotina, trastornos de la conducta alimentaria y alcoholismo, dando cuenta de la eficacia de la intervención en ocho pruebas clínicas completas y otras que están en curso, a continuación se presenta un resumen de los resultados de dichas pruebas:

En el primero de estos controles, resultó que la Revisión de los Bebedores quedaba asociada con unas reducciones significativas del uso del alcohol en bebedores con problemas que acudieron a la consulta (Miller, Sovereign y Kregge, 1988). Un segundo estudio de diseño similar (Miller, Benefield y Toningan, 1993) mostró una

reducción aún mayor (un 50%) en el consumo de alcohol. Otros dos estudios, en Nuevo Méjico, evaluaron el impacto de una única entrevista motivacional entre los alcohólicos que seguían tratamiento externo (Bien, Miller y Boroughs,1993) o bien interno, (Brown y Miller,1993). En ambos estudios los clientes asignados aleatoriamente para recibir una entrevista motivacional preparatoria, mostraron unos resultados sustancialmente mejores durante un seguimiento de 3 meses. Handmaker (1993) descubrió que la entrevista motivacional reducía el consumo de alcohol en las mujeres embarazadas, aunque sólo las que bebían en exceso. En un estudio médico, Rollnick et al (1992) examinaron la efectividad relativa de la entrevista motivacional breve, frente a la intervención técnica especializada para bebedores en exceso que no buscaban ayuda, que se diferenciaban en su disponibilidad para el cambio. (p. 6)

Otras investigaciones realizadas en Norteamérica como: “La ruta al cambio: Predictor de las sesiones y finalización del plan de cambio de la entrevista motivacional” (Magill, Apodaca, Barnett & Monti, 2010), evidencia como la entrevista motivacional aumenta la posibilidad de llevar a cabo un plan escrito de control de abuso de alcohol en alcohólicos; otra investigación denominada “Estudio controlado aleatorizado de una sesión de entrevista motivacional única para adictos al juego” (Diskin & Hodgins, 2009) llevada a cabo en la Universidad de Calgary en Alberta Canadá cuyo método fue experimental, mostró que el grupo de adictos al juego a diferencia del grupo control, disminuyeron significativamente en la cantidad de dinero gastado en juego de azar por mes, días por mes dedicados al juego, ansiedad y reticencia en la participación en nuevas sesiones de entrevista motivacional,

este resultado se obtuvo después de 12 meses de intervención con la entrevista motivacional.

Ahora bien el estudio denominado: “Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: Evaluación de las Intervenciones del programa Lugar de Escucha CEDRO” (Rojas & Espinoza, 2006) cuyo objetivo fue la evaluación de la percepción y satisfacción de 128 personas policonsumidoras, así como de las intervenciones breves a través del consejo psicológico y sesiones motivacionales del programa “Lugar de Escucha”, mostró 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.

En cuanto a la evidencia de la entrevista motivacional en casos de heroína son pocas las investigaciones desarrolladas; sin embargo, el siguiente estudio da cuenta de esta intervención: “Recuperación a largo plazo entre usuarias de heroína víctimas de violencia: La historia de Marisol” (Tiburcio, 2008); este estudio fue cualitativo, utilizó entrevistas a profundidad en 25 mujeres, víctimas de violencia y consumidoras de heroína, el objetivo fue examinar el proceso de creación y mantenimiento de la abstinencia, encontrando que para mantener la abstinencia en pacientes consumidores crónicos es fundamental ayudarles a generar estrategias motivacionales y una técnica de especial ayuda es la entrevista motivacional, la investigación se llevo a cabo durante 18 meses entre el 2004 y 2005 en New York, USA.

Modelo Teórico de Prochaska y DiClemente y la motivación para el cambio

El modelo teórico afín con la entrevista motivacional y que permite comprender cómo se produce el cambio y orientar la intervención psicoterapéutica es el de James Prochaska y Carlo DiClemente (1993), estos autores han descrito seis etapas por las cuales una persona cruza en el proceso de cambio de un problema tanto dentro como fuera de la terapia, las etapas son precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento, y recaída, estas etapas están representadas en un círculo (Gráfica 1) en donde la recaída es un acontecimiento normal o un estado más del cambio, dependiendo de la etapa en que se ubique el paciente consumidor de heroína el terapeuta tendrá una tarea específica que favorezca el cambio.



Gráfica No. 1. Las seis etapas del cambio de Prochaska y Diclemente. (Tomado de Miller & Rollnick, 1999)

Estos estadios o etapas representan, los aspectos temporales y motivacionales del cambio intencional. Dicho cambio no es un fenómeno de todo o nada, sino un movimiento gradual a través de etapas específicas, donde cada uno representa tanto un lapso así como una serie de habilidades y tareas necesarias para pasar a la siguiente etapa. El tiempo en cada una de estas fases puede variar, mientras que las tareas son realizadas en orden para

conseguir el movimiento exitoso al siguiente espacio (Prochaska & Prochaska, 1993, p. 86). En la Tabla 1 se expone cada una de las etapas:

Tabla No.1 Fases de cambio

FASES	DEFINICIÓN
PRECONTEMPLACIÓN	La persona no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida.
CONTEMPLACIÓN	La persona se encuentra en un periodo caracterizado por la ambivalencia, considera pero rechaza el cambio a la vez.
DETERMINACIÓN	La persona inclina la balanza a favor del cambio.
ACCIÓN	La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio.
MANTENIMIENTO	La persona logra mantener el cambio seguido en la etapa anterior, y el de prevenir la recaída.
RECAÍDA	Si se produce, es parte del proceso, es necesario evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar con el cambio, renovar la determinación y seguir con la etapa de acción y mantenimiento.

Adaptado de La Entrevista Motivacional (1999) Miller & Rollnick. P. 38

No obstante, y dado que “uno de los principales problemas en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva es el de las elevadas tasas de recaída” (Casas & Gossop, 1993, p.94), “el modelo resalta el hecho de que la mayoría de las personas no progresan linealmente a través de los estadios de cambio”. (Prochaska & Prochaska, 1993, p.87).

Por otra parte, el modelo teórico de Prochaska y Diclemente (1993) se fundamenta en el enfoque centrado en el cliente de Carl Rogers, “la entrevista motivacional se basa en estrategias que surgen de la terapia centrada en el paciente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas y la psicología social de la persuasión” (Miller & Rollnick, 1999, p.25). Al respecto mencionan los autores que:

La orientación de una sesión de entrevista motivacional está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección y escoge

activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva. De esta manera, combina elementos de enfoques directivos y no directivos. La entrevista motivacional se puede combinar con una amplia gama de estrategias, y usar para crear una base motivacional necesaria para aplicar después otros enfoques (por eje. Entrenamiento conductual, terapia cognitiva, participación en grupos de doce pasos o la toma de medicación). (p. 20)

