



MOTIVACIÓN Y RETENCIÓN EN UN TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA

Ernesto Lois Ibáñez y Juan Antonio Álvarez García

(TAC Asturias, 2009)

elois66@hotmail.com

Cocaína, Motivación, Evaluación, Estadios del cambio, Retención.

RESUMEN:

Algunos datos recientes sobre el consumo de cocaína en nuestro país son preocupantes teniendo en cuenta que España sigue copando, tras los Estados Unidos, las tasas más altas de abuso de cocaína y la prevalencia media de personas que lo ha probado aumentó en los dos últimos años un grado porcentual situándose en el 8%. También la edad de inicio al consumo se ha reducido y, en cambio, la percepción de riesgo, la conciencia de problema o la demanda para hacer un tratamiento de deshabituación no van parejos a la gravedad del problema. Además, sólo entre un 25% y un 35% de los consumidores se plantean iniciar un programa para cambiar su estilo de vida. Y de aquellos que se plantean un cambio, y lo hacen con la ayuda de un tratamiento, los seis primeros meses son cruciales, ya que es el tiempo en el que más abandonos se producen, acentuándose aún más este riesgo en las primeras semanas, durante el periodo en el que se evalúa al usuario.

El problema que nos encontramos los profesionales es como trabajar desde este primer momento con una persona que no reconoce tener un problema, quizás porque no tiene conciencia de él, con alguien que se muestra ambivalente a ese cambio, o con alguien al que le cuesta dar los primeros pasos. Si a esto le añadimos cierto deterioro neurológico, la ayuda se complica. Para ello, nos planteamos evaluar en una muestra de 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-. Asimismo, nos propusimos valorar -en una muestra más reducida- como afecta el deterioro neuropsicológico con el que llegan al programa, a su adhesión a éste. Tratamos de analizar, por último, en qué medida estos dos factores, el estadio motivacional y el rendimiento neuropsicológico podrían relacionarse con el resultado final del tratamiento.

Los resultados del trabajo mostraron datos relevantes y dieron valor notable a una de las tres variables sobre motivación con las que se trabajó a través del cuestionario SOCRATES. De las aportaciones extraídas de la variable que evalúa el reconocimiento o conciencia de problema, observamos que de las personas que abandonan el programa antes de dos meses casi siete de cada diez (69,5%) tienen una puntuación baja en reconocimiento. 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. Sí podemos concluir que los instrumentos que utilizamos para realizar la Evaluación nos pueden ayudar a enfocar el abordaje terapéutico de los usuarios para prevenir abandonos prematuros..

INTRODUCCIÓN

El último informe de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas publicado este año refleja que en el conjunto de la Unión Europea la cocaína es, tras el cannabis, la droga ilegal de mayor consumo entre los adultos jóvenes. También es, la droga de mayor tráfico en el mundo después de los derivados del cannabis y España sigue siendo uno de los principales de los puntos de entrada, sino el primero. Estos datos han sido confirmados en el último informe de Naciones Unidas, donde se muestra que nuestro país es el segundo con las tasas más altas de abuso de cocaína, sólo superado por Estados Unidos (United Nations Office for Drugs and Crime, 2005).

Cerca de 8 millones de jóvenes europeos de entre 15 y 34 años han probado cocaína en alguna ocasión. La prevalencia media para esta frecuencia de consumo, -alguna vez a lo largo de la vida-, se sitúa en Europa en el 5,3 %. Sólo cinco países superan esta cifra, y entre ellos, se encuentra España, cuyo porcentaje según la reciente Encuesta EDADES 2008 (PNSD), se eleva hasta el 8%, el más alto desde el año 1995 en el que se iniciaron este tipo de muestras. Otro dato preocupante más nos indica que la edad media del primer consumo de cocaína se situó el año pasado en 20,9 años, un adelanto de casi un año respecto a la edad de inicio registrada en 1999 (21,8 años). Desde el año 1999, es también la droga ilegal más frecuentemente mencionada en las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas.

Y como en Europa, las solicitudes de tratamiento por problemas causados por el consumo de cocaína son las que registran el mayor aumento sobre el total de las recibidas. En el año 2005, la cocaína era ya la responsable del 62,1% de las solicitudes de admisión a tratamiento por primera vez y del 46,9% del total de las producidas en España.

Los consumidores minimizan los graves efectos de la cocaína sobre la salud porque no son visibles en el corto plazo y porque, en general, cuando aparecen, la mayoría de las veces no se atribuyen directamente al consumo de la droga. Además, se olvida con frecuencia que la cocaína se consume por lo general en asociación con otras drogas, como alcohol, tabaco y cannabis, que potencian los efectos de la primera. La frecuencia de los consumos, en gran número limitados a los fines de semana, contribuyen también a considerar su uso como fácilmente controlable. La percepción de riesgo y la conciencia de problema no alcanzan el nivel suficiente como para demandar un tratamiento, que se acaba produciendo cuando ya ha generado numerosos conflictos en la persona.

En concreto, el consumo de cocaína ha sido asociado con complicaciones médicas, alteraciones en el funcionamiento cerebral, y consecuencias familiares, sociales, laborales, legales y psicopatológicas que interfieren en la calidad de vida de los pacientes con adicción a esta sustancia (Casete y Climent, 2008). A pesar del indudable avance en el conocimiento y en el tratamiento de esta adicción, aún quedan muchas cuestiones abiertas tanto para explicar el desarrollo del trastorno como para avanzar en el tratamiento eficaz del mismo. Las tasas de retención y abstinencia son elevadas si se comparan con otros trastornos, pero en la clínica sigue siendo un actual foco de interés y superación el desarrollar opciones terapéuticas eficaces para aquellos usuarios que acuden, recaen o abandonan los tratamientos (García-Rodríguez, 2007). El abandono de los programas se da principalmente en los primeros seis meses, y mayor aún en las semanas iniciales. Cuantas veces hemos escuchado "es que no estaba suficientemente motivado"...

JUSTIFICACIÓN

La perspectiva motivacional

Un cuarto de siglo después, el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente sigue siendo una referencia principal a la hora de dar cuenta de los procesos de cambio que siguen las personas que se deciden a iniciar un programa de tratamiento por adicción a las drogas. A través de esta teoría se logró superar la concepción tradicional de carácter dicotómico que afirmaba que el cambio se daba en un solo paso -del consumo adictivo a la abstinencia- y se avanzó hacia una visión más procesual dividida en cinco etapas. Si en la actualidad este modelo mantiene su vigencia no es sólo gracias a sus valiosos aportes a la comprensión de un fenómeno tan complejo, sino además al mayor soporte empírico en el que se basa para describir, explicar y predecir la modificación de conductas adictivas.

