

Desarrollo y evaluación de una lista de chequeo para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas

GARCÍA QUEVEDO LIZBETH ROBERTA
OROPEZA TENA ROBERTO

*Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).
Investigador Titular TC «A», Facultad de Psicología, Universidad
Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
lanfantt@yahoo.com.mx y lanfantt@live.com.mx*

Resumen

Clínicos e investigadores en el ámbito de las conductas adictivas han analizado y descrito el proceso de cambio por el que atraviesa una persona para modificar su consumo de sustancias. Prochaska y DiClemente dividen el proceso de cambio en cinco etapas, precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. La investigación reporta que una adecuada evaluación de la etapa de cambio puede potenciar el efecto de una intervención al aplicar estrategias de acuerdo a esa etapa.

El objetivo de este estudio fue el desarrollo y evaluación de un instrumento para identificar la etapa de cambio en la que se encuentran usuarios de sustancias adictivas al iniciar un tratamiento. Para desarrollar el instrumento se entrevistó a 50 terapeutas en adicciones quienes conocieran el modelo de Etapas de Cambio. El análisis estadístico muestra que el instrumento desarrollado cuenta con puntajes aceptables de confiabilidad y validez. Este instrumento es útil para que los clínicos que trabajan con usuarios de sustancias adictivas puedan personalizar el tratamiento en su inicio, dependiendo de la etapa de cambio identificada.

Palabras clave: *psicometría, etapas de cambio, consumo de sustancias, instrumentos de evaluación.*

Abstract

General practitioners and Researchers in the field of addictive conducts have analyzed and described the process of changes that a person goes through in order to modify their substance consumption. Prochaska and DiClemente divided the processes of change into 5 stages: pre-contemplation, contemplation, determination, action and maintenance. The investigation shows that an adequate evaluation of the changing stage could enhance the effect of an intervention when applying strategies according to each stage.

The aim of this study was to develop and evaluate a tool to identify the changing stage in which the users of addictive substances find themselves when starting a treatment. In order to develop this tool 50 addictions therapist, who knew the 5 stages were interviewed.

The statistical analysis shows that the developed instrument counts with high scores of both reliability and validity. This tool is useful because it enables those general practitioners, who are working with addictive substance consumers, to personalize the treatment in its beginnings, depending on the identified stage of change.

Keywords: *psychometric, stages of change, consumption of substances, assessment instruments.*

Introducción

Los científicos de la conducta se interesan en identificar el proceso a través del cual las personas cambian intencionalmente las conductas adictivas. Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) plantean que, como el cambio exitoso en las conductas adictivas puede demostrarse dentro de un espacio terapéutico y sin ayuda profesional, hay principios básicos comunes que revelan la estructura de cómo ocurre este cambio con y sin psicoterapia.

En el ámbito psicoterapéutico, tradicionalmente el cambio de una conducta adictiva se ha definido como el movimiento o paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado estable de abstinencia (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003). Esta definición tradicional conlleva, entre otros equívocos, a conceptualizar el cambio como un suceso dicotómico y utilizar únicamente categorías discretas (por ejemplo, abstinencia frente a consumo) como criterios para evaluar la eficacia de los programas de intervención.

En las últimas décadas diversos trabajos en el campo de las adicciones han enfatizado un modelo de fases de cambio en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de diferentes conductas adictivas. La ventaja principal de estos modelos radica en describir el cambio como un proceso, como una serie de etapas o estadios a lo largo del tiempo, en lugar de enfatizar la abstinencia como el primer objetivo que se debe alcanzar (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003).

Desde la perspectiva de proceso, el cambio de una conducta adictiva no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo debe cubrir el curso del cambio, desde el momento en que el individuo se da cuenta de que hay una problemática hasta el punto en que ésta ya no existe. Hay muchos cambios que preceden y siguen a la consecución de la abstinencia (Velicer, Prochaska y Rossi, 1995).