La heroína como sustancia psicoactiva

La heroína es una sustancia psicoactiva ubicada en la categoría de los opiodes, tiene efectos euforogénicos, analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio, generalmente se inyecta, se inhala o aspira, o se fuma. Típicamente el adicto se puede inyectar hasta cuatro veces al día. La inyección intravenosa proporciona la mayor intensidad y causa la oleada de euforia más rápida (de 7 a 8 segundos), mientras que la inyección intramuscular produce un inicio relativamente lento de la euforia (de 5 a 8 minutos). Cuando la heroína se inhala o se fuma, generalmente se sienten sus efectos máximos después de unos 10 a 15 minutos. Los investigadores del NIDA han confirmado que todas las formas de administración de la heroína causan adicción. (NIDA en español, 2005, p. 2)

La Organización Mundial de la salud (2005) en el documento Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas menciona que:

La exposición repetida a opiodes induce modificaciones drásticas y posiblemente irreversibles en el cerebro (...) La adaptación al uso crónico de opiodes se caracteriza por la tolerancia, definida como una menor sensibilidad a los efectos de

la droga, lo que en general se refiere a la atenuación de la eficacia analgésica. La avidez de droga y las manifestaciones fisiológicas de la abstinencia también indican neuroadaptaciones a largo plazo (...) . La suspensión del uso crónico del opioide se asocia con un síndrome de abstinencia intensamente disfórico, que puede ser un impulso negativo para reiniciar el uso de la sustancia. (p.80)

Cabe resaltar que el síndrome de abstinencia comienza si su uso se reduce abruptamente. Este síndrome puede ocurrir pocas horas después de la última vez que se usó la droga. Sus síntomas incluyen inquietud, dolor en los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómito, escalofríos con piel de gallina (“romper en frío” o “cold turkey”) y movimientos de las piernas. Los síntomas agudos del síndrome de abstinencia alcanzan su punto máximo entre 24 a 48 horas después de la última dosis de heroína y se apaciguan aproximadamente en una semana. (NIDA, 2005, p.3)

“Antes se consideraba que el síndrome de abstinencia era suficiente para explicar la persistencia de la dependencia” (Collier, 1980, citado por la OIM, 2005), “es indudable que el síndrome de abstinencia intensamente disfórico tiene una importante función en el mantenimiento de los episodios de uso de opioides, pero la dependencia de estas sustancias y las recaídas que ocurren mucho después de la abstinencia no pueden explicarse únicamente sobre esta base” (Koob & Bloom, 1988). “Actualmente se piensa también que las adaptaciones a largo plazo en los sistemas neuronales desempeñan un papel relevante en la dependencia y en la recaída”. (OIM, 2005, p.81)

Las principales problemática en relación a la dependencia de la heroína es la comorbilidad con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el virus de la hepatitis C como consecuencia del uso compartido de jeringas al ser consumida de forma inyectada,

además de la muerte súbita por sobredosis, accidentes fatales y la problemática social consecuente al mantenimiento de la adicción.

Existe una variedad de tratamientos eficaces para la adicción a la heroína. Estos tratamientos tienden a ser más eficaces cuando se identifica el abuso a la heroína en sus primeras etapas. Los tratamientos varían dependiendo de cada persona.

No obstante, la metadona, un opiáceo sintético que bloquea el efecto de la heroína y elimina los síntomas del síndrome de abstinencia, tiene un récord probado de éxito en las personas adictas a la heroína. Hay otros enfoques farmacéuticos como la buprenorfina, así como muchas terapias conductuales, que también se utilizan para tratar la adicción a la heroína. La buprenorfina es una adición reciente al conjunto de medicamentos que actualmente existen para el tratamiento de la adicción a la heroína y otros opiáceos. Este medicamento es diferente a la metadona, ya que tiene menos riesgo de causar adicción y se puede recetar en la privacidad del consultorio médico. (NIDA, 2005, p.5)

Ahora bien, teniendo en cuenta la particularidad de los efectos de la heroína y la eficacia de la entrevista motivacional en adicciones, la presente monografía pretende dar respuesta a la propuesta de Rojas & Espinosa (2006) quienes desarrollaron la entrevista motivacional con participantes policonsumidores y sugirieron la necesidad de trabajar con muestras de monoconsumidores, razón por la cual para esta práctica clínica se seleccionaron participantes que sólo consumen heroína con el fin de medir la eficacia de la entrevista motivacional.

METODO

Diseño de Investigación: El tipo de diseño utilizado es el preexperimental preprueba-postprueba con un solo grupo de sujetos. Para tal efecto se toma una medida antes de la intervención y otra después y el tratamiento se aplica a un único grupo, su eficacia se evalúa mediante la diferencia entre la medida pre y la medida post (Montero & León, 2004, p.120), lo cual permitió analizar el cambio antes y después de la aplicación de la entrevista motivacional.

Participantes: En el estudio participaron 6 usuarios de la Clínica Stella Maris de Cúcuta, cuatro hombres y dos mujeres, con edad promedio de 24 años y una desviación estándar de 10,2. Los criterios de inclusión fueron: el diagnóstico de abuso o dependencia a la heroína realizado por el psiquiatra tratante y la disposición y aceptación del proceso terapéutico a través del consentimiento informado dado por el mismo paciente (mayores de edad, Anexo 1) y consentimiento informado de los padres (menores de edad Anexo 2)

Instrumentos: Se evalúa a nivel clínico de forma heteroadministrada la Escala de Evaluación de la Actividad Global (American Psychiatric Association, DSM-IV, 1994, p. 34) antes y después de la entrevista motivacional, y se aplicó la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA (McConaughy, Prochaska y Velicer 1983), (Anexo 3), que tiene el propósito de evaluar el grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio propuesto por Prochaska y DiClemente en su modelo

transteórico. Mide cuatro estadios de cambio: Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento con 32 ítems, que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

- Precontemplación: 1,5,11,13,23,26,29,31
- Contemplación: 2,4,8,12,15,19,21,24
- Acción: 3,7,10,14,17,20,25,30
- Mantenimiento: 6,9,16,18,22,27,28,32

Confiabilidad y Validez

En la ficha técnica (Anexo 4) se identifica que la confiabilidad de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA es 0.69 y 0.89, en cuanto a la validez los estudios parecen validar la existencia de una serie de perfiles respecto a la disposición para cambiar de pacientes adictos (subgrupos precontemplador, desanimado, ambivalente, contemplador, participativo...). En estudios como los de Dozois y Westra (2004) o los de Derisley y Reynolds (2000), se midieron las correlaciones entre las distintas subescalas.

Por otra parte, la escala fue sometida a estudio por Fasce (2003) en Lima, tuvo doble traducción, por hallarse en inglés. Luego se sometió a criterio de jueces (7), para establecer tanto la validez de contenido, como la correcta adaptación de la redacción, así como para establecer el índice de pertenencia al área, obteniéndose entre 80% y 100%.

En otro estudio de Yataco (2008) “la escala se aplicó a una muestra piloto para determinar la validez y confiabilidad estadísticamente mediante el coeficiente R de Pearson y la prueba de consistencia interna Alpha de Crombach, encontrándose un valor de 0.79, lo que nos indica una confiabilidad moderada para la prueba” (p.51)

Procedimiento: Se aplicó el instrumento Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA, en un primer momento a cada uno de los participantes como prueba pre-test, posteriormente todos los participantes se expusieron a la intervención terapéutica siguiendo el enfoque motivacional en seis sesiones estructuradas una por semana (ver Tabla 2). Finalmente se aplicó nuevamente la Escala de Evaluación del Cambio como prueba pos-test para evaluar el cambio con la intervención motivacional utilizando el análisis descriptivo.