El modelo tiene un carácter tridimensional pues identifica tres aspectos del cambio en las conductas adictivas: los estadios del cambio, esto es, la división temporal del proceso en etapas de acuerdo a un criterio basado en la motivación de la persona a modificar su conducta; los procesos del cambio, alusivos a las acciones realizadas por esa persona en proceso de cambio, y que transforman las cogniciones, los afectos, las conductas, las relaciones interpersonales; y los niveles de cambio, consistentes en los problemas psicológicos de la persona susceptibles de ser tratados a lo largo del tratamiento.

Una de las partes centrales del trabajo va a ser la dimensión temporal del modelo, aquella que divide el proceso en etapas. De hecho, uno de los cuestionarios principales que vamos a utilizar nos va a dar información sobre este campo, en el que podremos ver no sólo el grado de motivación, sino en que etapa se sitúa el usuario al inicio del tratamiento. Sin embargo, no podemos renunciar a las otras dos dimensiones del modelo, ya que de los resultados de la primera, podremos ayudar a orientar y planificar a la persona sobre el trabajo a realizar y así, que nuestra intervención le ayude a alcanzar un nivel motivacional óptimo. Por un lado, concretando que acciones podría realizar para alcanzar sus objetivos en lo que tiene que ver con los procesos del cambio, y por otro, por lo que respecta a los niveles del cambio, abordando los problemas de orden personal y psicológico que el usuario quiera tratar de acuerdo a sus necesidades.

En el tratamiento de las adicciones la temporalidad vendría dada desde el momento en que el sujeto no considera apenas necesario cambiar su conducta, -ya que no tiene conciencia de problema, aunque se da el hecho contradictorio de acudir a un programa de tratamiento-, hasta el momento en que el problema ya no existe. Los cinco estadios del cambio del modelo son: precontemplación, contemplación, preparación o determinación, acción y mantenimiento...

- *Precontemplación.* El usuario no considera necesario el cambio, pues no ve un problema que lo haga necesario. El uso correcto del término implica que alguien sabe que tiene un

MOTIVACIÓN Y RETENCIÓN EN UN TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA

problema pero no es consciente de él. Suele ocurrir con aquellas personas que llegan al centro presionadas por familia, por temas judiciales o de otra índole.

- *Contemplación.* Aquí ya se percibe la necesidad de cambiar aunque todavía no se ha realizado nada objetivo al respecto. Una vez que aparece una toma de conciencia del problema, la persona entra en un periodo caracterizado por la ambivalencia, esto es, considera y rechaza el cambio a la vez.
- *Determinación.* La persona toma la decisión de ponerse en acción en un futuro próximo. Es consciente de que está preparado para realizar conductas de cambio. No inicia una acción efectiva pero es posible que muestre pequeños cambios de comportamiento.
- *Acción.* Se hacen patentes significativos esfuerzos de cambio que le suponen al individuo un considerable gasto de tiempo y energía. Esta etapa implica modificar comportamientos no deseados y mantenerlos durante un tiempo considerable.
- *Mantenimiento.* La persona trabaja para prevenir su recaída y consolidar los resultados logrados durante la acción. No significa que el cambio haya terminado sino que continúa, alejándose del comportamiento adictivo y comprometiéndose en sus nuevos hábitos de conducta.

Pese a su evolución en el tiempo, su estructura no es lineal sino espiral, es decir, la mayoría de las personas no siguen un proceso unidireccional de avance, pasando de una etapa a otra hasta concluir el cambio deseado, sino que avanza algunos estadios, recae y retrocede a estadios anteriores para luego avanzar a un estadio superior al logrado en el primer avance. De hecho, un estudio realizado por los mismos autores en 1991 con pacientes adictos a la nicotina registró que, en dos años, sólo el 5% avanzó en forma lineal sin recaer, mientras que el resto presentó un promedio de entre tres y cuatro recaídas.

La recaída formaría parte del proceso de avance de un estadio a otro, a diferencia del modelo dicotómico tradicional donde se consideraría un fracaso, un derrumbamiento total. Hay que contar con que un número significativo de consumidores de cocaína recaen en algún momento del ciclo, aunque una gran parte de ellos no abandona su intento, sino que reciclan a partir del estadio de contemplación y se preparan para la actuación posterior. El patrón en espiral indica que la mayor parte de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída.

La motivación para el cambio es vital para el establecimiento de un programa adecuado de tratamiento. En el T.A.C. (Tratamiento de Adicción a la Cocaína) de Proyecto Hombre en Asturias incorporamos a nuestro trabajo de Evaluación, -hace aproximadamente tres años-, el cuestionario SOCRATES (States of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; Miller 1993), siguiendo la línea de aplicación de nuevos instrumentos para evaluar la motivación al cambio con la que una persona llega al centro demandando ayuda (La entrevista motivacional, Miller y Rollnick. 1999). Similar al elaborado por los autores del modelo transteórico (URICA, Prochaska y Di Clemene, 1986), u otros sobre disposición al cambio (RCQ Rollnick et al, 1992), el cuestionario SOCRATES -es más específico para adicciones a drogas y alcohol-, nos permite valorar la motivación para el cambio del usuario que desea realizar el tratamiento en ese momento y estimar en que estadio se encuentra. La corrección del test nos facilita además interpretar los resultados no sólo de forma cuantitativa sino también cualitativa, a través de las respuestas a los distintos ítems, lo que resulta

interesante desde el punto de vista clínico. Con esta idea, este estudio busca observar y conocer hasta que punto es significativo el estadio de cambio en el que la persona llega al tratamiento y si de esos datos pudiéramos llegar a predecir la evolución del mismo.

El valor de la retención

Tras la somera aproximación a la perspectiva motivacional, llegamos al segundo valor de referencia planteado en esta parte teórica: la retención. Cabe recordar que Prochaska y Di Clemente pusieron de manifiesto que el grado de éxito alcanzado al finalizar un tratamiento se relacionaba directamente con el estadio motivacional en el que se encontraba el paciente (Jiménez, Vicens, Moro, Cortés y Pascual, 2003).

Pero si importante es este factor, no lo es menos la retención, una de las principales causas de fracaso terapéutico y uno de los mayores problemas con el que nos enfrentamos todos los profesionales en el ámbito de las drogodependencias. Una de sus formas más graves es el abandono prematuro del tratamiento. Aunque la intervención terapéutica algo ha avanzado, O'Malley, Anderson y Lazare destacaban en 1972, que sólo el 3% de los heroinómanos que acudían a una clínica psiquiátrica ambulatoria volvían a la segunda visita que se les había aconsejado.

En el tratamiento de la adicción a las drogas, se ha podido observar una tasa de abandonos muy elevada, siendo dicho abandono casi un pre-requisito de la vuelta al consumo. Este hecho justifica conceder una atención especial a este grave problema.

