

## Efecto de un Programa de intervención psicoeducativa en los procesos y estadios de cambio en pacientes policonsumidores\*

Carmen Cecilia Caballero D.<sup>1</sup>

Orlando González Gutiérrez<sup>2</sup>

Irene Polo Martínez<sup>3</sup>

Gisella de la Torre Peña<sup>4</sup>

\* Este artículo se encuentra adscrito a la línea de drogodependencia del Grupo de Investigación Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla.

1 PhD. en Psicología, docente del Programa de Psicología e investigadora del Grupo Institucional de Investigación Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla. Email: ccaballero1@unisimonbolivar.edu.co

2 Magíster en Psicología Clínica y de Familia, docente del Programa de Psicología e investigador del Grupo de Investigación Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla. Email: ogonzalez@unisimonbolivar.edu.co

3 Magíster en Psicología, Psicóloga del Centro de Atención y Rehabilitación CARI Neurociencia, Barranquilla. Email: ipolomartinez@yahoo.com

4 Psicóloga egresada del Programa de Psicología, investigadora de DIEPS, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla. Email: gisedlt@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El segundo Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013 (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) reporta que alrededor de 2,5 millones de personas en el país presentan un consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, y aunque el uso de psicofármacos sin prescripción médica tiene prevalencias bajas, el 13,0 % de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, y el uso reciente o en el último año de alguna droga ilícita fue reportado por el 3,6 % de los encuestados (839 mil personas). El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta entre los 18 y 24 años, seguido por los adolescentes y los de 25 a 34 años. El uso abusivo y los indicadores de uso dependiente se encontraron en unas 484 mil personas, y en relación con el grupo de consumidores del último año, el 57,7 % de ellos presenta patrones de uso perjudicial, ya sea dependiente o abusador, por lo cual podrían requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo. El alcohol es la droga más consumida, seguido de la marihuana y de la cocaína. Según Medina-Pérez y Rubio (2012), en promedio, los hombres inician el consumo a los 12,33 años de edad y las mujeres a los 11,96 años, lo cual evidencia su inicio temprano, y el 23 % de la población consumidora, presenta policonsumo, siendo mayor la incidencia en hombres entre los 12 y 50 años. Desde esta perspectiva, Colombia presenta un elevado y creciente problema de consumo de sustancias psicoactivas, en particular si se comparan los anteriores guarismos, con lo reportado por el primer Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008.

Desde el punto de vista de la salud mental individual, el consumo adictivo de diversas sustancias psicoactivas o policonsumo, puede considerarse el problema psiquiátrico más común en la actualidad a

nivel mundial (Medina-Pérez & Rubio, 2012). La dependencia a distintas drogas, incluyendo la nicotina, el alcohol, los psicoestimulantes o los opiáceos constituye un trastorno crónico y recidivante, caracterizado por un consumo abusivo y continuo de estas sustancias a pesar de sus consecuencias negativas para la vida de la persona (American Psychiatric Association [APA], 2014). A su vez, el perfil de policonsumo y la comorbilidad en las adicciones a sustancias (diagnóstico dual), son factores determinantes en la cronicidad del trastorno en la medida que se relacionan con mayor recaída. En este sentido, Grau-López *et al.* (2012), en un estudio realizado encontraron que los pacientes policonsumidores y aquellos con comorbilidad médica y/o psiquiátrica, presentaban mayor recaída tras desintoxicación hospitalaria.

En consecuencia, de manera creciente el policonsumo y sus problemáticas asociadas viene demandando atención, la cual, sin embargo, resulta comúnmente insuficiente, entre otras razones, por limitaciones en los recursos económicos disponibles. De allí la necesidad de desarrollar e implementar políticas, prácticas e intervenciones (preventivas y restaurativas) eficientes y eficaces en nuestros sistemas de salud, que se orienten al abordaje de los diferentes “momentos” y múltiples niveles y factores de mantenimiento y superación de estos trastornos en su ecología biopsicosocial, que aúnen el esfuerzo inter-sectorial y multi-inter-transdisciplinario de la comunidad científica y profesional (Medina-Pérez & Rubio, 2012; González, Caballero, Polo & Pineda, 2010; Polo & Amar, 2006).

Con base en lo anteriormente planteado, este trabajo presenta los resultados de una investigación cuyo propósito era determinar el efecto de una intervención psicoeducativa –en el contexto de la atención hospitalaria a pacientes farmacodependientes, con diagnóstico dual– sobre la disposición al abandono del consumo y su mantenimiento (estadios del cambio), y sobre los procesos cognitivos, afectivos y comporta-

mentales (procesos del cambio) que pueden promoverlos y disminuir las recaídas. La intervención psicoeducativa fue planteada como una modalidad y estrategia de intervención psicológica corta, viable en un contexto institucional de atención (hospitalario y público), pensada y estructurada desde una lógica de mínimos terapéuticos necesarios, coadyuvante y complementaria al tratamiento farmacológico que reciben los pacientes, de carácter primordialmente educativo y participativo (grupal), y orientada conceptualmente desde la perspectiva del Modelo Transteórico para focalizar temas, procesos psicológicos del cambio, y el desarrollo de algunas competencias o comportamientos específicos básicos postulados por este modelo que favorecen el abandono del consumo y la disminución de recaídas (Prochaska, Prochaska & Prochaska, 2013; Prochaska & Norcross, 2013; Prochaska & DiClemente, 1982).