Tabla No.2 Actividades de las sesiones motivacionales

SESION	ACTIVIDAD
PRIMERA	• Sesión inicial de apertura: establecimiento de empatía, expectativas, focalización de áreas problemáticas, explicación del estudio y consentimiento informado. • Discusión con el psiquiatra tratante sobre el diagnóstico del paciente, identificación de las áreas problema a nivel medico para utilizarla en el feedback y determinación de los objetivos terapéuticos.
SEGUNDA	• Aplicación de instrumento de evaluación del cambio (pre test), • Aplicación de la técnica de balance decisional que consiste en hacer una balanza con dos partes, una que tiene que ver con los beneficios percibidos de seguir consumir heroína, y el otro tiene que ver con los costes percibidos o desventajas de dejar de consumirla. (Ver Anexo 5).
TERCERA	• Feedback para el manejo de la ambivalencia si se presenta, que consiste en utilizar los resultados de la evaluación como parte de la entrevista motivacional, proporcionando información adicional con respecto al patrón de consumo y consecuencias médicas particulares, problemas vitales, síndrome de dependencia identificando la tolerancia a la heroína y análisis funcional, y circunstancias predictivas de un riesgo a largo plazo de enfermedad y de muerte prematura.

	• Generar y evaluar la disponibilidad para el cambio: a través del juicio de la persona respecto a la necesidad de cambiar, la percepción de la posibilidad de cambio, la autoeficacia de la persona para el cambio y la intención manifestada por el paciente para cambiar en un periodo de tiempo específico.
CUARTA	• Reconocimiento de la resistencia a través de las cuatro categorías de la conducta resistente (Ver Anexo 6) y manejo de la misma a través de las afirmaciones automotivadoras (Ver Anexo 7) • Fortalecer el compromiso para el cambio: Establecer los objetivos de cambio, generando una discrepancia entre lo que tiene actualmente y el lugar al que quiere llegar. • Considerar las opciones de cambio teniendo en cuenta lo que quiere hacer el paciente, se analizan las opciones disponibles, se explicita el cómo lo lograría, analizando las estrategias y dificultades para prevenir un fracaso. Se prepara al paciente para la posibilidad de una recaída como parte normal del proceso de recuperación. En este momento se utiliza la información y el consejo. • Negociación de un plan para cambiar: En una hoja se construye con el paciente: las razones más importantes por las que quiere cambiar, los objetivos principales para llevar un cambio, la acción y cuándo, quiénes pueden ayudarlo en el cambio y de qué forma, y resultados positivos esperados del plan.
QUINTA	• Seguimiento de las acciones de cambio • Análisis de recaída si se presenta
SEXTA	• Aplicación de pos-test y cierre.

RESULTADOS

Los resultados se presentarán inicialmente de forma grupal y posteriormente de forma individual.

En términos generales antes de la intervención terapéutica, del 100% de los participantes, el 49,8% (3) indicaron estar en el estadio contemplativo, el 16,6% (1) se encontraba en la etapa de acción y el 33,2% (2) en precontemplación. De forma particular, el 66,4% (4) de los participantes cambiaron positivamente de una etapa a otra: el 33,2% (2) de contemplación a acción, el 16,6% (1) de precontemplación a mantenimiento y el otro 16,6% (1) de precontemplación a contemplación.

El 16,6% (1) de los participantes se mantuvo en el mismo estadio, es decir en la etapa contemplativa con un aumento poco significativo en el resultado pos test, finalmente el último participante que se encontraba en la fase de acción tuvo un retroceso a la etapa precontemplativa, es decir, un cambio negativo significativo por presencia de una recaída (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Número de pacientes por etapas de cambio antes y después de la intervención

ETAPAS	No de pacientes PRE TEST	%	No. Pacientes POS TEST	%
PRECONTEMPLACIÓN	2	33,2	1	16,6
CONTEMPLACIÓN	3	49,8	2	33,2
ACCIÓN	1	16,6	2	33,2
MANTENIMIENTO	0	0	1	16,6
TOTAL	6	100	6	100

A continuación se presentan los resultados de los pacientes en cada una de las etapas de cambio antes y después de la intervención motivacional, el mayor puntaje indica la etapa de cambio que predomina (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Puntuaciones de cada sujeto en el pre test y pos test

ETAPAS DE CAMBIO	SUJETO 1		SUJETO 2		SUJETO 3		SUJETO 4		SUJETO 5		SUJETO 6	
	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS
Precontemplación	31	21	12	9	30	20	9	10	11	8	9	31
Contemplación	26	37	31	36	23	38	35	33	36	37	32	19
Acción	27	38	29	38	27	36	32	39	29	30	33	19
Mantenimiento	25	39	26	27	26	30	25	30	29	30	30	24

Además de aplicar el instrumento Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA para medir la etapa de cambio en que se encontraban los participantes, se registraron algunas verbalizaciones y el patrón de consumo antes y después de la intervención motivacional para evidenciar a nivel individual la eficacia del mismo (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Resultados pre y pos test de acuerdo a las fases y disponibilidad de cambio, y patrón de consumo.

RESULTADOS PRE TEST				RESULTADOS POS TEST		
SUJETOS	FASE DE CAMBIO	DISPONIBILIDAD DE CAMBIO	PATRON DE CONSUMO	FASE DE CAMBIO	DISPONIBILIDAD DE CAMBIO	PATRON DE CONSUMO
Participante 1	Precontemplación	“ya he tratado de dejarla pero no puedo”	2 gramos de heroína al día vaporizada distribuida en tres dosis	Mantenimiento	“llevo dos meses sin consumir”, “los viernes le digo a mi tía que se quede conmigo”	Sin consumo

Participante 2	Contemplación	“voy a dejar esto por mi papá”	1 gramo distribuido a lo largo de una semana	Acción	“cuando me llaman mis amigos no les contesto o les saco excusa”	Sin consumo
Participante 3	Precontemplación	“yo no sé que estoy haciendo aquí, estoy perdiendo el tiempo”	1 gramo vaporizado dos veces al día	Contemplación	“nunca he estado con médicos y psicólogos, pero usted me puede ayudar”	Sin consumo
Participante 4	Contemplación	“yo quisiera no ser así, pero así soy”	1 gramo esporádica mente vaporizado	Acción	“estoy tratando, le di el celular a mi mamá, no veo con él desde hace quince días”	Sin consumo
Participante 5	Contemplación	“toque fondo de nuevo, necesito ayuda”	5 gramos distribuidos en cuatro inyecciones al día	Contemplación	“las pastillas me ayudan a calmar el mono, pero sigo chutándome”	1 gramo distribuido en tres días.
Participante 6	Acción	“me baño con agua fría para que se me quiten las ganas, estoy desde enero sin consumir”	1 gramo diario vaporizado	Precontemplación (recaída)	“no quiero la medicación me volé y volví a consumir”	1 gramo esporádico

Ahora bien, teniendo en cuenta la particularidad de cada uno de los consultantes se presenta un breve resumen del motivo de consulta y una descripción concisa del proceso.