No en vano se presenta con unas tasas muy superiores en comparación con otro tipo de trastornos (Swett y Noonan, 1989; MacNair y Corazzini, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Al mismo tiempo, las tasas de abandonos en los tratamientos de adicción a la cocaína son superiores a los de otras sustancias (Fishman, Reynolds, y Riedel, 1999; Veach, Remley, Kippers, y Sorg, 2000).

La eficacia de los tratamientos para la drogadicción está altamente correlacionada con la retención, ya que el abandono prematuro del tratamiento se relaciona con una mayor probabilidad de recaída, y el mantenimiento en el mismo, con un mejor pronóstico. Esta relación ha sido confirmada en el tratamiento de varios tipos de adicciones, incluyendo la adicción a la cocaína (Wells, Peterson, Gainey, Hawkins, y Catalano, 1994).

OBJETIVO PRINCIPAL

- Evaluar el comportamiento de los estadios de motivación al cambio (Proschaska y Di Clemente) medidos con el cuestionario SOCRATES en relación con la retención a un tratamiento de adicción a la cocaína de Proyecto Hombre.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Describir los estadios del cambio de los usuarios al inicio de un tratamiento de Adicción a la cocaína.
- Determinar como los estadios de motivación al cambio se relacionan con la retención al tratamiento.
- Valorar la utilidad del cuestionario SOCRATES en la Evaluación inicial al tratamiento.

METODOLOGIA

Descripción del Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre Asturias (TAC)

Tratamiento de deshabituación para personas que demandan atención por su adicción a sustancias psicoestimulantes, fundamentalmente cocaína. La acción terapéutica se centra en el objetivo de abstinencia de esta sustancia principal, incidiendo en cambios saludables del estilo de vida, manteniendo y mejorando la integración social y laboral de la persona y dotándola de las capacidades y habilidades necesarias para prevenir posibles recaídas.

El tratamiento se realiza en un marco ambulatorio, aunque se contempla excepcionalmente la posibilidad de realizarlo de a través de un recurso residencial. Previo al inicio del programa adecuado al perfil de cada usuario se desarrolla la Evaluación (Buenas Prácticas, Programas para el tratamiento de cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre, 2009), una etapa que nos permite objetivar la impresión diagnóstica con una batería de instrumentos en los que se recogen tanto impresiones subjetivas como mediciones psicométricamente objetivas. Además, aporta información relevante sobre el consumo y/o asociación de drogas y alcohol, que se ha manifestado en la literatura como una variable fundamental en el curso de la rehabilitación.

La duración media de este tratamiento es de 18 meses, y se desarrolla en tres programas independientes, en función del perfil de cada persona: programa ambulatorio, programa de apoyo y programa CRA (Aproximación de Reforzamiento Comunitario).

- **PROGRAMA AMBULATORIO.** Dirigido a personas mayores de 18 años, de ambos sexos, que, o bien abusan de cocaína como forma exclusiva de consumo o bien lo hacen acompañada de otros estimulantes (anfetaminas, speed, MDMA...), u otras sustancias como alcohol o cannabis. Se realizará en un marco ambulatorio para la totalidad de los usuarios, contemplando excepcionalmente la posibilidad de realizarlo inicialmente a través de un recurso residencial, siempre que el perfil o los apoyos sociales no se ajusten adecuadamente. El trabajo grupal constituye un punto fuerte en la estructura metodológica del programa. También lo son el acompañamiento y la orientación familiar, cuando ambos sean posibles. El proceso terapéutico está estructurado en etapas o fases: Evaluación, fase A de integración grupal, fase B de conocimiento y fase C de consolidación, con objetivos diferenciados y evaluables, tanto por el usuario como por el equipo terapéutico. Durante el tiempo de tratamiento, que finaliza con el Alta Terapéutica, se realizarán analíticas de orina para reforzar la abstinencia de cocaína y otras sustancias.

En los últimos dos años se ha trabajado en el programa con el consumo de alcohol estableciendo un plan de bebida controlada para que los usuarios puedan poner en práctica, con ayuda terapéutica, su consumo y prevenir así posibles recaídas (Trabajo con el consumo de alcohol en el Tratamiento para la Adicción a la Cocaína, Helí Alvarez, Juan A. Alvarez, 2008).

Objetivos del tratamiento:

1. Lograr que el usuario conozca el efecto adictivo de la cocaína, así como ayudarle a controlar la conducta impulsiva que mantiene la dependencia e impide la abstinencia; aprendiendo a identificar qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden prevenir o aproximarles al consumo.

2. Posibilitar los procesos de cambio a nivel comportamental, emocional y cognitivo que sean necesarios para lograr la abstinencia con respecto a las drogas.

3. Reequilibrio del estilo de vida: fortalecer las estrategias globales de afrontamiento. Promover cambios en el sujeto que progresivamente le acerquen a un mayor bienestar biopsicosocial y a un estilo de vida más saludable.

- PROGRAMA DE APOYO. Tiene los mismos objetivos que el programa ambulatorio aunque en éste se incluyen los usuarios que, tras la primera fase de Evaluación se valore, en base a circunstancias personales, laborales, psicológicas, de edad, etcétera, realizar un tratamiento individual y adaptado en tiempo y objetivos a sus características particulares. Se realizarán analíticas de orina para reforzar la abstinencia si se considera conveniente.

También en los casos que exista la posibilidad, se trabajara con la familia, amigos o pareja que deseen acompañarlo en el proceso. Asimismo, el programa finalizará con el Alta Terapéutica, una vez cumplidos los objetivos planteados inicialmente.

- PROGRAMA CRA (Aproximación de Reforzamiento Comunitario) (S.T. Higgins y A. Budney, 2006). Es un tratamiento para la adicción a la cocaína que ha tenido muy buenos resultados en otros países donde se ha aplicado, sobre todo en Estados Unidos. La Universidad de Oviedo junto con la Asociación Proyecto Hombre de España y avalado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) ha desarrollado un proyecto para implantar esta terapia en nuestro país.

En Proyecto Hombre Asturias se ha implementado desde hace tres años, de forma aleatoria, a los usuarios que piden tratamiento para su adicción a la cocaína.

El objetivo fundamental del mismo es la abstinencia de la cocaína. Para ello, los usuarios han de hacer cambios en el estilo de vida en cuatro áreas fundamentales: relaciones familiares, actividades de ocio, relaciones sociales y área vocacional. La duración del mismo es de un año y al usuario se le realizan análisis de orina para reforzar la abstinencia.