### **El Modelo Transteórico del cambio conductual de Prochaska y DiClemente**

En contraposición a los abordajes que asumen una visión tradicional sobre el abandono de las conductas adictivas como un suceso dicotómico (abstinencia vs. consumo), el Modelo Transteórico inicialmente formulado por Prochaska y DiClemente (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska *et al.*, 1992), propone una comprensión en fases de la descripción, explicación y predicción del cambio o abandono de las diferentes conductas adictivas, lo cual constituye un recurso teórico y metodológico probadamente útil en el diseño de intervenciones eficientes y eficaces (Prochaska *et al.*, 2013; Prochaska & Norcross, 2013).

Este modelo delimita y describe los elementos subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva. Describe al cambio como un proceso a lo largo del tiempo, en lugar de enfatizar la abstinencia *per se* como el primer objetivo a alcanzar. El modelo proporciona una concepción global y diferenciada del proceso del cambio de

las conductas adictivas, integrando tres dimensiones: estadios, procesos y niveles de cambio (Santos, González, Fons, Forcada & Zamorano, 2001; Tejero & Trujols, 1994; Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska *et al.*, 1992; Prochaska & DiClemente, 1982).

Los Estadios de Cambio representan puntos a lo largo de todo el curso de cambio y se utilizan para marcar un estado o etapa individual que irá superándose en función de la percepción que tenga el paciente de las consecuencias de su conducta problema. Dicha percepción puede estar influenciada por la retroalimentación que recibe de su entorno o del trabajo psicoterapéutico o psicoeducativo. Cada estadio es predecible así como definible, toma lugar en un periodo de tiempo y supone un conjunto asociado de conocimientos o conductas, por lo que se pueden establecer los siguientes (Prochaska & Norcross, 2013; Santos *et al.*, 2001; Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska *et al.*, 1992; Prochaska & DiClemente, 1982):

**Precontemplación.** En este estadio estarían aquellas personas que no manifiestan deseo de cambiar su conducta a corto plazo en los seis meses siguientes. Además, no creen tener un problema igual al de otros adictos, por lo que, en términos del interés profesional de posibilitar un eventual abandono del consumo, las tareas psicológicas fundamentales consistirían en propiciar la duda e incrementar la percepción de los riesgos y problemas de su conducta que tiene el sujeto actualmente.

**Contemplación.** En este estadio los individuos son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no se han comprometido a pasar a la acción. En otras palabras, predomina en ellos la ambivalencia, en la medida que son conscientes de su adicción y piensan en cambiar, pero no tienen demasiada conciencia de que este cambio y los esfuerzos necesarios para cambiar vayan a reportarles beneficios.

**Preparación.** Este es un estadio de determinación o de toma de decisiones; es el momento en que el adicto se dispone o se prepara para actuar y trata de determinar el mejor curso de acción para iniciar el cambio, para lo cual puede estar en mayor o menor preparación.

**Acción.** En este se realizan los cambios más visibles en la modificación del comportamiento, las experiencias y el entorno, con el fin de superar las dificultades, lo cual requiere una gran cantidad de esfuerzos y un claro apoyo por parte de las personas de su alrededor. Se considera que los individuos que están en este estadio llevan hasta seis meses sin realizar la conducta adictiva.

**Mantenimiento.** Se refiere a la capacidad del sujeto de mantenerse alejado del comportamiento adictivo y de comprometerse consistentemente en su nuevo estilo de vida durante más de seis meses. Esta fase no tiene una duración determinada, aunque se sugiere que después de ella habría otro estadio de finalización, caracterizado por la ausencia total de tentaciones.

La segunda dimensión del modelo está formada por los Procesos de Cambio, los cuales determinan cómo se producen transformaciones en los sujetos. Consisten en actividades manifiestas o encubiertas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo. El Modelo Transteórico señala que estos procesos se estructuran en relación a dos factores de segundo orden: a) Los procesos de cambio cognitivos cubren el aumento de la concienciación, la autorreevaluación, la reevaluación ambiental, el alivio dramático y la reevaluación social; y b) los procesos de cambio conductuales, referidos a la autoliberación, el manejo de contingencias, la búsqueda y establecimiento de relaciones de ayuda y el contracondicionamiento.

El aumento de la concienciación consiste en un incremento del proce-

samiento de información sobre la problemática asociada al consumo y a los beneficios de modificarla; sin embargo, si se es capaz de efectuar una valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva sobre los valores y manera de ser de uno mismo, así como el reconocimiento de la mejoría significativa que representaría para la vida el abandono de la conducta adictiva, se está frente a un proceso de auto-reevaluación.

Por su parte, la reevaluación ambiental está dada cuando el sujeto valora el estado actual de las relaciones interpersonales y realiza un reconocimiento de las consecuencias positivas que produciría el cese de la conducta adictiva respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad.

El alivio dramático es la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva, mientras que la reevaluación social representa un aumento en la capacidad del sujeto para decidir y escoger, propiciado por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el incremento del repertorio personal de alternativas adaptativas.

De manera análoga, la autoliberación representa un aumento de la capacidad del sujeto para decidir y elegir pero orientado por un compromiso personal. Requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, ya que se poseen o se pueden desarrollar las habilidades necesarias para efectuar un cambio exitoso.

El manejo de contingencias resulta un proceso conductual de auto y heterorrefuerzo que incrementa la probabilidad de que determinada

conducta relativa al cambio ocurra. De la misma manera resultan trascendentes las relaciones de ayuda representadas en la existencia y utilización del apoyo social (familia, amistades, etc.) como facilitadoras del proceso de cambio de la conducta adictiva.