Participante 1

Paciente masculino de 35 años acompañado por su hermana mayor, inició el consumo a los 24 años, con marihuana por curiosidad, posteriormente cocaína asociada al consumo de alcohol, desde hace seis años fuma heroína, acude a consulta por síndrome de abstinencia consistente en dolores articulares, náuseas, vómitos y dolor de espalda. Laboró en una empresa de comercio de hierro, pero abandonó el trabajo, estuvo desempleado por aproximadamente un año, periodo en el que recayó, posteriormente es hospitalizado y recibe tratamiento médico por quince días de desintoxicación, inicia proceso motivacional que le permite reiniciar su vida laboral como barman en el bar de su hermana, quien decide apoyarlo como parte de las acciones de intervención terapéutica. El padre es asertivo, afectuoso, lo acompaña al tratamiento de metadona, la mamá lo apoya pero es afectivamente inestable y confrontativa. El paciente tiene relaciones afectivas de corta duración, conductas de autocuidado en las relaciones sexuales, con pocos amigos que son los del colegio y consumidores. Con la entrevista motivacional ha logrado aplazar las salidas con los amigos, emplearse a nivel laboral y buscar compañía de familiares en los momentos de ansiedad.

Participante 2

Consultante masculino de 18 años, acompañado del padre con quien tiene una relación conflictiva, inició a los quince años con consumo de coca, lleva dos meses de consumo de heroína, atribuye el consumo a sus amigos del barrio, cerca a su casa hay dos “ollas” en donde se expende droga, tiene fácil acceso a la sustancia puesto que sus amigos se la regalan cuando no tiene dinero. Se le dificulta iniciar y mantener relaciones afectivas interpersonales, su círculo de amigos es el barrio, consume por “estar en un muy ambiente,

despreocuparse y pasarla bien con los amigos”. Consulta porque decidió parar el consumo dado que su padre presentó una crisis por trastorno depresivo mayor. La relación con sus hermanas y madre es distante, depende económicamente del padre. Con la intervención motivacional ha logrado alejarse de los amigos del consumo, establecer nuevas amistades, mantenerse abstemio e iniciar un proceso de sanación y perdón con el padre.

Participante 3

Paciente masculino de 24 años, lo lleva a la consulta el hermano mayor, experiencia de consumo de múltiples sustancias psicoactivas marihuana, perico, bazuco desde los 16 años, actualmente desempleado, es despedido de la compañía de servicios domiciliarios en la que trabajaba al no poder desempeñar el rol laboral por síndrome de abstinencia a la heroína, la cual consume desde hace cinco meses. No culminó el bachillerato, siempre ha vivido con mamá, papá y sus hermanos. En la entrevista se observa afecto inapropiado, actitud pueril y dificultad para la resolución de problemas y analogías e interpretación de refranes. Con la entrevista motivacional ha logrado considerar que tiene un problema, aceptar la ayuda, mantenerse abstemio en los dos meses del proceso y fortalecer el vínculo con su hermano, además de ser aceptado en la familia sin exigencias que sobrepasen su capacidad intelectual.

Participante 4

Paciente mujer de 16 años, se presenta en compañía de la madre, se observa vestida de forma organizada pero con hematomas en su rostro y brazos, desde hace un mes y medio consume heroína, tiene una relación conflictiva y violenta con su pareja con quien lleva

cerca de tres años, en ocasiones las agresiones físicas han llegado a incapacitarla, el consumo está asociado a los encuentros con su pareja y a los espacios de conflicto en la relación, quedo embarazada pero por decisión de los padres hizo una interrupción voluntaria del mismo, se ha causado en dos ocasiones lesiones auto infligidas y presenta síntomas depresivos. Con la entrevista motivacional se logró con mucho esfuerzo reconocer que la relación de pareja era no sana y por tanto distanciarse del novio, mantenerse abstinencia durante el tiempo de la intervención, vivir el duelo sin necesidad de consumo, identificar que repetía la historia de sus padres.

Participante 5

Paciente masculino de 38 años, a la edad de 14 años empezó a fumar cigarrillo por curiosidad, éste mismo año inició el consumo de marihuana, a los 17 años y en un campamento scout probó la cocaína, ingresó a la universidad estudiando Ingeniería Ambiental, al segundo semestre cuando iniciaron las salidas de campo consumió hongos, y continuó con la cocaína, en tercer y cuarto semestre, es decir, a los 20 años consumió heroína, cuyo consumo fue recreativo, para esta época los dolores de espalda producto de escoliosis se hicieron más intensos y continuó el consumo de heroína como analgésico, posteriormente y hasta la fecha se inyecta heroína, “yo la consumía para los dolores, por placer y porque quería olvidar los problemas, pero lo más arrecho de esto es el “mono”, logro terminar su carrera pero por causa del consumo no ha terminado su especialización y ha sido despedido de distintos trabajos, vive en casa de los padres con una relación conflictiva, no tiene ingresos económicos, razón por la cual para comprar la sustancia empeña sus cosas o roba artículos de la casa , acude a consulta porque “ toque fondo de

nuevo” y presenta insomnio. Con la entrevista motivacional el paciente logró identificar que no tenía sentido seguir consumiendo y paralelamente tomar la metadona, en el último mes de intervención disminuyó significativamente el consumo de heroína.

Participante 6

Paciente de 14 años, huérfana a los 10 años, proveniente de Tibú en donde un grupo al margen de la ley mató a sus padres, a los 11 años inicia el consumo de cocaína pues trabajaba como “raspachin” en el catatumbo, vivió durante tres años con una pareja de 38 años durante este tiempo presentó síntomas de estrés postraumático, cansada del maltrato físico se traslada hacia Cúcuta y vive en situación de calle durante 5 meses, tiempo durante el cual robó y se prostituyó para mantener el consumo, pide ayuda a la policía quien la traslada a un hogar sustituto del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, es remitida por esta institución porque presentó síntomas de abstinencia, consume heroína desde hace cinco meses, no tiene redes sociales y presenta retraso mental leve. Con la entrevista motivacional se logró definir acciones concretas para el crecimiento personal como presentar exámenes para validar cuarto y quinto grado de primaria, resolver los conflictos con sus pares del hogar sustituto y aplazar el deseo de volver a consumir, sin embargo, al mes de la intervención la adolescente se fuga del hogar sustituto y vuelve a consumir heroína, a los quince días por sus propios medios vuelve nuevamente a buscar ayuda, por ello se hace a través de la intervención motivacional el análisis de la recaída y nuevamente se realiza el balance motivacional.