Una variedad del programa ha sido la unión del método de CRA más una terapia de incentivos, donde los usuarios pueden ganar puntos canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína. Las analíticas y las sesiones irán distanciándose en el tiempo a medida que va discurriendo el tratamiento. (Secades-Villa, R; García-Rodríguez, O; Álvarez-Rodríguez, H; Rio Rodríguez, A; Fernández Hermida, J.R; Carballo, J.L; 2007)

Perfil de la población en el Tratamiento para la Adicción a la Cocaína reflejada en las Memorias de Proyecto Hombre Asturias de los años 2008 y 2009

Para la creación de este perfil se desglosan las Memorias de Proyecto Hombre Asturias correspondientes a los dos últimos años, -2008 y 2009- que abarcan la práctica totalidad de los casos utilizados en la muestra que ha sido objeto de estudio.

La edad media de esta población desciende respecto al año anterior (2008) y se sitúa en

MOTIVACIÓN Y RETENCIÓN EN UN TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA

30,7 años. Se trata de un varón, nacido y residente en Asturias, con edad entre los 27 y 34 años, soltero (60,1%). De los que han tenido familia propia, algo más de un tercio ha roto con su pareja (39,8% de los que han tenido pareja). Tienen 3 hermanos y los que tienen o han tenido pareja son padres de un hijo que vive con ellos o está a cargo de la madre.

Ha obtenido el graduado escolar (87,4%) y ha abandonado los estudios a los 18,1 años, debido a que quería empezar a ganar dinero y no le gustaba estudiar. Por esta edad es consumidor de alcohol y hachís. Comienza a trabajar a los 17,5 años. Más de la mitad (57,3%) mantiene la actividad laboral cuando viene a iniciar su proceso de rehabilitación en nuestro centro. Su trabajo principal se sitúa en el sector de la construcción en los varones, y la hostelería y el comercio en las mujeres.

Empieza a consumir por estar en la "movida" y para pasarlo bien y no aburrirse, es decir, por razones relacionadas con el ocio. Consume cocaína a los 19,7 años y sus fuentes de ingreso provienen de su sueldo durante toda la drogodependencia. Ha dependido de la cocaína unos 4,4 años antes de iniciar el proceso de rehabilitación, consumiéndola de forma esnifada. No usa jeringuilla para el consumo. Ha sido consumidor de cocaína, alcohol y hachís y en menor medida de éxtasis y speed (cada vez son más policonsumidores).

Un 60,5% nunca había intentado dejar las drogas con ayuda profesional anteriormente a esta ocasión. Los motivos para empezar el tratamiento han sido los problemas familiares y querer cambiar de vida.

No ha tenido problemas con la justicia antes de los 18 años y posteriormente uno de cada cinco tiene juicios pendientes, un 35,3% tiene antecedentes penales y un 26,6% ha ingresado en prisión, la mitad de ellos con carácter preventivo.

Muestra

La muestra de este estudio está compuesta por 208 usuarios que decidieron iniciar el Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre en Asturias entre enero de 2007 y febrero de 2009. Del total, 189 son varones (90,9%) y 19 mujeres (9,1%). Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Ser mayor de 20 años.
- Cumplir los criterios diagnósticos para la dependencia/abuso a la cocaína según el DSM-IV.
- Iniciar la fase de evaluación del TAC.

Como criterios de exclusión se establecieron:

- Tener diagnosticada una patología psiquiátrica severa (trastorno bipolar, esquizofrenia).
- Realizar el Programa de Apoyo.

El Programa de Apoyo se excluyó de la muestra por ser un tratamiento no estandarizado y de mucha variabilidad temporal. En el proceso de recogida de la muestra se descartaron también aquellos usuarios que fueron expulsados del tratamiento y aquellos que resultaron Alta Forzosa, bien por un ingreso hospitalario de larga duración o bien por ingreso en un centro penitenciario.

Instrumentos

Los dos instrumentos utilizados para el trabajo fueron el Cuestionario SOCRATES V8 (Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale; Miller and Tonigan, 1996) y el Test de Palabras y Colores de Stroop (Golden, 1993).

- SOCRATES. Se trata de un cuestionario de 19 ítems para valorar la motivación para el cambio del usuario y el deseo de ir a un tratamiento. Está compuesto por tres factores: reconocimiento, ambivalencia y primeros pasos. La corrección del test nos indica en que momento se encuentra el usuario en cada uno de los tres factores. Su versión número 8 es una reducción del original (40 ítems) y se ha desarrollado utilizando los enunciados que de forma más significativa, marcan cada uno de los tres factores descritos (Anexo I). Se les explica y entrega a los usuarios para que lo hagan y luego se revisa con ellos.

Para correlacionar los resultados del SOCRATES con los estadios de motivación al cambio elaboramos un cuadro de correspondencias que nos permitiera hacer un análisis comprensible sin perder nunca de vista el modelo de Prochaska y Di Clemente. Los cinco valores (Muy bajo, Bajo, Medio, Alto y Muy alto) en las puntuaciones que se otorgan a cada una de las tres variables (reconocimiento, ambivalencia y primeros pasos) los hemos reducido a dos (Alto y Bajo). Para las puntuaciones medias, en Reconocimiento se distribuyó una para cada valor (32 bajo y 33 alto). Respecto a las de Ambivalencia (15) y Primeros Pasos (33), se consideraron valores altos ambos, teniendo en cuenta que para llegar a esa puntuación el usuario tiene que contestar positivamente al menos a 75% de las preguntas.

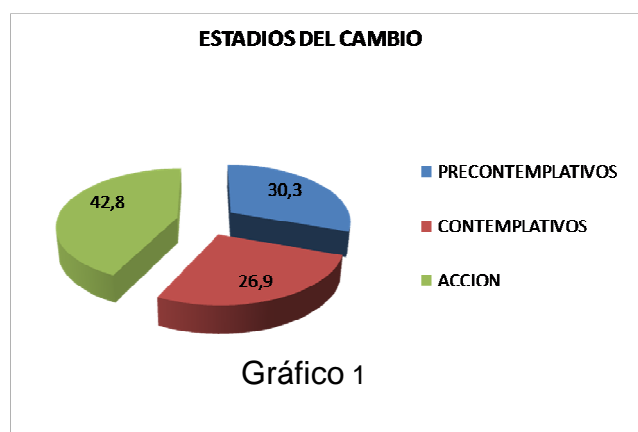
En la correlación con los estadios del cambio también realizamos una reducción a tres: Precontemplación, Contemplación y Acción. La fase de Preparación para la acción, la hemos incluido en la de Acción al considerar que más allá de la trascendencia de los cambios realizados hasta la fecha, hay un reconocimiento claro del problema y se han resuelto las dudas al respecto. La etapa de Mantenimiento formaría parte del proceso posterior, el propio tratamiento.