Por su parte, el contracondicionamiento es una estrategia cognitivo-conductual cuyo objetivo es modificar la respuesta (cognitiva, fisiológica y/o motora) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando para ello conductas alternativas. Y, finalmente, se halla el control de estímulos que consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

En términos generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo –aumento de la concienciación, alivio dramático, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación– se asocian con los primeros estadios del cambio –precontemplación, contemplación y preparación–, siendo más pronunciada la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual –manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento– en los estadios de acción y mantenimiento (Tabla 1). De este modo se ofrece una guía orientativa de cómo trabajar con los pacientes en función del momento temporal o estadio en el que se encuentran.

Tabla 1. Interrelación entre estadios y procesos de cambio

Estadios de Cambio	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Procesos de Cambio	Aumento de la concienciación Alivio Dramático Reevaluación Ambiental	Auto-reevaluación	Auto-liberación	Manejo de Contingencias Relaciones de Ayuda Contracondicionamiento Control de Estímulos	

Fuente: Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) en Becoña y Cortés, 2010

Finalmente, los estadios y procesos de cambio tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. Una tercera dimensión del modelo hace referencia a qué cambios se necesitan para abandonar la conducta adictiva (Prochaska, *et al.*, 2013; Prochaska & Norcross, 2013; Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo, 2012; Becoña & Cortés, 2010; Sánchez-Hervás & Gradolí, 2002; Sánchez-Hervás, Gradolí, Morales, Reyes Del Olmo & Molina, 2002; Santos *et al.*, 2001; Tejero & Trujols, 1994). Esta dimensión, denominada de los niveles de cambio, representa una organización jerárquica de cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas: síntoma/situacional, cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales.

### **El Modelo Transteórico y las intervenciones psicoeducativas en farmacodependientes**

El Modelo Transteórico es uno de los que mayor soporte empírico ha recibido en relación con su capacidad descriptiva, explicativa y predictiva del proceso de cambio en el ámbito de las conductas adictivas (Prochaska, *et al.*, 2013; Prochaska & Norcross, 2013; Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo, 2012; Becoña & Cortés, 2010). Resulta particularmente útil para el análisis del desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento adictivo, por ejemplo, con o sin ayuda de intervenciones específicas. A su vez, contribuye al diseño de intervenciones breves y prácticas de carácter psicoeducativo destinadas a brindar a los pacientes farmacodependientes herramientas necesarias para cambiar actitudes básicas y manejar problemas subyacentes, las cuales difieren de la terapia a largo plazo, pues el foco se sitúa en el presente y enfatiza el uso de herramientas orientadas al cambio de comportamientos específicos (Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo, 2012; Sánchez-Hervás & Gradolí, 2002; Sánchez-Hervás *et al.*, 2002).

En general, las sesiones psicoeducativas se han identificado como un componente necesario para provocar modificaciones en la vida de un paciente o para prevenir recaídas. No obstante, Casañas, Catalán, Raya y Real (2014) evidencian que la intervención psicoeducativa es más eficaz en pacientes con síntomas de depresión leve, debido que presentan una mayor tasa de remisión de los síntomas a corto y largo plazo. Por su parte, Cid y Cavieres (2013) señalan un efecto moderado en las escalas de depresión y ansiedad en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Otros estudios han mostrado la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en la disminución de recaídas en pacientes esquizofrénicos (Pitschel-Waltz *et al.*, 2006).

Lo anterior muestra que, si bien la psicoeducación sola como intervención puede ser insuficiente, su real valor consistiría como coadyuvante de otro tipo de intervenciones. Es de esta manera como ha resultado valiosa, por ejemplo, en el tratamiento de diferentes enfermedades mentales (Hernández & Londoño, 2012; Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo, 2012; Casañas, Raya, Ibáñez & Colomer, 2009; Sánchez, Velasco, Rodríguez & Baranda, 2006; Murray-Swank & Dixon, 2004; Colom *et al.*, 2004; Sánchez-Hervás & Gradolí, 2002; Sánchez-Hervás *et al.*, 2002), ya que enfatiza en la enseñanza y aprendizajes necesarios que debe obtener el paciente para comprender mejor la enfermedad y responder apropiadamente a sus manifestaciones. Dichos estudios coinciden en plantear que la psicoeducación promueve la adherencia al tratamiento farmacológico y disminuye la frecuencia de recaídas, al mejorar el desempeño social.

Particularmente, en el caso de los pacientes farmacodependientes se considera que además de un tratamiento farmacológico, requieren de un acompañamiento terapéutico ya que suelen presentar cuadros psicopatológicos asociados a su consumo, por lo que la heterogeneidad diagnóstica de los pacientes no solo impide que exista una línea estan-

darizada de tratamiento farmacológico, sino que el tratamiento psicológico sea en buena medida psicoeducativo, tanto a nivel individual como grupal, orientando a que el paciente tome conciencia del trastorno para mejorar las probabilidades de éxito y de recaída, y enfocado a ofrecer apoyo e intervención durante un largo periodo (González, Caballero, Polo & Pineda, 2010; Belloso, García & De Prado, 2000; Polo & Amar, 2006).

En relación con el Modelo Transteórico, con base en diferentes propuestas e investigaciones (Prochaska *et al.*, 2013; Becoña & Cortés, 2010; Rodríguez, 2004; Rubio, 1998) se hace viable desarrollar programas psicoeducativos organizados por etapas en el que se intenta adaptar el tipo de intervención al momento motivacional, cognitivo y conductual (estadio y procesos de cambio) en que se encuentra el afectado, por ejemplo, dividiendo la intervención en las etapas de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento de la abstinencia.