Tabla No. 6. Diagnóstico Multiaxial por cada consultante

EJE	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6
Eje I	Trastorno de dependencia a SPA*Heroína	Trastorno de abuso a SPA Heroína	Trastorno de dependencia de SPA Heroína	Trastorno de abuso de SPA Heroína	Trastorno de dependencia a SPA Heroína Trastorno del afecto secundario a SPA	Trastorno de dependencia a SPA Heroína. Trastorno de Estrés Postraumático
Eje II	Rasgos de personalidad dependiente	Rasgos de personalidad evitativo. Limitación Cognitiva	Limitación cognitiva	Rasgos de personalidad dependiente	Rasgos de personalidad antisocial	Retraso mental leve Rasgos de personalidad antisocial
Eje III	Bronquitis Crónica	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico	Escoliosis	Sin diagnóstico
Eje IV	Desempleo	Problemas relativos a su grupo primario de apoyo: Disfunción familiar, trastorno mental en el padre. Ambiente de riesgo para el consumo	Vínculo fuerte con el hermano, y relación armoniosa con padres.	Problemas de pareja, violencia física y verbal	Problemas relativos a su grupo primario, desempleo, conflicto por padres por hurto.	Experiencia de calle, nula red social de apoyo.
Eje V	GAF PRE: 55 GAF POS: 75	GAF PRE: 60 GAF POS: 75	GAF PRE: 55 GAF POS: 60	GAF PRE: 60 GAF POS: 75	GAF PRE: 50 GAF POS: 50	GAF PRE: 65 GAF POS: 55

*SPA: Sustancias psicoactivas

DISCUSIÓN

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia realizado por el Ministerio de Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes en el 2008, el 2.7% de los encuestados (cerca de 540 mil personas) usaron alguna droga ilícita, con la mayor prevalencia entre 12 y 34 años de edad, en este sentido se observa que el grupo de pacientes participantes de la práctica están dentro del rango descrito.

Ahora bien, según el estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, situación de salud mental del adolescente, realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, la Universidad CES de Medellín y el Ministerio de la Protección Social (2010), existe predominancia del consumo de drogas en el sexo masculino, encontrando entre hombres y mujeres una relación de tres a uno. Este comportamiento también se replica en este trabajo de práctica en donde la proporción fue de cuatro hombres dos mujeres, pese a que la muestra fue pequeña, correspondiendo a los datos epidemiológicos mencionados.

Los resultados del trabajo de práctica se interpretarán teniendo en cuenta los mismos criterios utilizados en la investigación desarrollada por Rojas & Espinosa (2006), en donde por una parte el cambio está determinado por el paso de cada participante de un estadio a otro, no sólo en dirección positiva (avance) sino inclusive en dirección negativa (retroceso). Por otra parte, el cambio es conceptualizado como positivo y negativo, el registro del cambio indicará si los usuarios han pasado de un estadio hacia otro sin importar

la dirección, si permanecen en el mismo estadio con alguna modificación o si perseveran en la misma sin transformación alguna.

La entrevista motivacional es una técnica que posibilitó el cambio de un estadio a otro en el 86% (5) de los pacientes consumidores de heroína, la sexta persona logró estar en el estadio de acción y mantenimiento, pero cambió de forma negativa a la etapa precontemplativa, es decir, hizo un retroceso en el proceso de cambio, una recaída. Esto es coherente con lo que se ha observado con otros estudios como el de Rojas & Espinoza (2008) donde “aquellos que llegaron al estadio de acción y mantenimiento, se encontró que el 85% regresó a otras fases y sólo el 14% se mantuvo en tal estadio, siendo lo esperado que el 100% de los participantes se mantuviera en el mismo estadio en que inició las sesiones. En otras palabras este grupo, habiendo superado estadios, no puede mantenerse en determinada fase” (p.193)

El 33,2% de los participantes del proceso de práctica se encontraban en el estadio contemplativo y pasaron a la fase de acción, lo que sugiere que las sesiones motivacionales influyeron en este cambio, sin embargo y como lo menciona Rojas & Espinoza (2008), “cuando consiguen llegar al estadio superior, la tendencia a regresionar es significativa”, en nuestro estudio un participante llegó al nivel más alto, sin embargo no se puede determinar si se devolverá en el proceso dado que el tiempo de intervención fue de dos meses, se requeriría hacer seguimiento y continuar el proceso motivacional para medir esta variable.

El 16,6% de los participantes se mantuvo en un mismo estadio, es decir en el contemplativo, lo que evidenció que para este paciente las sesiones motivacionales no dieron el resultado esperado, disminuyó la cantidad de sustancia consumida pero no logró

mantenerse en abstinencia, posiblemente por el tiempo de consumo, los rasgos de personalidad, el patrón de uso de la sustancia y el trastorno del afecto secundario a la utilización de la sustancia psicoactiva; sin embargo, nunca abandonó el proceso, lo que permitiría inferir que con mayor tiempo y trabajo terapéutico logre pasar de un estadio a otro. En este sentido cabe mencionar que “si bien la vulnerabilidad individual es clave en la propensión a entrar en un proceso adictivo” (Le Moal, 2009 p.50), “el alto poder de reforzamiento de la heroína, puede hacer que una persona escale hacia el abuso y luego a la farmacodependencia con mayor frecuencia que con otras drogas” (Izasa, Suarez, Henao & Gonzalez, 2010 p.28).

Por otra parte, el 83% de los participantes iniciaron el consumo en la adolescencia en un rango entre los 14 y 16 años, aspecto que coincide con diferentes estudios epidemiológicos, “en los cuales se muestra que las personas se inician en el consumo de sustancias psicoactivas hacia el principio de la adolescencia, cuando aumenta significativamente la probabilidad de asumir conductas de riesgo, incluyendo la experimentación con sustancias psicoactivas” (Izasa, Suarez, Henao & Gonzalez, 2010, p.28).

Entre las variables predictoras de conducta adictiva se han reportado los trastornos de personalidad, es bueno tener presente que los farmacodependientes tienen alta comorbilidad con los desórdenes psiquiátricos, siendo los más frecuentes los trastornos del ánimo, el estrés postraumático y la personalidad antisocial (Naciones Unidas, 2009), es tan alta la asociación que ha dado origen a nuevos conceptos diagnósticos como la co-ocurrencia, entendida como el desarrollo en simultáneo de enfermedad mental y consumo

de sustancias, propuesto en diferentes publicaciones; una de ellas: Impacto de un programa de Servicio Ambulatorio en pacientes con comorbilidad mental y uso de sustancias (Grella & Stein, 2006, p.1006).

En el proceso de práctica el 33,2% de los participantes además de tener un trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas heroína, tienen rasgos de personalidad antisocial, “los pacientes con un trastorno por abuso de sustancias tóxicas simultáneo con un trastorno de personalidad antisocial, se caracterizan por un escaso control de los impulsos, la indiferencia por las consecuencias de sus acciones y la pérdida de perspectivas de futuro, por ello es necesario controlar continuamente el potencial de suicidio” (Valderrama, Vicente, Bollinches, Ochando y Sánchez, 2002, p. 368). Al igual que este presupuesto teórico, nuestros pacientes tenían historia con lesiones auto infligidas, asociado a un trastorno del afecto secundario al consumo y a elementos de impulsividad.

El 33,2% de los participantes presentan rasgos de personalidad dependiente, “estos individuos tienen una alta probabilidad de recaída cuando en el proceso de tratamiento se les demande una mayor autonomía puesto que suelen ser sensibles al abandono, como son muy influenciados, será importante evaluar su entorno próximo para localizar áreas de presión al consumo o funcionalidad del consumo en determinados entornos sociales” (Valderrama, Vicente, Bollinches, Ochando y Sánchez, 2002, p. 378), por ello la intervención motivacional estuvo enfocada al control y distanciamiento de las personas que facilitaban el consumo.