Precontemplativos serían todos aquellos con un reconocimiento del problema bajo, salvo aquellos que muestran dudas, -alta ambivalencia- y han iniciado cambios. Éstos serían considerados Contemplativos. También pertenecerían a este rango los usuarios con un alto grado de reconocimiento y ambivalencia. El resto de las opciones, -todas con alto reconocimiento- se consideraron estadio de Acción.

RESULTADOS

Perfil motivacional, estadios del cambio y retención.

El perfil motivacional descrito (gráfico 1) corresponde al total de los 208 usuarios que integran la muestra, realizada con los cuestionarios que cubrieron durante las dos primeras semanas del periodo inicial de Evaluación. Casi un tercio de ellos (30,3%), llegaban al tratamiento en estadio precontemplativo, esto es, sin un reconocimiento claro de problema con el consumo, sin dudas respecto a ello y sin dar pasos significativos, -según su percepción-, salvo aquellos que acudieron presionados por su familia o por alguna causa judicial, -por poner dos de los casos más comunes-, y que pudieron efectuar algún cambio. Llegaron "contemplativos", en plena fase de duda y ambivalencia, uno de cada cuatro usuarios (26,9%). Por su parte, el porcentaje más numeroso correspondió a aquellos usuarios que estaban en mayor o menor medida en fase de acción (42,8%), aquellos con un alto reconocimiento y conciencia de problema, y que habían iniciado ya cambios significativos.



Más allá de la descripción de los estadios del cambio, cuando los ponemos en relación con la retención y tratamos de determinar si resultan ser predictores de la adhesión al tratamiento, vemos que aquellos que inician el programa en la etapa de acción son los que más posibilidades tienen de continuar. Prácticamente la mitad de los casos (47,5%) superan los seis meses de programa, donde radica el mayor riesgo de abandono. Y además, al incorporar esta variable (más/menos de seis meses) sólo en los que están en fase de acción se dan más casos de más de seis meses. Tanto en aquellos que están en estadio de precontemplación como los que están en estadio de contemplación, los que abandonan en los seis primeros meses superan a los que permanecen más tiempo (gráfico 2).

Retención según estadio del cambio

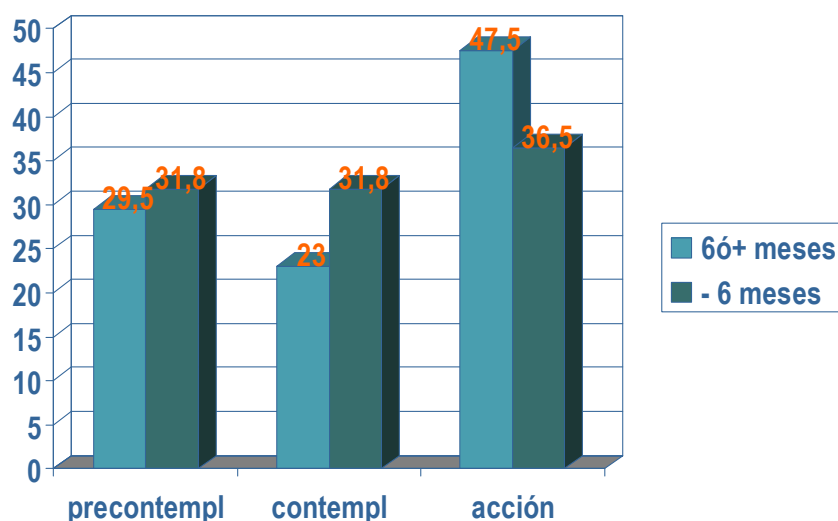
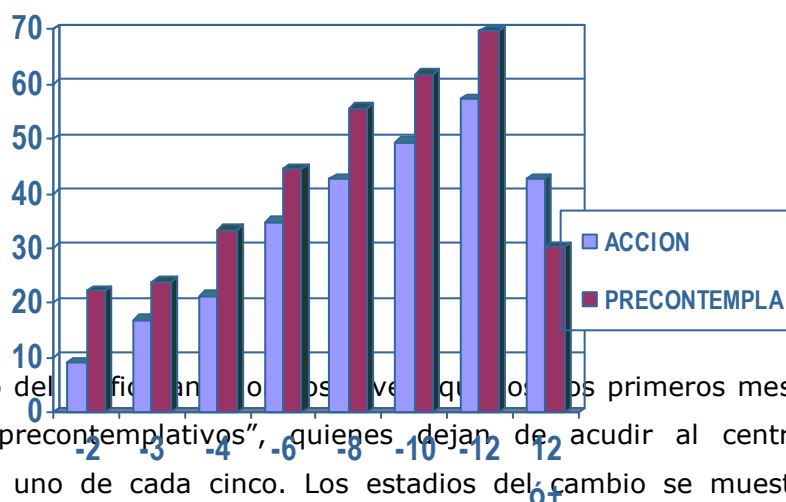


Gráfico 2

En el porcentaje acumulado de meses en tratamiento según el estadio del cambio (gráfico 3), la tendencia mayor de "precontemplativos" sobre los que se encuentran en estadio de acción sólo se rompe en aquellos que permanecen un año o más, donde se invierte la tendencia.

% Acumulado de meses en tratamiento según estadio del cambio



Otro dato destacado del gráfico anterior es que los primeros meses son especialmente críticos para los "precontemplativos", quienes dejan de acudir al centro en un porcentaje significativo (22%), uno de cada cinco. Los estadios del cambio se muestran muy reveladores correlacionándolos con la retención al programa cuando observamos el porcentaje de Altas Voluntarias y Altas Terapéuticas del tratamiento en los dos últimos años. En aquellos usuarios que inician la fase de Evaluación en el Gráfico 3, el porcentaje de abandonos es muy alto -roza el 74%-, mientras que sólo finaliza el programa con el Alta Terapéutica una de cada cuatro (26%) personas (gráfico 4).