Investigadores y clínicos como Prochaska y DiClemente (1982), que se

han enfocado en conocer el proceso de cambio de las personas adictas a sustancias, han observado que la motivación tiene un papel importante para el reconocimiento de la necesidad de cambio, para buscar tratamiento, en el apego a la intervención y en el mantenimiento del cambio. En general la motivación se refiere a consideraciones, razones e intenciones personales que mueven al individuo a transformar una conducta en particular (DiClemente, Schlundt y Gemmell, 2004).

Uno de los modelos que describe el proceso de cambio es el Modelo Transteórico de Etapas de Cambio (MTEC) desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982). Estos autores observaron que la modificación de las conductas adictivas involucra la progresión a través de cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Cada una de estas etapas representa el estado actual de un individuo con respecto al cambio de una conducta o conjunto de conductas. La permanencia en cada una de las etapas es variable, y puede durar un corto o un largo periodo de tiempo (DiClemente, Schlundt y Gemmell, 2004). El trabajo de Prochaska y DiClemente ha recibido un significativo soporte empírico con relación en su capacidad descriptiva y explicativa del proceso de cambio, en el ámbito de diferentes conductas, entre las cuales destacan las conductas adictivas (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003). Estas etapas se describen a continuación:

Precontemplación. Es la etapa en la cual no hay ninguna intención de cambiar la conducta de consumo de sustancias en un futuro previsible. Muchas personas en esta etapa ignoran o no están totalmente conscientes de sus problemas, ya que los aspectos gratificantes que obtienen con la sustancia son superiores a los aversivos. Cuando los precontempladores se presentan en psicoterapia, a menudo lo hacen por la presión de alguna persona significativa. La resistencia a reconocer o modificar un problema es la marca distintiva de la precontemplación (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Contemplación. Es la etapa en la cual la persona está conciente de que existe un problema y está pensando seriamente en vencerlo, pero todavía no ha hecho un compromiso para emprender alguna acción. Durante esta etapa, el individuo progresivamente va tomando conciencia de la existencia de un problema ocasionado por su consumo de sustancias. Por esto, se plantea la posibilidad de dejar de consumirla, ya que los aspectos gratificantes que obtenía por su uso empiezan a equilibrarse respecto a los problemas, que van aumentando de forma paulatina (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003). Otro aspecto importante de la etapa de contemplación es la ponderación de las ventajas y desventajas tanto del consumo como de dejar de consumir (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Determinación. Esta etapa combina intención y criterios conductuales. Los consumidores en esta etapa quieren emprender acciones durante el mes

próximo. Los individuos que están preparados para tomar alguna acción empiezan a reportar tanto cambios conductuales pequeños, como pequeñas reducciones en su consumo. No obstante, los individuos en esta etapa todavía no han hecho una acción efectiva, como la abstinencia o moderación del consumo. Sin embargo, quieren emprender alguna acción en un futuro cercano (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Acción. En esta etapa, los consumidores ya han modificado su conducta, sus experiencias o su entorno con el fin de vencer su consumo. La acción involucra cambios conductuales más manifiestos que en las etapas previas y requiere una mayor dedicación de tiempo y energía. Durante esta etapa, las modificaciones hechas sobre la conducta adictiva tienden a ser las más visibles. Aquí, se altera con éxito la conducta adictiva durante un periodo de un día hasta seis meses. Modificar exitosamente la conducta adictiva significa alcanzar un criterio particular, como la abstinencia (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Mantenimiento. Es la etapa en la cual la persona trabaja para impedir la recaída y consolidar las ganancias conseguidas durante la acción. El mantenimiento es una continuación, no una ausencia del cambio. Esta etapa se extiende desde los seis meses hasta un periodo indeterminado después de la acción inicial. Permanecer libre de la conducta adictiva e involucrarse consistentemente en una nueva conducta incompatible por más de seis meses son los criterios de esta etapa (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