Lo anteriormente planteado, posibilita afirmar desde la perspectiva del Modelo Transteórico (Prochaska *et al.*, 2013; Prochaska & Norcross, 2013; Prochaska & Prochaska, 1993), que la psicoeducación constituye una estrategia viable como complemento terapéutico para desarrollar programas estructurados que mediante la instrucción o educación del paciente, les proporcionen herramientas eficaces para modificar actitudes básicas en un tiempo corto, enfocándose al cambio de comportamientos específicos, en lugar de un cambio a gran escala, y que por la complejidad del cuadro clínico presentado y la habitual corta estancia de los pacientes en los centros de rehabilitación resulta inviable. Programas orientados tanto a la motivación al abandono del consumo y a la disminución de recaídas, consiguiendo que los sujetos que han recaído se reciclen de un modo más eficiente y efectivo, y previniendo que quienes recaen desciendan a un estadio anterior de cambio. En concordancia la pregunta que organizó la presente investigación fue:

¿Cuáles es el efecto de una intervención psicoeducativa sobre los procesos y estadios de cambio en pacientes farmacodependientes?

## MÉTODO

El estudio llevado a cabo fue de carácter cuasi experimental, con un diseño pre-post con grupo cuasi control, dirigido a analizar el efecto de una intervención psicoeducativa sobre los estadios y procesos de cambio en pacientes farmacodependientes.

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 20 pacientes de sexo masculino, policonsumidores, mayores de 18 años, que ingresaron a la Unidad de Cuidados Especiales Hombres (UCEH) del Hospital Universitario CARI ESE de la ciudad de Barranquilla, quienes habían recibido un diagnóstico dual (farmacodependencia conjuntamente con alguna otra forma de trastorno mental, como psicosis inducida por sustancias, o trastorno afectivo bipolar, o esquizofrenia, o trastorno de personalidad psicopático o esquizo-afectivo). Sin embargo, todos en el momento del estudio se encontraban en condición subaguda o con remisión de los síntomas psicóticos o afectivos. El grupo cuasiexperimental ( $G_1$ ) y el cuasicontrol ( $G_2$ ) se conformaron no probabilísticamente, cada uno con 10 pacientes con las características señaladas anteriormente; todos asistían al control farmacológico. Se conformó  $G_2$ , con pacientes que no asistieron al programa psicoeducativo por diferentes circunstancias, aunque fueron invitados inicialmente; sin embargo, fueron evaluados con el instrumento utilizado en el estudio en los mismos momentos que  $G_1$ .

### Instrumento

Se utilizó el Inventario de Procesos de Cambio (Tejero & Trujols, 1994), el cual se desarrolló con base en el Modelo Transteórico y tiene por

objetivo identificar los estadios y procesos de cambio del sujeto postulados por el modelo. Consta de 40 ítems, cuatro para cada una de las diez escalas correspondientes a los diez procesos de cambio. Se califica con una escala Likert, con una puntuación mínima de 0 y máxima de 12 para cada proceso de cambio, y con base con los procesos de cambio predominantes detectados en el evaluado, se determina la dominancia o ubicación principal del sujeto en alguno de los estadios.

### **Procedimiento**

Para la realización del estudio, se contó con el consentimiento informado de los pacientes. Se realizó la aplicación individual del Inventario a ambos grupos, al mismo tiempo, antes del tratamiento. Acto seguido se implementó el programa psicoeducativo de manera grupal con los integrantes (10) de  $G_1$ . Para ello, se realizaron 5 sesiones, cada una de 40 minutos, y las temáticas y discusiones se orientaron a promover la conciencia de enfermedad, la evaluación de su condición actual, el afrontamiento de emociones, la reestructuración ambiental, la solución de problemas y la comunicación asertiva, con la finalidad de favorecer la movilización de los estadios y procesos de cambio de índole cognitivo, conductual y relacional. Pasados 15 días de finalizada esta intervención, se llevó a cabo la segunda aplicación individual del inventario de procesos de cambio con los participantes de ambos grupos.

Con el fin de sistematizar y realizar el análisis de datos obtenidos, se construyó una matriz con las mediciones pre y postratamiento de los estadios y procesos de cambio de los sujetos de ambos grupos, y mediante el SPSS 18, se realizó tanto un análisis descriptivo de las variables en estudio, como un análisis comparativo de las segundas mediciones (postratamiento) en ambos grupos, con el fin de determinar tanto los posibles efectos de la intervención psicoeducativa en los estadios y procesos de cambio en  $G_1$ , como las posibles diferencias (o no) entre las mediciones (post) de ambos grupos; para estos análisis

comparativos, y dado el tamaño pequeño de las muestras, se utilizaron pruebas no paramétricas: Wilconxis (para el análisis de medias de muestras relacionadas) y U de Mann Whitney (para análisis para muestras independientes).

Las Hipótesis puestas a prueba fueron:

$H_0$ : El programa de intervención psicoeducativo no tiene ningún efecto en los procesos y estadios de cambio en los pacientes policonsumidores.

$H_1$ : El programa de intervención psicoeducativo tiene efecto positivo en los procesos y estadios de cambio en los pacientes policonsumidores.