Tipo de Alta en estadio Precontemplativo

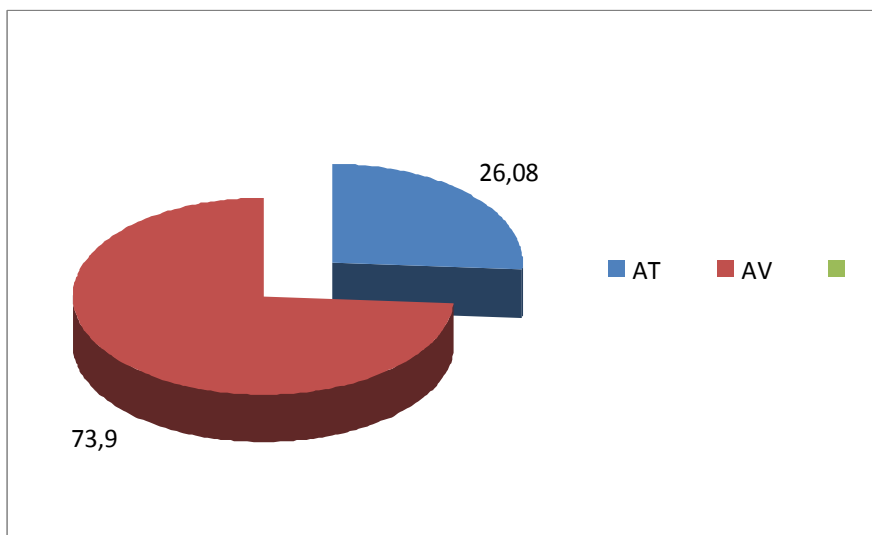


Gráfico 4

Más alentadores son los porcentajes de los usuarios que ya se encuentran en un estadio de acción cuando acuden al programa. Las cifras entre los que abandonan y los que finalizan ya no son tan dispares y, aunque las Altas Voluntarias son más de la mitad (56,9%), la proporción de Altas Terapéuticas sube respecto a los "precontemplativos" hasta el 43% (gráfico 5).

Tipo de Alta en estadio de Acción

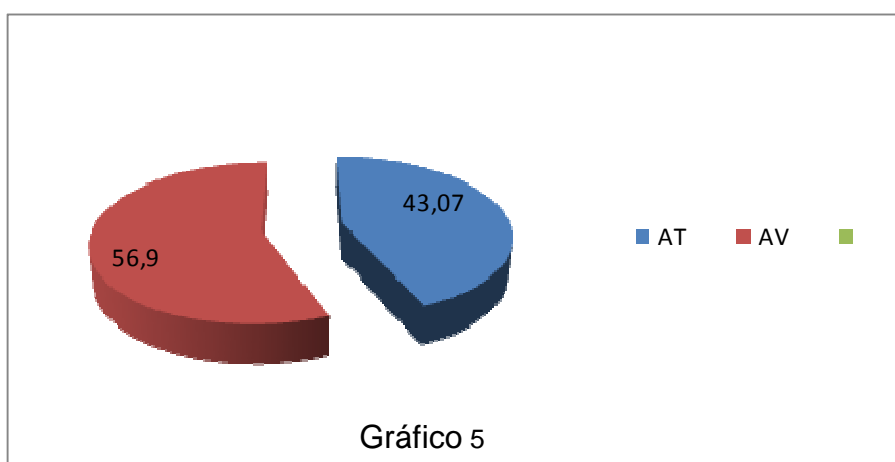
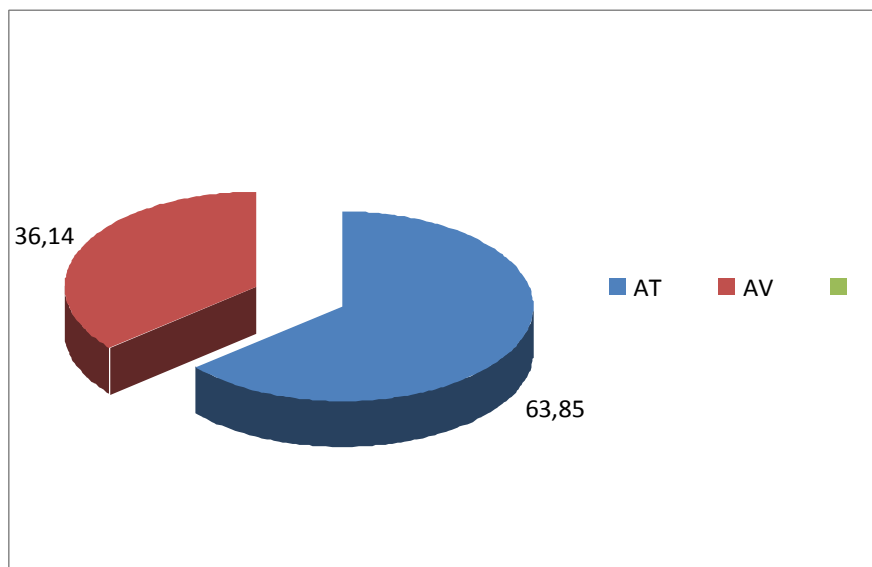


Gráfico 5

La importancia del trabajo terapéutico que se desarrolle a partir de la fase de Evaluación con aquellas personas que llegan en los primeros estadios de motivación al cambio queda patente al observar los datos sobre las Altas Terapéuticas alcanzadas en los últimos dos años. Cerca de un 64% de los usuarios que permanecieron en el programa seis meses o más en los dos últimos años alcanzaron el Alta Terapéutica.

Tipo de Alta en Grupo de 6 ó + Meses



Utilidad del cuestionario SOCRATES en Evaluación.

Otro de los objetivos de este estudio era ver la utilidad de este test sobre estadios de motivación al cambio durante la fase evaluatoria. Del cuestionario empleado, descartamos las puntuaciones finales de las variables de Ambivalencia y de Primeros Pasos, ya que no referían nada relevante, no así con las puntuaciones de Reconocimiento, las que nos indican el grado de conciencia de problema con el que llega la persona que demanda tratamiento. La puntuación en Reconocimiento sí aportó datos a tener en cuenta en el arranque del proceso terapéutico. Del total de los 208 usuarios de la muestra, aquellos que se encontraban en fase de Acción tuvieron una media de 34 puntos (gráfico 7), lo que equivale a un grado medio de conciencia de problema (al nivel considerado alto se llegaría con 35, un punto más. Por el contrario, los que se situaban en un estadio previo de Precontemplación, puntuaron sólo 26, lo que equivaldría a un grado bajo (muy bajo según el corrector del test) de reconocimiento de problema.

Puntuación media en Reconocimiento SOCRATES

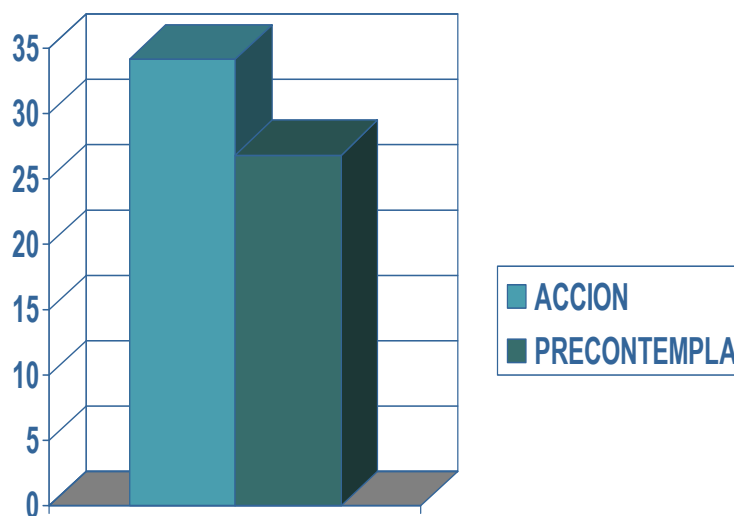


Gráfico 7

Si analizamos la adhesión al tratamiento (gráfico 8), vemos que en las personas que no llegaron a los seis meses de programa la puntuación en Reconocimiento era porcentualmente más baja (62%) que alta (37%). Por contra, en aquellos que avanzaron en el proceso terapéutico la puntuación se invertía levemente en positivo (50,8% alta y 49,2% baja).