La progresión lineal a través de las etapas de cambio es un fenómeno posible pero relativamente raro con las conductas adictivas. Debido a lo anterior, el MTEC se representa como un patrón en espiral en el que los usuarios de sustancias pueden avanzar de la contemplación a la preparación, a la acción y al mantenimiento; sin embargo, la mayor parte de los individuos recaerán (Velicer, Prochaska y Rossi, 1995). Normalmente, las personas que emprenden acciones para modificar las conductas adictivas no pueden mantener exitosamente las ganancias en su primer intento de cambio. Con el tabaquismo, por ejemplo, las personas hacen un promedio de tres a cuatro intentos de cambiar su consumo antes de llegar a la etapa de mantenimiento (Marlatt y Gordon, 1985). La recaída y la repetición del ciclo a través de las etapas ocurre muy frecuentemente, mientras los individuos intentan modificar o cesar las conductas adictivas. En la mayoría de los casos la recaída es la regla y no la excepción. El fenómeno de la recaída afecta a consumidores de cualquier sustancia, mostrando altos índices después de tratamientos en alcohol, cocaína y opioides (Quesada, Carreras y Sánchez, 2002).

En un seguimiento a 2 años de una muestra de fumadores ubicados inicialmente en la etapa de contemplación, se mostró que sólo el 5% de 180 consumidores progresaron, sin recaer, hasta el mantenimiento (Prochaska, Velicer, Guadagnoli, Rossi y DiClemente, 1991). El MTEC explica que durante una recaída, los individuos regresan a una etapa previa. Es posible que algunos de los que recaen se sientan fracasados, avergonzados, desconcertados o culpables y se resistan a pensar en el cambio de conducta, situación que los puede hacer regresar a una etapa de contemplación o preparación.

El MTEC, desde una perspectiva en espiral, sugiere que la mayoría de las personas que recaen no repiten el ciclo interminablemente. Cada vez que recaen y repiten el ciclo a través de las etapas, aprenden de sus errores y pueden intentar algo diferente la próxima vez (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Aunque algunas transiciones, como la de contemplación a preparación son más probables que otras, algunas personas pueden pasar de una etapa a cualquier otra etapa en cualquier momento. Cada etapa representa un periodo de tiempo así como un conjunto de tareas necesarias para el paso a la siguiente etapa. Si bien el tiempo que un individuo pasa en cada etapa puede variar, las tareas que hay que realizar se supone que son invariantes.

Identificar adecuadamente la etapa de cambio en la que está el usuario al iniciar el tratamiento tiene implicaciones importantes. Los profesionales de la salud frecuentemente diseñan excelentes programas de tratamiento orientados a la acción, pero luego se decepcionan cuando asiste un pequeño porcentaje de usuarios de sustancias a tratamiento o cuando desertan grandes números después de registrarse en el programa (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). La mayoría de las personas con dependencia a sustancias no están en la etapa de acción. Aproximadamente del 10 al 15% de los fumadores, por ejemplo, están preparados para la acción, del 30 al 40% están en la etapa de contemplación, y del 50 al 60% se están en la etapa de precontemplación. Si estos datos son similares en otro tipo de consumidores, entonces es probable que los tratamientos solo orientados a la acción no sirvan de manera adecuada a la mayoría de la población objetivo (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Se ha observado que la cantidad de progreso que hacen los pacientes después de la intervención terapéutica tiende a ser en función de su etapa de cambio previa al tratamiento. Por ejemplo en un estudio realizado por Prochaska y colaboradores (1992) se identificaron claras relaciones entre la etapa previa al tratamiento y el resultado. El 22% de todos los precontempladores, el 43% de los contempladores y el 76% de los que estaban en acción o preparados para la acción al comienzo del estudio no estaban fumando seis meses más tarde. Sería erróneo tratar a todos los fumadores como si fueran iguales y sin embargo esto es lo que tradicionalmente se observa

en muchos de los programas de tratamiento dirigidos a la modificación de una conducta adictiva (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Los tratamientos orientados a la acción pueden ser efectivos con los individuos que están en la etapa de preparación o de acción. Estos mismos programas pueden ser inefectivos o perjudiciales con los individuos en las etapas de precontemplación y contemplación. Los resultados de los estudios anteriores anuncian la importancia potencial de emparejar los tratamientos con la etapa de cambio del paciente.

En general se recomiendan intervenciones con estrategias cognitivas para las personas que se encuentran en las etapas tempranas de cambio como precontemplación y contemplación y estrategias conductuales para las personas que se encuentran en etapas tardías del cambio como determinación, acción y mantenimiento (Malotte, Jarvis, Fishbein, Kamb, Latesta, Hoxworth, Zenilman y Bolan, 2002).