Por otra parte, se observó que el 33% de los pacientes presentan indicadores de limitación cognitiva, donde una de las hipótesis que podría explicar esta correlación está dada por el efecto psicoestimulante que dicha sustancia produce, aumentando el metabolismo cerebral y consecuentemente mejorando la velocidad de procesamiento de información la cual se ve notoriamente disminuida en los pacientes con retraso mental, no obstante se requieren estudios que avalen esta hipótesis.

En el eje IV se identifica coincidencia en problemas relativos al grupo primario de apoyo, “muchos estudios exploran la influencia de diferentes factores sociales en la aparición y persistencia de la conducta adictiva, la mayoría muestran como elementos centrales las relaciones con los padres, la presencia de otros adictos en la familia, la presión de los pares y distintas variables relacionadas con educación” (Glavak, Kuterovac & Sakoman, 2003, p.200).

La escala de evaluación de la actividad global (EEAG) heteroadministrada antes de la intervención determinó la funcionalidad del paciente al ingreso del proceso psicológico, la variación de EEAG en cinco de seis pacientes después del proceso motivacional es coherente con el cambio evidenciado en la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA.

Cabe resaltar que cuatro de seis pacientes estuvieron abstemios durante el proceso psicológico, aspecto que demuestra que las intervenciones motivacionales brindadas en términos generales tuvieron resultados positivos, logro que coincide con los resultados de la investigación de Tiburcio (2008), en donde resaltan la pertinencia de las estrategias

motivacionales para mantener la abstinencia en pacientes consumidores crónicos de heroína.

En este sentido, también en el proceso de intervención se pudo observar la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico de terapia de sustitución opiácea en este caso con metadona, como los sustentan múltiples estudios condensados en las guías de tratamiento al uso de sustancias y desórdenes relacionados (parte II adicción a opiáceos), la abstinencia biológica de la heroína siempre tenderá a sobrepasar los mecanismos psicológicos del individuo para enfrentar el síndrome de abstinencia. (Asociación Mundial de psiquiatría Biológica, 2011, p.180)

En nuestro caso cuando había suspensión del mismo o no seguían las prescripciones médicas el proceso de cambio, las expectativas sobre la intervención y en especial la motivación se veía debilitada, de aquí la importancia del trabajo interdisciplinario con el profesional de psiquiatría no sólo para el diagnóstico sino para revisar los avances, retrocesos y adherencia al tratamiento, algunos pacientes toman la medicación, en este caso metadona, y paralelamente consumen la sustancia psicoactiva, aspecto desconocido por el médico tratante, pero definido en las sesiones de seguimiento del profesional de psicología, situación que podría tener un manejo adecuado con la continua interacción entre el psicólogo y el psiquiatra.

Cabe resaltar que para el ámbito local no existen aproximaciones investigativas que evalúen las intervenciones psicoterapéuticas en adicciones y que por tanto permitan tener

antecedentes para confrontar los resultados de este trabajo, convirtiéndolo en pionero aunque también dificulte la comparación.

Los cambios presentados en el 85% de los pacientes sugieren la utilidad de la entrevista motivacional, por lo tanto se requeriría introducir la misma como parte de la formación académica en las áreas de la salud que estén relacionadas con la farmacodependencia, trabajo social, medicina y psicología. Es necesario tener en cuenta, que los cambios positivos o negativos de los pacientes no sólo están determinados por la intervención motivacional, sino que también están influidos por las características propias de cada paciente como: trastornos psicopatológicos, enfermedades médicas, rasgos de personalidad, habilidades y adherencia al tratamiento psiquiátrico, entre otros, además del contexto en el que cada uno de ellos está inmerso.

Si bien es cierto, la entrevista motivacional es un primer paso para el cambio, es necesario tener en cuenta las características individuales de los pacientes que cobran vital importancia en el mantenimiento del mismo, razón por la cual es necesario la aplicación de instrumentos que evalúen de manera específica una dimensión psicopatológica relacionada con la teoría del autotratamiento en adicciones, puesto que desde un abordaje más amplio que no fue incluido en este trabajo están claramente identificados otras psicopatologías como: “los trastornos de personalidad, eventos vitales negativos y estresantes y relaciones afectivas negativas, en particular las relaciones padres-niño” (Izasa, Suarez, Henao & Gonzalez, 2010, p.15) que hacen parte del sujeto y que indudablemente son una variable que influye en el cambio.

Con respecto al instrumento evaluativo, si bien ha mostrado su eficacia y ha sido validado para España y Lima, no se encuentra validado para Colombia, lo que haría necesario trabajos posteriores para la validación de este instrumento.

En este sentido y para mejorar la validez interna de la investigación, se propone realizar una próxima aplicación con un diseño de investigación experimental que cuente con un grupo control y otro experimental, aspecto que permitiría corroborar si los cambios presentados por los pacientes consumidores de heroína están dados por la intervención motivacional o por otras variables. Al respecto Prochaska y DiClemente (1999) mencionan “las etapas de cambio son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio ayudado por un terapeuta, es decir, ya sea dentro o fuera de una terapia, las personas parecen pasar por fases similares y emplear procesos de cambio también similares” (p. 88). En el proceso de práctica no se puede determinar cuál fue el porcentaje de cambio de los pacientes que se dio por la entrevista motivacional, para ello sería necesario hacer un diseño de investigación que controle otras variables como el consumo de metadona, las características personales y el tipo de consumo, entre otras.

Ahora bien, la entrevista motivacional es la puerta para la terapia, parafraseando a Miller y Rollnick (1999) la entrevista motivacional es el preludio que permite la apertura para el cambio y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior.

Se recomienda para próximos estudios Validar en Colombia la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA, y realizar un estudio de diseño experimental para controlar y mejorar la validez interna, de igual forma se hace

indispensable para este tipo de trabajos contar con mayor número de población, con el fin de mejorar el nivel estadístico y darle validez externa al estudio.

Se sugiere de igual manera fortalecer el trabajo interdisciplinario entre psicología y psiquiatría con el fin de generar estrategias apoyen y haga crecer ambos procesos.

En relación a la experiencia de práctica es necesario resaltar que para el desarrollo de la técnica de entrevista motivacional fue necesario apropiarse de elementos teóricos y técnicos específicos que enriquecen tanto a nivel personal como profesional, gracias al proceso de práctica se fortaleció el trabajo multidisciplinar específicamente con psiquiatría.