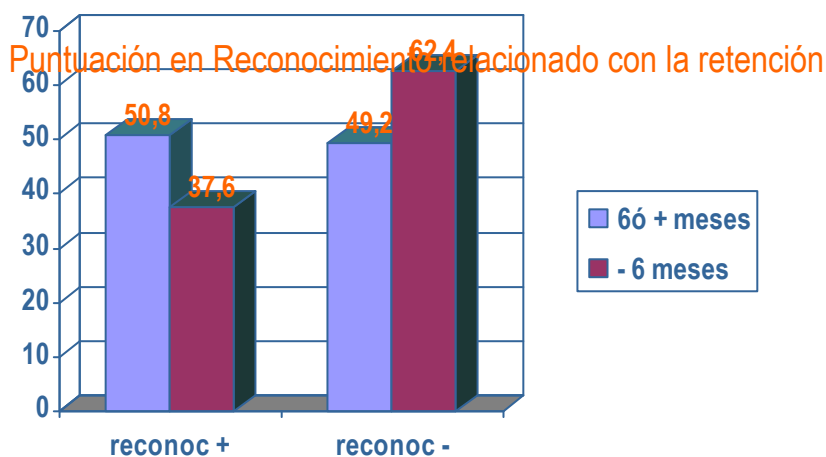


Gráfico 8

Sobre la adhesión al tratamiento, hicimos una comparativa con la puntuación en Reconocimiento en tres periodos diferentes (dos, tres y seis meses o más). En aquellas personas que más tiempo permanecieron realizando su proceso terapéutico (más de seis meses) los porcentajes son similares y es donde se da mayor conciencia de problema. Si reducimos el tiempo a la mitad, -tres meses-, la tendencia apunta hacia un reconocimiento de problema mucho menor.

Pero es en los usuarios que no mantienen la asistencia más de dos meses donde los datos son más indicativos ya que un 69,5% de éstos tiene una puntuación baja en la variable Reconocimiento. Y sólo un 11% la puntúa alto (gráfico 9).

Permanencia en tratamiento según puntuación en Reconocimiento

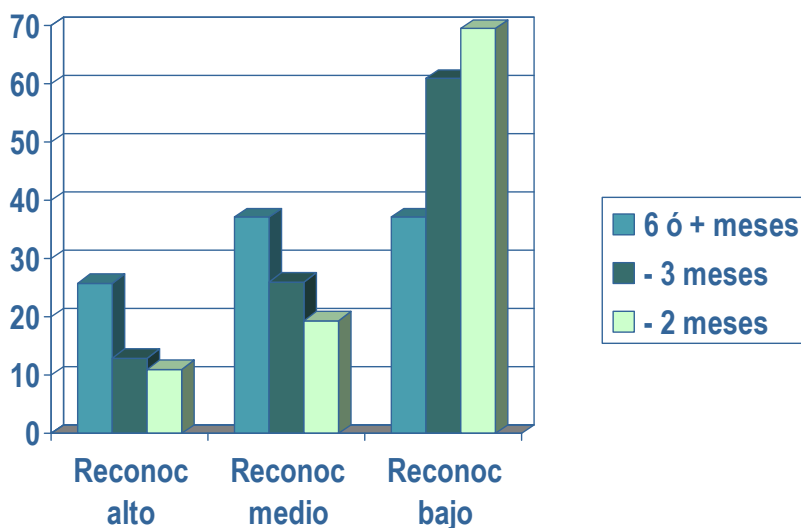


Gráfico 9

Cabe destacar que en la muestra final del trabajo, no figuran aquellas personas que abandonaron el tratamiento en las primeras semanas, antes incluso de poder realizar el cuestionario, un hecho que podría ampliar los porcentajes.

DISCUSIÓN

Los objetivos sociodemográficos del trabajo coinciden en términos generales con los descritos por otros autores.

Respecto a los porcentajes en los estadios del cambio de los usuarios de la muestra llama la atención que en el inicio del tratamiento el mayor número corresponda a aquellos en una fase de acción (42,8%). Si tenemos en cuenta que en nuestro trabajo se unificó Acción y Preparación para la acción, los resultados son similares a otros trabajos en los que el porcentaje de sujetos en estadios de Precontemplación y Contemplación es mayor que en el de las dos etapas siguientes (Llinares et al, 2002; Albiach et al, 2000, Santos, et al, 1998; Albiach et al, 1996; Llinares et al 1996). Difieren en cambio de otros con (Santos Díez, P. y otros, 2001) donde Preparación y Acción sobrepasan el 65%.

Consideramos que existe una relación entre la retención en un programa ambulatorio de adicción a la cocaína y los estadios del cambio. Cabe recordar que ya Prochaska y Di Clemente pusieron de manifiesto que el grado de éxito alcanzado al finalizar un tratamiento se relacionaba directamente con el estadio motivacional en el que se encontraba el paciente (Jiménez, Vicens, Moro, Cortés y Pascual, 2003). Pensamos que aquellas personas que inician el programa en una etapa de Acción son los que más posibilidades tienen de continuar. Prácticamente la mitad de los casos (47,5%) superan los primeros seis meses de programa, donde radica el mayor riesgo de abandono. Tanto en aquellos que están en un estadio de Precontemplación como los que están en un estadio de Contemplación, los que abandonan en los seis primeros meses superan a los que permanecen más de seis meses, hecho que no se da en una fase de Acción.

Vemos que los dos primeros meses son especialmente críticos para los usuarios que llegan en una fase de Precontemplación, ya que uno de cada cinco deja de acudir al centro en antes de que transcurran 60 días. Los estadios del cambio también se muestran muy reveladores en esta correlación con la retención al programa cuando observamos el porcentaje de Altas Voluntarias y Altas Terapéuticas del tratamiento en los dos últimos años. En aquellos usuarios que inician la fase de Evaluación en un estadio de Precontemplación, el porcentaje de abandonos es muy alto -roza el 74%- , mientras que sólo finaliza el programa con el Alta Terapéutica una de cada cuatro personas.