## RESULTADOS

Al establecer la valoración del efecto del programa psicoeducativo en los estadios y procesos de cambio se encontró lo siguiente:

### Comparación de las mediciones de los procesos y estadios de cambio antes y después del tratamiento en $G_1$ y $G_2$

Tabla 2. Análisis de medias de los estadios y procesos de cambio pre-post de  $G_1$

Variable	Pre $G_1$	Post $G_1$	Z	Sig.
	Medias (DT)	Medias (DT)		
Autoliberación	5,40 (3,373)	10,30 (1,494)	-2,712	0,007**
Liberación Social	6,30 (2,710)	7,30 (2,163)	-0,973	0,331
Alivio Dramático	5,70 (3,057)	8,90 (1,663)	-1,994	0,046**
Autorreevaluación	5,70 (3,466)	7,50 (2,173)	-1,490	0,136
Reevaluación Ambiental	7,10 (2,470)	10,80 (1,398)	-2,694	0,007**
Aumento de Conciencia	5,80 (2,348)	8,30 (1,767)	-2,375	0,018**
Control de Estímulos	3,70 (2,869)	9,30 (1,494)	-2,533	0,011**
Manejo de Contingencias	6,40 (1,075)	9,90 (1,524)	-2,680	0,007**

Continuació Tabla 2. Análisis de medias de los estadios y procesos de cambio pre-post de G<sub>1</sub>

Variable	Pre G <sub>1</sub>	Post G <sub>1</sub>	Z	Sig.
	Medias (DT)	Medias (DT)		
Relaciones de Ayuda	6,60 (2,591)	7,20 (3,190)	-2,018	0,044*
Contracondicionamiento	3,80 (2,821)	7,20 (3,190)	-2,684	0,007**
Precontemplación	18,60 (5,777)	28,00 (3,528)	-2,670	0,008**
Contemplación	5,70 (3,466)	10,30 (1,494)	-2,561	0,010**
Preparación	11,70 (5,638)	17,60 (2,547)	-2,295	0,022**
Acción	20,50 (5,968)	32,10 (7,978)	-2,670	0,008**

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

Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en la Tabla 2, en G<sub>1</sub> se presentaron cambios significativos en los procesos de cambio cognitivos, luego de la intervención, en comparación con las mediciones preintervención: En autoliberación (diferencia de media 4,9, Z = -2,712; p = 0,007), alivio dramático (diferencia de medias 4,9, Z = -1,994; p = 0,046), reevaluación ambiental (diferencia de medias 3,7, Z = -2,694; p = 0,007), y en aumento de conciencia (diferencia de medias 2,5, Z = -2,375; p = 0,018). Adicionalmente, también se observaron cambios significativos en los procesos conductuales de control de estímulos (diferencia de medias 5,6, Z = -2,533; p = 0,011), manejo de contingencias (diferencia de medias 3,5, Z = -2,680; p = 0,007), relaciones de ayuda (diferencia de medias 0,6, Z = -2,018; p = 0,044), y contracondicionamiento (diferencias de media 3,4, Z = -2,684; p = 0,007).

Por otra parte, también en la Tabla 2 se observa en G<sub>1</sub> cambios en los estadios luego de la intervención psicoeducativa. Las diferencias entre las puntuaciones pre y postintervención son estadísticamente significativas para precontemplación (diferencia de medias 9,4, Z = -2,670; p = 0,008), contemplación (diferencia de medias 4,6, Z = -2,561; p = 0,010), preparación (diferencia de medias 5,9, Z = -2,295; p = 0,022) y acción (diferencia de medias 11,6, Z = -2,670; p = 0,008).

Los anteriores datos sugieren que el programa psicoeducativo favorece cambios en los estadios y procesos cognitivos y conductuales del

cambio en los pacientes del grupo cuasiexperimental, lo cual da apoyo a la hipótesis  $H_1$ .

Tabla 3. Análisis de medias de los estadios y procesos de cambio pre-post de  $G_2$

Variable	Pre $G_2$	Post $G_2$	Z	Sig.
	Medias (DT)	Medias (DT)		
Autoliberación	5,60 (1,776)	5,60 (1,776)	0,000	1,000
Liberación Social	4,20 (1,989)	4,90 (1,729)	-1,933	0,063
Alivio Dramático	4,70 (2,058)	5,30 (2,627)	-1,276	0,202
Autorreevaluación	4,90 (3,414)	5,60 (3,307)	-1,200	0,230
Reevaluación Ambiental	5,60 (2,914)	6,30 (3,234)	-2,333	0,020
Aumento de Conciencia	3,80 (2,201)	4,10 (2,283)	-1,134	0,257
Control de Estímulos	2,60 (1,955)	3,00 (2,309)	-1,633	0,102
Manejo de Contingencias	4,60 (1,174)	5,60 (1,578)	-2,041	0,041*
Relaciones de Ayuda	4,40 (1,578)	5,00 (2,000)	-1,387	0,165
Contracondicionamiento	2,90 (1,853)	3,20 (2,098)	-1,732	0,083
Precontemplación	14,10 (5,405)	15,70 (6,273)	-2,414	0,016**
Contemplación	4,90 (3,414)	5,60 (3,307)	-1,200	0,230
Preparación	9,80 (2,821)	10,50 (2,877)	-1,933	0,063
Acción	15,70 (5,755)	16,80 (5,692)	-1,329	0,184