Con base en el modelo transteórico de cambio se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar la etapa de cambio, entre los más importantes se encuentran los cuestionarios auto-administrados por ejemplo, URICA (McConnaughy, DiClemente, Prochaska, y Velicer, 1989), prueba que ha sido traducida pero no validada para México. Readiness to Change Questionnaire (Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992), cuestionario que no ha sido traducido ni validado para México. Y SOCRATES (Miller y Tonigan, 1996), cuestionario que tampoco ha sido validado para México.

En nuestro país, no se ha creado un instrumento para identificar etapa de cambio. Por otro lado, los instrumentos existentes, al ser autoaplicables, limitan la evaluación objetiva de la etapa de cambio por parte del terapeuta. Otra limitación que se observa es que los instrumentos mencionados anteriormente solo identifican pensamientos dejando de lado las conductas de los usuarios de sustancias con respecto al cambio.

La demanda de tratamientos efectivos para el manejo de conductas adictivas muestra la necesidad de desarrollar instrumentos sensibles para identificar la etapa de cambio de usuarios de sustancias. Esta identificación permitirá brindar intervenciones específicas y efectivas de acuerdo a las características del usuario. Además, ayudará a dar seguimiento al usuario durante el tratamiento de acuerdo a su propio proceso. Por lo tanto el objetivo de este trabajo fue el desarrollo y evaluación de una Lista de Indicadores de Etapas de Cambio (LIEC). Este instrumento está diseñado para identificar la etapa de cambio en la que están los usuarios de sustancias que asisten a tratamiento.

Método

Participantes

Para estimar la confiabilidad y validez de la LIEC se evaluó a 150 usuarios de sustancias adictivas, 107 hombres (71.3%) y 43 mujeres (28.7%), quienes participaban en un tratamiento psicológico para conductas adictivas. La edad promedio de los participantes fue de 29 años, con un rango de 16 a 69.

Instrumento

La LIEC tiene un formato de lista de chequeo, donde se describen las características de cada una de las etapas de cambio. La LIEC esta compuesta por 5 áreas: precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento, cada una de estas áreas está dividida en dos sub-áreas (pensamientos y conductas). En el plan de prueba se evaluó un total de 70 reactivos, siete en cada una de las sub-áreas (ver Tabla 1), los reactivos son dicotómicos con respuesta de presencia (SI) y ausencia (NO) de indicadores de etapas de cambio.

Tabla 1. Plan de prueba de la Lista de Indicadores de Etapa de Cambio.

Dominio	Áreas	Sub-áreas	Reactivos	Total	
Etapa de cambio	Precontemplación	Pensamientos	1,2,3,4,5,6,7	7	
		Conductas	8,9,10,11,12,13,14	7	
	Contemplación	Pensamientos	15,16,17,18,19,20,21	7	
		Conductas	22,23,24,25,26,27,28	7	
	Determinación	Pensamiento	29,30,31,32,33,34,35	7	
		Conductas	36,37,38,39,40,41,42	7	
	Acción	Pensamientos	43,44,45,46,47,48,49	7	
		Conductas	50,51,52,53,54,55,56	7	
	Mantenimiento	Pensamientos	57,58,59,60,61,62,63	7	
		Conductas	64,65,66,67,68,69,70	7	
	Total reactivos 70				

Procedimiento

Inicialmente para el desarrollo del instrumento se rescató la experiencia clínica de terapeutas expertos en adicciones. Se aplicó un cuestionario de 12 preguntas abiertas a 50 terapeutas, 15 hombres (30%) y 35 mujeres (70%), para indagar los pensamientos y conductas que identifican en los usuarios de sustancias en cada una de las Etapas de Cambio. La edad promedio de los participantes fue de 31 años con un rango de 24 a 46 años. El tiempo de experiencia de los terapeutas en el tratamiento de adicciones fue en promedio de 5 años con un rango de 2 a 15 años.