Por otra parte, una de las variables del cuestionario SOCRATES se muestra especialmente reveladora a la hora de alertarnos sobre las personas que llegan al programa en un estadio motivacional temprano caracterizado por la falta de conciencia de problema. De las puntuaciones extraídas de la variable Reconocimiento, que evalúa la conciencia de problema con el consumo que tiene el usuario, observamos que siete de cada diez abandonan el programa antes de dos meses cuando puntúan en grado bajo (entre 7/32 puntos). Esta variable, puede resultarnos una referencia válida para enfocar con más eficacia el proceso inicial de evaluación.

Para ello consideramos adecuado el uso de la entrevista motivacional. Acordar las condiciones

de tratamiento con el usuario de manera que nos adecuemos al momento o estadio del cambio en el que se encuentre, tratando de no presionar mucho en las primeras entrevistas y reforzando la relación terapéutica en torno a metas compartidas.

A modo de conclusión, resumir que el interés práctico del trabajo nos puede facilitar detectar de manera precoz aquellas personas con tendencia al abandono y así permitirnos una opción más para ajustar con ellos los objetivos de su proceso y hacernos más eficaz todo el abordaje terapéutico.

ANEXOS

Nombre o identificación del paciente: _____ **Fecha:** _____
 ___/___/_____

SOCRATES (Versión 8)

Estadios de motivación para el cambio y escala de deseo de ir a tratamiento

**CUESTIONARIO DE USO PERSONAL DE DROGAS
(SOCRATES 8D)**

Instrucciones: Por favor lee las siguientes afirmaciones atentamente. Cada una de ellas describe una manera de cómo te podrías (o no podrías) sentir con *tu consumo de drogas*. Para cada afirmación, redondea un número del 1 al 5 para indicar si estás o no de acuerdo en el momento actual con los siguientes enunciados. Por favor redondea sólo un número por cada afirmación.

1: Totalmente en desacuerdo (NO!)

2: En desacuerdo (No)

3: Indeciso o inseguro (¿?)

4: De acuerdo (Sí)

5: Totalmente de acuerdo (SI!)

	NO!	No	¿?	Sí	SI!
1.- Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
2.- A veces me pregunto si soy un adicto	1	2	3	4	5
3.- Si no cambio pronto mi consumo de drogas, mis problemas serían mayores	1	2	3	4	5
4.- Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
5.- Estuve consumiendo demasiado durante un tiempo, pero he conseguido cambiar eso	1	2	3	4	5
6.- A veces me pregunto si mi consumo de drogas está hiriendo a otras personas	1	2	3	4	5
7.- Tengo un problema con las drogas	1	2	3	4	5
8.- No sólo estoy pensando en cambiar mi consumo de drogas sino que ya estoy haciendo algo para cambiarlo	1	2	3	4	5
9.- Ya he cambiado mi consumo de drogas ya hora estoy buscando formas de no volver a consumir como lo hacía antes	1	2	3	4	5
10.- Tengo un serio problema con las drogas	1	2	3	4	5
11.- A veces me pregunto si tengo el control sobre mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
12.- Mi consumo de drogas está causando mucho daño	1	2	3	4	5
13.- Estoy haciendo cosas para dejar mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
14.- Quiero ayuda APRA mantenerme alejado de los problemas con las drogas que he tenido	1	2	3	4	5
15.- Se que tengo un problema con las drogas	1	2	3	4	5
16.- En ocasiones me pregunto si consumo demasiado	1	2	3	4	5
17.- Soy adicto a las drogas	1	2	3	4	5
18.- Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
19.- He hecho algunos cambios en mi consumo de drogas, y necesito ayuda para no volver a consumir como antes.	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Rodríguez, H.; Álvarez García, Juan A. (2008): Trabajo con el consumo de alcohol en el tratamiento para la adicción a la cocaína de Proyecto Hombre Asturias.
- Albiach, C.; Llinares, M.C.; Palau, C. y Santos, P. (2000): Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*, vol. 12, nº 2, pags. 225-234.
- Albiach, C.; Llinares, M.C.; Santos, P. y Palau, C. (1996): Estudio descriptivo sobre sujetos heroinómanos que demandan asistencia en servicios ambulatorios: evaluación de los estadios de cambio. En *II Jornadas sobre drogodependencias*. Ed.: Universidad Politécnica de Valencia.
- Bolinches, F; De Vicente, P; Reig, MJ; Haro, G; Martínez Raga, J; Cervera, G: Emociones, motivación y trastornos adictivos: un enfoque biopsicosocial. *Rev. Trastornos Adictivos*. 2003; 05 (4); pags. 335/345.
- Camacho, I.; Llinares, M.C.; Santos, P. y Palau, C. (1999): Perfil psicosocial del jugador patológico que demanda tratamiento en UCAs de la Comunidad Valenciana: estudio muticéntrico. Poster VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. Resumen en la revista *Trastornos Adictivos*. Vol 1, nº 3-4.
- García Fernández, Gloria. (2008): Perfil neuropsicológico de pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína. Universidad de Oviedo.
- Giménez, Vicens, Moreno, Cortés y Pascual. (2003). *Perspectiva histórica de la psicología de la motivación*. Universitat Jaume I.
- Llinares, M.C.; Palau, C.; Albiach, C. y Santos, P. (1996): Alcohólicos que demandan tratamiento en centros ambulatorios: la motivación al cambio. En *II Jornadas sobre drogodependencias*. Ed.: Universidad Politécnica de Valencia.
- Llinares, C.; Santos, P.; Albiach, C; Palau, C. (1999): La adherencia al tratamiento en una muestra de 172 alcohólicos: seguimiento durante un año y variables predictoras. Libro de Comunicaciones del VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Pag. 193 – 206. Ed. C.P.D. de Cádiz; D.P.C.; J.A.; P.N.D.; F.A.D. y F.A.A.D.
- Mayor, Juan (2001): Motivación para el cambio. *Revista Proyecto*. nº37. Pags 14/16.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999): *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991): The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Secades Villa, R; Magdalena Benavente, Y. (2000): Predictores de la retención en una

MOTIVACIÓN Y RETENCIÓN EN UN TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA

Comunidad Terapéutica para drogodependientes. Revista Adicciones. Vol 12, nº3, pags. 365/371.

- Santos Díez, P; González Martínez, G; Fons Brines, M.R.; Forcada Chapa, R; Zamorano García, C.(2001): Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. Revista Adicciones . Vol.13, nº2, pags. 147/152
- Santos, P.; Llinares, C; Palau, C.; Albiach, C. (1998): Adherencia al tratamiento en una muestra de adictos a cocaína: Posibles variables predictoras. Libro de Comunicaciones del V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Pag. 171 – 172. Ed. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz; D.P.C.; J.A.; P.N.D. y F.A.D.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994): El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: Un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Ed.), Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento (pp. 1-43). Madrid: Debate.