REFERENCIAS

- Aley, P. (2011, 27 de Marzo). Casos de sobredosis de heroína prenden alerta en Colombia. Diario El Tiempo. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7492387>.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnóstico and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en Drogodependencias*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias. Citrán, FISP.
- Comisión Nacional para la reducción de la demanda de Drogas. (2007) *Política Nacional para la Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Ministerio de la Protección Social. Colombia. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/documentos/Resumen%20Ejecutivo%20PN RCSPA.pdf>
- Diskin, K. M., Hodgins, D. C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Revista Behaviour Research and Therapy*, 47, 382–388
- Dozois, D. J. A., Westra, H. A., Collins, K. A., Fung, T. S., & Garry, J. K. F. (2004). Stages of change in anxiety: Psychometric properties of the University of Rhode Island

- Change Assessment (URICA) scale. *Revista Behaviour Research and Therapy*, 42, 711-729.
- Fasce, N. (2003). *Relación entre estudio y proceso de cambio según el tiempo de internamiento en un grupo de parientes drogodependientes*. Tesis para optar el Título de Magíster en Psicología Clínica. Universidad Cayetano Heredia. Lima
- Glavak R, Kuterovac-Jagodic G, Sakoman S. (2003) Perceived parental acceptance rejection, family-related factors, and socio-economic status of families of adolescent heroin addicts. *Croat Med J*. pp.199-206.
- Grella, C. E, Stein, J. A. (2006). Impact of Program Services on Treatment Outcomes of Patients With Comorbid Mental and Substance Use Disorders. *Revista Psychiatric Services*, 57, 1007-1015
- Instituto Departamental de Salud (2010). *Informe Anual de Epidemiología*. Norte de Santander. Cúcuta
- Isaza, C., Suárez P., Henao J. & Gonzalez M. (2010). Características demográficas y de consume en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Revista Investigaciones Andina*, 21, 12, 28.
- Le, Moal & Drug, M. (2009). Abuse: vulnerability and transition to addiction. *Pharmacopsychiatry*, 42-55.
- McConaughy, Prochaska y Velicer, (1983) Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Universidad Complutense de Madrid

- Michael, S, Kranzler H. R, Brink, Wim V. D., Krystal, J., Möller, H. J. and Kasper S. (2011). Guidelines for the Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders. Part 2: Opioid dependence. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) *World Journal of Biological Psychiatry*, 12, 160-187
- Miller, R. W. & Rollnick, S. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*, 6, 3-7.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes República de Colombia (2008). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*.
- Ministerio de Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Universidad CES (2010). *Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Editorial CES. Medellín.
- Molly M, Apodaca T. R., Barnett N. P., Monti P. M. (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 299–305
- Montero, I. & León, O. G. (2004). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.

Naciones Unidas. (2009) .Oficina contra la droga y el delito. *Informe Mundial sobre las Drogas*.

National Institute on Drug Abuse. NIDA. *National Institute of Health En español*. (2005).*Serie de Reportes de Investigación - Adicción a la Heroína*: NIH Publicación Número 02-4165(S), 1-8 Recuperado de: <http://www.nida.nih.gov/PDF/RRHeroína.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C: OPS, Impreso en Maryland, EE.UU. por Signature Book Printing,78-84

Prochaska, J.O & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casas M. & Gossop M. (Eds.) *Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas*. Barcelona: Ediciones Neurociencias, 85-136.

Rojas, Valero M. J & Espinoza, P. L. (2008) Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa “Lugar de Escucha”- CEDRO Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. *Revista Adicciones Sección Latinoamericana*, 20, 185-186

Tiburcio, N. J. (2008). Long-Term Recovery from Heroin Use Among Female Ex-Offenders: Marisol’s Story. Institute for Treatment Services Research, National

Development and Research Institutes USA, *Revista Substance Use & Misuse*, 43, 1950–1970.

Valderrama, J.C., Cervera G., Vicente de P., Bolinches F., Ochando B., Sanchez P. (2002)

Tratamiento de los Trastornos de la personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias. En Rubio Gabril, Lopez Muñoz Francisco, Alamo Cecilio & Santo Domingo Joaquín, *Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias*. Editorial médica panamericana. Madrid, 357-384.

Yataco, Tarma Alex. (2008). *Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen* TESIS para optar el título de Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado(a) con el documento de identidad No. _____, en plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado(a) adecuadamente de los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido como sujeto experimental de este trabajo referente a esta declaración.

Así mismo, soy consciente que mi participación es voluntaria y que podré retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna explicación adicional o justificación. Así como también, soy consciente que los resultados derivados de los análisis tendrá un manejo confidencial, de manera que no será publicado mi nombre e identidad.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
C.C.

NYDIA MILENA MONTAÑEZ MENDOZA
Psicóloga, estudiante de postgrado en Psicología Clínica

ANEXO 2

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado(a) con el documento de identidad No. _____, en plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado(a) adecuadamente de los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido mi hijo (a) _____ de nombre _____ de _____ años de edad, como sujeto experimental de este trabajo referente a esta declaración.

Así mismo, soy consciente que la participación de mi hijo (a) es voluntaria y que podrá retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna explicación adicional o justificación. Así como también, soy consciente que los resultados derivados de los análisis tendrá un manejo confidencial, de manera que no será publicado el nombre de mi hijo(a).

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C.

NYDIA MILENA MONTAÑEZ MENDOZA
Psicóloga, estudiante de postgrado en Psicología Clínica

ANEXO 3



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

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

Nombre.....

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

Apellidos.....

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



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

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 mi 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



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

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

ANEXO 4

 Universidad Complutense Madrid	Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica
Ficha Técnica	
IDENTIFICACIÓN	
Nombre: Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).	
Nombre original: University of Rhode Island Change Assessment (URICA).	
Autores: McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Prochaska et al., 1992.	
Año: 1983	
Versiones: Aunque no existen distintas versiones propiamente dichas, existen adaptaciones para los diferentes estudios. Éste instrumento es explícitamente abierto pues los ítems hacen referencia al problema que el paciente presenta, partiendo de la base de que se habrá acordado con el paciente a que problema se hace referencia (tabaquismo, alcoholismo, comer compulsivo, juego patológico, etc...). Siendo así, se han realizado adaptaciones de los ítems a un problema concreto. Igualmente se ha adaptado para población subclínica, en estudios como el de Dozois y otros (2004).	
DESCRIPCIÓN	
Tipo de Instrumento: Cuestionario.	
Objetivos: Esta prueba evalúa la situación del sujeto en el continuo de disposición al cambio propuesto por Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico.	
Población: Población clínica con problemas de adicción, aunque también se ha usado con control de peso y bulimia nerviosa entre otros.	
Número de ítems: 32	
Descripción: Está compuesto por 4 subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y 8 ítems en cada una. Los ítems consisten en frases en que el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con las mismas en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”. Se trata de un autoinforme en el que la formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema o adicción concreta sino genéricamente al término “ <i>problema</i> ” que el evaluador habrá definido previamente con el sujeto.	
Criterios de calidad:	
<u>Fiabilidad:</u> Se ha evaluado la <i>consistencia interna</i> , siendo bastante elevada: entre 0.69 y 0.89.	
Homogeneidad: En estudios como los de Dozois, Westra y otros (2004), se ha evaluado homogeneidad mediante las correlaciones entre los ítems y las respectivas subescalas, así como las correlaciones entre los diferentes ítems, obteniéndose correlaciones más altas dentro de cada escala que con las demás.	
<u>Validez:</u> En análisis factorial muestra la plausibilidad del modelo transteórico de estadios de cambio. Discrimina entre patrones de uso del alcohol, expectativas sobre la bebida, y consecuencias relacionadas con el consumo en muestras de pacientes con problemas de consumo de alcohol que siguen en tratamiento. Igualmente, los estudios parecen validar la existencia de una serie de perfiles respecto a la disposición para cambiar de pacientes adictos (subgrupos precontemplador, desanimado, ambivalente, contemplador, participativo...). En estudios como los de Dozois y Westra (2004) o los de Derisley y Reynolds (2000), igualmente se midieron las correlaciones entre las distintas subescalas, obteniéndose, tal como se esperaba, correlación negativa entre	



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Ficha Técnica

Precontemplación y las otras 3 subescalas, al igual que correlaciones más fuertes entre *Acción y Mantenimiento*, que de éstas con *Contemplación*. Estos datos dan apoyo científico a la teoría de Prochaska y DiClemente.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El sujeto debe contestar a cada ítem en función de su grado de acuerdo en ese momento, según una escala de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”.