Para la aplicación y evaluación de la LIEC se contó con el apoyo del Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, de la Facultad de Psicología de la UNAM

y la Clínica de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La aplicación de la LIEC se llevó a cabo de abril a mayo de 2008 por terapeutas especializados en el tratamiento de conductas adictivas. Los terapeutas brindaban su sesión de pre-tratamiento, tratamiento o seguimiento de manera normal y al final de la sesión el terapeuta contestó la LIEC con base en la información que obtenía sobre los reportes que el paciente hacía de sus pensamientos y conductas con respecto al cambio en el consumo de sustancias. Además los terapeutas valoraron si la etapa de cambio identificada por el instrumento era igual a la que ellos identificaban con base en su experiencia clínica.

Resultados

La información obtenida durante el desarrollo del instrumento, a través de los 50 cuestionarios de preguntas abiertas, se organizó en cinco áreas. Cada área se dividió en pensamientos y conductas. Se realizó un análisis de frecuencias, de todas las sub-áreas, en la Tabla 2 se presentan los principales indicadores de cambio que los terapeutas identificaron en cada etapa.

Tabla 2. Principales respuestas de terapeutas por etapa de cambio.

Dominio	Áreas	Sub-áreas	Respuestas de los cuestionarios
Etapa de cambio	Precontemplación	Pensamientos	El consumo no es un problema 42%
		Conductas	Consumo de sustancias 32%
	Contemplación	Pensamientos	Empieza a identificar consecuencias negativas del consumo 38%
		Conductas	Empieza a realizar cambios en su consumo 32%
	Determinación	Pensamientos	Toma la decisión de dejar de consumir 44%
		Conductas	Solicita ayuda 36%
	Acción	Pensamientos	Tiene confianza en el cambio 36%
		Conductas	Asiste a tratamiento 28%
	Mantenimiento	Pensamientos	Satisfacción por no consumir 28%
		Conductas	Realiza actividades no relacionadas con el consumo 26%

Debido al nivel de medición nominal de los datos obtenidos en el instrumento, para el análisis de la LIEC se utilizaron procedimientos estadísticos no paramétricos. Para estimar la confiabilidad de la LIEC primero se analizó la confiabilidad de cada reactivo a través del estadístico Kuder Richardson obteniendo puntajes de 0.069 a 0.736. En este punto se eliminaron siete reactivos que obtuvieron baja confiabilidad, reactivos, 3 (0.127), 10 (0.080), 11 (0.104), 16 (0.145), 25 (0.107), 27 (0.169) y 36 (0.065).

Una vez eliminados los siete reactivos se realizaron análisis de confiabilidad de cada una de las sub-áreas a través de alfa de Cronbach, este procedimiento indicó que las sub-áreas son confiables: precontemplación (pensamientos 0.673, conductas 0.604), contemplación (pensamientos 0.759, conductas

0.713), determinación (pensamientos 0.827, conductas 0.679), acción (pensamientos 0.801, conductas 0.820) y mantenimiento (pensamientos 0.856, conductas 0.841). En un análisis de toda la LIEC se observó que es un instrumento confiable (alfa= 0.816) para la evaluación de etapa de cambio. Debido a la eliminación de reactivos, la LIEC quedó constituida por 63 reactivos.

Con respecto a la validez, se realizó un análisis de ji cuadrada a través de tablas cruzadas entre la variable de cuartiles (grupos extremos) y los reactivos de cada sub-área de la LIEC. A través de este procedimiento se analizó la direccionalidad y discriminación de los reactivos, obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 5.369$ a 103.920 , $p < 0.05$).

Con respecto a las características de la muestra, las sustancias de consumo entre los participantes evaluados fueron alcohol (36.7%), tabaco (16.7%), cocaína (16.7%), mariguana (13.3%), crack (12 %), inhalables (2.7%), estimulantes tipo anfetamínico (1.3%) y heroína (0.7%).

De los participantes ($n= 150$), la mayoría se encontraban en la etapa de tratamiento 73.3% ($n=110$), seguido por la etapa de pre-tratamiento 16.7% ($n=25$) y seguimiento 10% ($n=15$). El 56.7% ($n=85$) de los participantes reportó no consumir sustancias en el momento de la evaluación con un promedio de 4.6 semanas de abstinencia en un rango de 0 a 52 semanas.