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

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, a diferencia de lo observado en los procesos y estadios de  $G_1$ , al valorar los mismos en  $G_2$  (Tabla 3), se observó que no existen diferencias significativas en las puntuaciones de los procesos cognitivos de autoliberación (diferencia de medias 1,  $Z = 0,000$ ;  $p = 1,000$ ), liberación social (diferencia de medias 4,9,  $Z = -1,933$ ;  $p = 0,063$ ), alivio dramático (diferencia de medias 0,6,  $Z = -1,276$ ;  $p = 0,202$ ), autorreevaluación (diferencia de medias 0,7,  $Z = -1,200$ ;  $p = 0,230$ ), ni en aumento de conciencia (diferencia de medias 0,3,  $Z = -1,134$ ;  $p = 0,257$ ). Adicionalmente, tampoco se observaron cambios significativos en los procesos conductuales de control de estímulos (diferencia de medias 0,4,  $Z = -1,633$ ;  $p = 0,102$ ), relaciones de ayuda (diferencia de medias 0,6,

$Z = -1,387$ ;  $p = 0,165$ ), ni en contracondicionamiento (diferencia de medias 0,3,  $Z = -1,732$ ;  $p = 0,083$ ). De igual manera, en coherencia con los datos anteriores, no se observaron diferencias en los estadios de contemplación (diferencia de medias 0,7,  $Z = -1,200$ ;  $p = 0,230$ ), preparación (diferencia de medias 0,7,  $Z = -1,933$ ;  $p = 0,063$ ) y acción (diferencia de medias 1,1,  $Z = -1,329$ ;  $p = 0,184$ ). No obstante, es importante señalar que en  $G_2$ , se hallaron diferencias significativas en los procesos de manejo de contingencias (diferencia de medias 1,  $Z = -2,041$ ;  $p = 0,041$ ), reevaluación ambiental (diferencia de medias 0,7,  $Z = -2,333$ ;  $p = 0,020$ ) y en el estadio de precontemplación (diferencia de medias 1,  $Z = -2,414$ ;  $p = 0,016$ ).

### Comparación de las mediciones postratamiento de los procesos y estadios de cambio en $G_1$ y $G_2$

Al comparar las mediciones postratamiento de los procesos y estadios del cambio obtenidos por los sujetos de  $G_1$ , con las obtenidas por los sujetos de  $G_2$  en su segunda medición, se hallaron los siguientes resultados (conseguidos a partir de la comparación de medianas de los puntajes post de  $G_1$  con  $G_2$ ):

Tabla 4. Comparación de los procesos de cambio de  $G_1$  y  $G_2$ , una vez efectuado el tratamiento psicoeducativo

Procesos	Grupo	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig.*
Autoliberación	$G_2$	10	5,75	2,500	-3,617	0,000
	$G_1$	10	15,25			
	Total	20				
Liberación Social	$G_2$	10	7,55	20,500	-2,262	0,023
	$G_1$	10	13,45			
	Total	20				
Alivio Dramático	$G_2$	10	6,55	10,500	-3,010	0,002
	$G_1$	10	14,45			
	Total	20				

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LOS PROCESOS  
Y ESTADIOS DE CAMBIO EN PACIENTES POLICONSUMIDORES

Procesos	Grupo	N	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig.*
Autorreevaluación	G <sub>2</sub>	10	8,60	31,000	-1,449	0,165
	G <sub>1</sub>	10	12,40			
	Total	20				
Reevaluación Ambiental	G <sub>2</sub>	10	6,25	7,500	-3,268	0,000
	G <sub>1</sub>	10	14,75			
	Total	20				
Aumento de Conciencia	G <sub>2</sub>	10	5,90	4,000	-3,512	0,000
	G <sub>1</sub>	10	15,10			
	Total	20				
Control de Estímulos	G <sub>2</sub>	10	8,20	27,000	-1,753	0,089
	G <sub>1</sub>	10	12,80			
	Total	20				
Manejo de Contingencias	G <sub>2</sub>	10	5,60	1,000	-3,727	0,000
	G <sub>1</sub>	10	15,40			
	Total	20				
Relaciones de Ayuda	G <sub>2</sub>	10	6,00	5,000	-3,422	0,000
	G <sub>1</sub>	10	15,00			
	Total	20				
Contracondicionamiento	G <sub>2</sub>	10	7,00	15,000	-2,660	0,007
	G <sub>1</sub>	10	14,00			
	Total	20				

\*Sig. Exacta [2\*(Sig. unilateral)]  
Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en la Tabla 4, una vez efectuado el tratamiento psicoeducativo se puede constatar que en la mayoría de los procesos del cambio (a excepción de autorreevaluación, control de estímulos y contracondicionamiento) se presentaron diferencias significativas entre G<sub>1</sub> y G<sub>2</sub> al respecto del grado de variación pre-post acaecido en ellos, siendo mayor esta variación pre-post en G<sub>1</sub> en comparación con lo presentado en G<sub>2</sub>; concretamente, en G<sub>1</sub> hubo una variación mayor en los procesos de autoliberación (p = 0,000), reevaluación ambiental

( $p = 0,00$ ), aumento de conciencia ( $p = 0,00$ ), manejo de contingencias ( $p = 0,00$ ) y relaciones de ayuda ( $p = 0,00$ ), en comparación con  $G_2$  que no recibió el tratamiento. Aunque también hubo cambios significativos en alivio dramático ( $p = 0,002$ ) y reevaluación social ( $p = 0,023$ ), vale decir que la variabilidad en estos procesos fue menor en los dos grupos. Nuevamente, los anteriores resultados sugieren un efecto positivo del programa psicoeducativo en los procesos del cambio en  $G_1$  en comparación con  $G_2$ , lo cual apoya la hipótesis  $H_{11}$ .