Corrección e interpretación: En cuanto a las normas de corrección me ocurre como con las de aplicación (tan sólo se sabe que las puntuaciones para cada subescala oscilan entre 8 y 40). En cuanto a la interpretación, cabe decir lo siguiente: La escala URICA evalúa 4 de los 5 estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Pretende evaluar en qué medida el sujeto presenta comportamientos o cogniciones propias de un estadio u otro. Analizando ítem por ítem, se obtiene pues, una información muy valiosa de cara a qué elementos hay que trabajar en la terapia. Hay que tener en cuenta a la hora de la interpretación, que de este autoinforme obtenemos información de la situación del sujeto en cada uno de dichos estadios, pues se obtiene una puntuación en cada uno. Por tanto, aumentan las dificultades si el objetivo perseguido es clasificar al adicto o sujeto con una conducta problema en un único estadio.

Momento de aplicación: Evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencia original:

McConaughy, 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.

Otras referencias de interés:

Calvo, R., Alba, V., Servan, I. y Pelaz, s: (2001). Procesos de cambio y factores de resistencia en trastornos de la alimentación según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. *Clínica y Salud*, 12, 237-251.

Cohen, P.J., Glaser, B.A., Calhoun, G.B., Bradshaw, C.P. y Petrocelli, J.V. (2005). Examining readiness for change: A preliminary evaluation of the University of Rhode Island Change Assessment with incarcerated adolescents. *Measurement and evaluation in counselling and development*, 38, 45-62.

Dozois, J.A., Westra, H.A., Collins, K.A., Fung, T.S. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Assessment Scale (URICA). *Behavior research and therapy*, 42, 711-729.

Nochajski, T.H. y Stasiewicz, P.R. (2005). Assessing stages of change in DUI offenders: A comparison of two measures. *Journal of addictions nursing*, 16, 57-67.

Trujols, J., Tejero A. y Bañuls E. (1993). *Instrumentos de evaluación en adicciones*, 51-68.

[illegible]

ANEXO 6

CATEGORÍAS DE LA CONDUCTA RESISTENTE DEL PACIENTE	
1. ARGUMENTAR: El paciente pone a prueba la habilidad, nivel de conocimientos o integridad del terapeuta	
Retar	El paciente pone a prueba de forma directa lo que el terapeuta ha dicho
Desvalorización	El paciente cuestiona la autoridad personal del terapeuta y sus conocimientos
Hostilidad	El paciente expresa la hostilidad de forma directa hacia el terapeuta
2. INTERRUMPIR: El paciente corta e interrumpe al terapeuta de una manera defensiva	
Discutir	El paciente habla mientras que el terapeuta está todavía hablando, sin esperar un momento en que se produzca una pausa o un silencio
Cortar	El paciente corta con palabras de una forma claramente intencionada al terapeuta.
3. NEGAR: El paciente expresa no querer reconocer los problemas, o cooperar, o aceptar la responsabilidad, o aceptar un consejo.	
Culpabilizar	EL paciente culpabiliza a los demás de sus problemas
Estar en desacuerdo	El paciente está en desacuerdo con la sugerencia que ha realizado el terapeuta, sin ofrecer una alternativa constructiva, esto incluye la expresión familiar “si, pero...”, que expresa lo que está mal en las sugerencias que se han realizado.
Excusarse	El paciente utiliza excusas para justificar su conducta
Reclamar la impunidad	El paciente defiende que no corre peligro alguno
Minimización	El paciente sugiere que el terapeuta está exagerando los riesgos o peligros, y que “realmente no está tan mal”.
Pesimismo	El paciente hace comentarios generales sobre sí mismo o sobre los demás que son pesimistas, autoculpabilizadores, o de tono negativo.
Reticencia	El paciente expresa reservas y reticencia sobre la información o el consejo dado.
No querer cambiar	El paciente expresa una falta de deseo de querer cambiar o una intención de no cambiar.
4. IGNORAR: El paciente da señales de no seguir o de ignorar al terapeuta.	
Falta de atención	La respuesta del paciente indica que no está siguiendo o no está atendiendo al terapeuta
Falta de respuesta	Cuando responde a las preguntas del terapeuta, el paciente da una respuesta que no es adecuada a la pregunta.
No respuesta	El paciente da una respuesta no audible o no verbal a la pregunta del terapeuta.
Desviarse	El paciente cambia la dirección de la conversación que el terapeuta está persiguiendo.

Nota: adoptado de un sistema de codificación de conductas propuesto por Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh y Forgatch (1984) citado por Miller & Rollnick (1999) p.137

ANEXO 7

PREGUNTAS PARA PROVOCAR AFIRMACIONES AUTOMOTIVADORAS	
1. Reconocimiento del problema	¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema? ¿Qué dificultades ha tenido con la forma en que usted utiliza las drogas? ¿De qué maneras cree que usted u otras personas se han visto afectadas por el hecho de que usted consuma? ¿De qué manera esto ha sido un problema para usted? ¿De qué maneras su uso de tranquilizantes no le ha dejado hacer lo que usted quería hacer?
2. Preocupación	¿Qué hay en su manera de beber que usted u otras personas podrían ver como motivos de preocupación? ¿Qué es lo que le preocupa en la forma en que usted utiliza las drogas?, ¿Qué es lo que imagina que le ocurriría? ¿Cómo se siente con su forma de jugar? ¿Hasta qué punto le preocupa? ¿De qué formas esto le preocupa? ¿Qué cree que el ocurrirá si no realiza un cambio?
3. Intención de Cambiar	El hecho de que usted esté aquí quiere decir que al menos una parte suya piensa que ha llegado el momento de hacer algo. ¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar? Si pudiese tener un cien por cien de éxito y las cosas salieran exactamente como usted desearía, ¿qué podría pasar? ¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar bebiendo de la manera que lo ha venido haciendo? ¿Y qué puede decirme de lo contrario?, ¿Qué es lo que le hace pensar que ha llegado el momento de cambiar? ¿Qué piensa de su forma de jugar en estos momentos? ¿Cuál serían las ventajas de realizar un cambio? Entiendo que se sienta atrapado. ¿Qué es lo que debería cambiar?
4. Optimismo	¿Qué le hace pensar que si decide introducir un cambio, lo podría hacer? ¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea? ¿Qué es lo que cree que le funcionaría, si decidiese cambiar?

Nota: Tomado de La Entrevista Motivacional (1999) Miller & Rollnick. P. 112