De los participantes el 60.7% ($n=91$) reportó haber tenido una recaída en el consumo de sustancias en el último año. La etapa de cambio más frecuente identificada por la LIEC en la muestra evaluada fue determinación (34.7%), en la Tabla 3 se muestran las etapas de cambio identificadas por la LIEC. Es importante mencionar que el 12.7% ($n=18$) de los participantes fueron ubicados en más de una etapa de cambio. De la misma muestra, el 72.6% ($n=109$) mencionó que planeaba abandonar el consumo de sustancias en los próximos 30 días.

Tabla 3. Etapas de cambio identificadas en una muestra de 150 usuarios de sustancias en tratamiento.

Etapas de cambio	Porcentaje	Frecuencia
Determinación	34.7	52
Acción	24.7	37
Contemplación	18.0	27
Mantenimiento	8.0	12
Determinación-Acción	6.6	10
Precontemplación	2.7	4
Contemplación-determinación	2.7	4
Acción-mantenimiento	2.0	3
Precontemplación-contemplación	0.7	1
Total	100.0	150

Tabla 3. Etapas de cambio identificadas en una muestra de 150 usuarios de sustancias en tratamiento.

Etapas de cambio	Porcentaje	Frecuencia
Determinación	34.7	52
Acción	24.7	37
Contemplación	18.0	27
Mantenimiento	8.0	12
Determinación-Acción	6.6	10
Precontemplación	2.7	4
Contemplación-determinación	2.7	4
Acción-mantenimiento	2.0	3
Precontemplación-contemplación	0.7	1
Total	100.0	150

Finalmente el 86.7% (n=130) de los terapeutas que contestaron la LIEC reportó que la etapa identificada por la lista es la misma que ellos identificaron con base en su experiencia clínica, el 10.7% (n=16) identificó que la etapa de cambio que les proporcionó la LIEC apareció combinada con otra etapa, sin embargo, a pesar de la combinación, si coincidió con la que ellos identificaron. Solo el 2.7% (n=4) de los terapeutas reportaron que la etapa que proporcionó la LIEC no coincide con la que ellos identificaron con base en su experiencia clínica.

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue el desarrollo y evaluación de la Lista de Indicadores de Etapa de Cambio (LIEC), un instrumento para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas que ingresan a un tratamiento psicológico para cambiar su consumo. Con respecto al desarrollo de la LIEC, el análisis de la información obtenida a través de los cuestionarios permitió identificar indicadores de cambio (pensamientos y conductas) dentro de cada una de las etapas de cambio. Esta información permite conocer de manera amplia los factores cognitivos y conductuales que los terapeutas en adicciones han identificado a través del proceso de cambio por el que atraviesa un consumidor de sustancias.

Respecto al análisis de confiabilidad y validez del instrumento, los resultados muestran que los reactivos tienen una adecuada discriminación en la identificación de pensamientos y conductas en las etapas de cambio. También se observó que las sub-áreas de determinación-pensamientos (0.827), acción-pensamientos (0.801), acción-conductas (0.820), mantenimiento-pensamientos (0.856) y mantenimiento-conductas (0.841) obtuvieron una confiabilidad adecuada.

Por otro lado, las sub-áreas de precontemplación-pensamientos (0.759), precontemplación-conductas (0.713), contemplación-pensamientos (0.747),

contemplación-conductas (0.632) y determinación-conductas (0.679), tuvieron una confiabilidad baja. Una posible explicación de bajos puntajes de confiabilidad en las primeras etapas de cambio puede estar relacionada con el hecho de que la mayoría de las personas evaluadas se identificaron en etapas posteriores (determinación, acción y mantenimiento).

Las áreas de evaluación que se plantearon inicialmente en el plan de prueba se mantuvieron después del análisis estadístico, sin embargo durante el análisis se eliminaron 7 reactivos debido a su baja confiabilidad.