Tabla 5. Comparación de los estadios de cambio de  $G_1$  y  $G_2$  una vez efectuado el tratamiento psicoeducativo

Procesos	Grupo	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig. *
Precontemplación	$G_2$	10	6,00	5,000	-3,411	0,000
	$G_1$	10	15,00			
	Total	20				
Contemplación	$G_2$	10	6,60	11,000	-2,969	0,002
	$G_1$	10	14,40			
	Total	20				
Preparación	$G_2$	10	5,75	2,500	-3,600	0,000
	$G_1$	10	15,25			
	Total	20				
Acción	$G_2$	10	6,20	7,000	-3,258	0,000
	$G_1$	10	14,80			
	Total	20				

\*Sig. Exacta [2\*(Sig. unilateral)]  
 Fuente: Elaboración propia

Igualmente, en relación a los estadios, la Tabla 5 deja ver que se presentaron diferencias significativas de variabilidad mayor de los puntajes pre-post en los estadios del cambio en  $G_1$ , precontemplación ( $p = 0,000$ ), contemplación ( $p = 0,00$ ), preparación ( $p = 0,00$ ) y acción ( $p = 0,00$ ), en comparación con  $G_2$ , una vez efectuado el tratamiento psicoeducativo. Los anteriores resultados sugieren un efecto positivo

del programa psicoeducativo en los estadios del cambio en  $G_1$  en comparación con  $G_2$ , apoyando la hipótesis  $H_1$ .

## DISCUSIÓN

Como lo evidencian los resultados, existen diferencias significativas en la dirección deseable en la mayor parte de los procesos del cambio (tanto de índole cognitivo como conductual) y en todos los estadios del cambio entre los participantes del grupo cuasiexperimental ( $G_1$ ) en comparación con los del grupo cuasicontrol ( $G_2$ ), sugiriendo, en consecuencia, que el programa psicoeducativo implementado tuvo un efecto positivo en dichos procesos y estadios del cambio, lo cual apoya la hipótesis  $H_1$ .

Lo anterior, apoya lo ya observado en estudios previos acerca que la psicoeducación permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo, ayuda a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocarla adecuadamente. Como también favorece el tratamiento, y por ende, una mejora en la calidad de vida del paciente (González *et al.*, 2010; Becoña & Cortés, 2010; Bulacio, Vieyra, Álvarez & Benatuil, 2004).

Los resultados sugieren que la intervención psicoeducativa pudo tener un efecto deseable, significativamente superior a la no intervención, lo cual se evidenció al comparar las evaluaciones pre y postratamiento de ambos grupos. Concretamente, en los procesos cognitivos de autoliberación, alivio dramático, reevaluación ambiental, aumento de conciencia y reevaluación social; y en los conductuales de manejo de contingencias y relaciones de ayuda. Por otra parte, tuvo, consecuentemente, un efecto relevante en todos los estadios del cambio de la conducta adictiva. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado

en diferentes estudios de intervenciones diseñadas y/o evaluadas con base en los procesos y estadios del cambio según el Modelo Transteórico (Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo, 2012; González *et al.*, 2010; Becoña & Cortés, 2010; Rodríguez, 2004; Santos *et al.*, 2001; Tejero & Trujols, 1994).

En consecuencia, se puede afirmar que los pacientes, en general, que participaron de la estrategia y proceso psicoeducativo, presentaron movilizaciones relevantes respecto de sus estadios vinculados al abandono del consumo y mantenimiento del mismo, en la medida que mostraron una mayor movilización de los procesos psicológicos correspondientes y necesarios para apuntalar tales disposiciones (estadios) al cambio. Es decir, mostraron una mejor autoliberación, lo cual se relaciona con una mayor convicción de que eran esenciales para el cambio de su conducta adictiva, así como mayor capacidad para elegir y decidir comprometerse con ello. A su vez, hubo un incremento deseable de la conciencia del problema, basada en una mayor y mejor elaboración de la información sobre la problemática asociada al consumo y al beneficio de modificarlo. También, un mejor alivio dramático o mayor capacidad para admitir y expresar reacciones emocionales dolorosas asociadas a una mejor percepción y valoración de los aspectos negativos de su conducta adictiva sobre diferentes dimensiones de su vida, lo cual, a su vez se acompañaba del incremento de la capacidad para hacer reevaluaciones ambientales o revalorizaciones de sus relaciones interpersonales significativas (familiares y de amistad), reconociendo las consecuencias positivas que sobre estas podría tener el cese de la conducta adictiva. Además, mejoró el proceso cognitivo de reevaluaciones sociales de la conducta adictiva a favor de una mejor disposición para desarrollar alternativas socialmente adaptativas.

Respectos de los procesos conductuales, el efecto positivo del programa se reflejó, en particular, en el manejo de contingencias y en la bús-

queda y acogimiento de relaciones de ayuda, lo cual podría contribuir a mejorar las probabilidades de éxito en el abandono del consumo y a disminuir las recaídas, como lo plantean Santos *et al.* (2001).

Los anteriores resultados sugieren que los sujetos que participaron del proceso psicoeducativo ( $G_1$ ), podrían encontrarse en una mayor probabilidad de avanzar en el proceso de modificación de su hábito adictivo, en comparación con los que no participaron de él ( $G_2$ ), dado que estos últimos, si bien presentaron algo de cambio en el manejo de contingencias y en el estadio de precontemplación, no se evidenciaron en ellos claros cambios positivos en el resto de los procesos cognitivos y comportamentales, ni en los otros estadios del cambio.