Además de contar con características psicométricas como la confiabilidad y validez, la LIEC debe contar con una utilidad clínica. Este aspecto es muy importante ya que se trata de un instrumento que tiene por objetivo la identificación de etapa de cambio en usuarios que asisten a tratamiento para el manejo de conductas adictivas. El conocer la utilidad clínica del instrumento es otra forma en que se puede evaluar el instrumento, aspecto que se obtendrá mediante su utilización en la práctica.

La LIEC en comparación con otros instrumentos autoaplicables como el URICA (McConnaughy, DiClemente, Prochaska, y Velicer, 1989), el Readiness to Change Questionnaire (Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992) y el SOCRATES (Miller y Tonigan, 1996) plantea un formato de lista de chequeo. Este formato permite al terapeuta identificar no solo pensamientos sino también conductas que presenta un usuario de sustancias con respecto al cambio. Por otro lado también le permite estar al pendiente del proceso de cambio que va teniendo el paciente durante el tratamiento.

Con respecto a la información obtenida de las características de la muestra, se observó que la proporción de consumidores por cada una de las sustancias es similar a la que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002), es decir el alcohol, tabaco, cocaína y marihuana son las sustancias que principalmente consume la muestra evaluada. También es importante destacar que de los participantes el 60.7% reportó haber tenido una recaída en el consumo de sustancias en el último año. Este aspecto coincide con las observaciones que han hecho Velicer, Prochaska y Rossi (1995) sobre la continua presencia de la recaída en el proceso de cambio.

Cabe destacar que del total de la muestra el 72.6% mencionó que planeaba abandonar el consumo de sustancias en los próximos 30 días. Estos datos coinciden con los porcentajes de usuarios que en el momento de la evaluación estaban en la etapa de determinación (34.7%) y acción (24.7%). Ya que los usuarios en esta etapa planean realizar cambios en su consumo en un futuro cercano.

Finalmente se observa que es necesario evaluar la etapa de cambio de un paciente y adaptar los programas de tratamiento en consecuencia. Aunque muchos clínicos experimentados pueden dar un diagnóstico de la etapa de manera intuitiva, la evaluación objetiva a través de un instrumento

permitirá optimizar la aplicación del tratamiento.

Bibliografía

Babor, T. & Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief Intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care*. World Health Organization.

DiClemente, C., Schlundt, D. & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal Addictions*, 13:103-119.

DiClemente, C., Carbonari, J., Montgomery, R. & Hughes, S. (1994). The alcohol abstinence self efficacy scale. *Journal of studies on alcohol*, 55, 2, 141-148.

DiClemente, C. & Scott, C., (1997). Stages of Change: Interactions with Treatment Compliance and Involvement. In Simon, L., Blaine, J. & Boren, J. (eds). *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. NIDA Research Monograph* 165. 151-158.

ENA. (2002). Resumen ejecutivo. México: Secretaría de salud.

Malotte, C., Jarvis, B., Fishbein, M., Kamb, M., Iatesta, M., Hoxworth, T., Zenilman, J. & Bolan, G., (2002). Stage of change versus an integrated psychosocial theory as a basis for developing effective behaviour change interventions. *Aids Care*, 12, 3, 357-364.

Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of addictive Behaviors*. New York: Guilford.

McConaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J. & Velicer, W. (1989). Stage of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy, theory, research and practice*, 4, 494-503.

Miller, W. & Tonigan, J. (1996). Assessing drinkers motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology Addictive Behavior*, 10, 81-89.

Prochaska, J., Velicer, W., Guadagnoli, E., Rossi, J. & DiClemente, C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavior Research*, 26, 83-107.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 9, 1101-1114.

Quesada, M., Carreras, J. & Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del

consumo de tabaco: una revisión. *Addictions*, 14 (1), 65 – 78.

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. & Hall, W. (1992). Development of a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.

Trujols, J., Tejero, A. & Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En De los Cobos, J., Tejero, A. & Trujols, J. (Eds.). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Ars Medica: Barcelona.

Velicer, W., Prochaska, J., Rossi, J. (1995). A empirical typology of subjects with stages of change. *Addictive Behavior*, 20, 229-320.