Los niveles de cambio encontrados en  $G_2$  podrían considerarse relacionados con la intervención farmacológica que recibían, con la propia reacción ante la crisis inmediatamente vivida vinculada al consumo (la cual motivó su hospitalización inmediatamente anterior), y con diferentes formas de apoyo social espontáneo que se pueden haber suscitado en el entorno social del paciente ante su situación crítica; estas condiciones podrían haber favorecido, por una parte, un mayor uso de estrategias conductuales de manejo de contingencias que les permitieran mantenerse en abstinencia (probablemente de manera temporal) a través de los efectos autorreforzantes de la misma; y, por otra, incrementar la capacidad de estos pacientes para cuestionarse frente a su situación, evidenciando mejor el problema del consumo y las consecuencias negativas para ellos y para las personas que le rodean.

En síntesis, los resultados sugieren que la intervención psicoeducativa implementada, vista como un todo, promovió el desarrollo deseable de los procesos y estadios del cambio en los sujetos del estudio que participaron del grupo cuasiexperimental, y que fue, de manera relevante, superior para movilizar dichos cambios en comparación con la

no participación de tal intervención. Es decir, prospectivamente, parecen sugerir que pacientes como los del presente estudio podrían beneficiarse mejor de participar de este tipo de intervenciones.

No obstante, como limitaciones de los hallazgos reportados, está el que no puedan hacerse generalizaciones confiables de ellos para la población, dadas las limitaciones metodológicas del estudio: particularmente, insuficiencias en la construcción de las muestras, como son su no aleatoriedad, representatividad baja dado su pequeño tamaño y la no incorporación de características de la población diana, por lo que posibles variables intervinientes no fueron controladas. Adicionalmente, está el asunto de la permanencia de los cambios reportados y su relación efectiva con el abandono del consumo y disminución de recaídas, por lo que sería necesario incorporar observaciones sucesivas postratamiento.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-V)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, E. & Cortés, M. (Eds.) (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Valencia, España: Socidrogalcohol-Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Belloso, J. J., García, B. & De Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), 23-40.
- Builes, M. & Bedoya, H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 463-475.

- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C. & Benatuil, D. (2004). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.intramed.net>
- Casañas, R., Catalán, R., Raya, A. & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 145-146.
- Casañas, R., Raya, A., Ibáñez, L. & Colomer, M. (2009). Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. *Atención Primaria*, 41(4), 227-232.
- Cid, F. & Cavieres, A. (2013). Efecto del Programa Psicoeducativo Pro-Familie en el grado de sobrecarga y síntomas psíquicos en familiares cuidadores de personas enfermas de esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(2), 102-109.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A. & Comes, M. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6(4), 294-8.
- González, O., Caballero, C., Polo, I. & Pineda, W. (2010). Efectividad del programa de Farmacodependencia del Centro de Atención y Rehabilitación Integral (ESE-CARI) de la ciudad de Barranquilla, Colombia. *Psicogente*, 13(24), 225-240.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cinta, L., Egido, A. & Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.
- Hernández, M. & Londoño, N. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 47-63.

- Medina-Pérez, Ó. & Rubio, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 550-561.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá, Colombia: Gobierno Nacional de Colombia. Recuperado de [www.odc.gov.co](http://www.odc.gov.co)
- Murray-Swank, A. & Dixon, L. (2004). Family psychoeducation as an evidence based practice. *CNS Spectrum*, 9(12), 905-912.
- Pitschel-Waltz, G., Bauml, J., Bender, W., Engel, R., Wagner, M. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich psychosis information project Study. *Journal of Clinic Psychiatry*, 67(3), 443-452.
- Polo, I. & Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Psicogente*, 9(15), 94-105.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-278.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behavior. *American psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. & Norcross, J. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. (8<sup>th</sup> ed.). Pacific Grove, USA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. Recaída y prevención. En Casas & M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona, España: Ediciones de Neurociencias. Citrán. FISP.

- Prochaska, J. J., Prochaska, J. M. & Prochaska, J. O. (2013). Building a science for multiple-risk behavior change. In S. Shumaker, J. Ockene, K. Riekert (Eds), *The Handbook of Health Behavior Change* (4<sup>th</sup> edition). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Rodríguez, E. (2004). *Efectos de un programa de psicoterapia cognitiva conductual en el bajo nivel de autoconcepto y en los estadios de cambio en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas*. Perú: IPSICOC. Recuperado de <http://www.ipsicoc.com/ppubdet.php?pubid=89&cpuid=1>
- Rubio, G. (1998). Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos comórbidos con las Patologías Adictivas. En J. Cabrera (Ed.), *Patología Dual* (pp. 103-121). Madrid, España: Ediciones Gráficas DELOS S.L.
- Sánchez-Hervás, E. & Gradolí, V. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, (83), 49-54.
- Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V., Morales, E., Reyes Del Olmo, G. & Molina, N. (2002). Características clínicas en tres grupos de dependientes a drogas. *Salud y Drogas*, 2(2), 27-39.
- Sánchez-Hervás, E. & Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 24(3), 269-280.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. & Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 5(6), 540-546.
- Santos, P., González, G., Fons, M., Forcada, R. & Zamorano, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13(2), 147-152.
- Tejero, A. & Trujols, J. (1994). El modelo transteorético de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas* (pp. 3-43). Madrid, España: Ed. Debate.