

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

**Calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en
internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia
Tarapoto, 2019**

Tesis para obtener el Título Profesional de Psicóloga

Por:

Leyla Elizabeth Gonzales Carrasco

Hadid Nicholl Ruiz Mieses

Asesor:

Mg. Oscar Roberto Reátegui García

Tarapoto, agosto de 2020

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Mg. Oscar Roberto Reátegui García, asesor de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulada: “CALIDAD DE VIDA Y ESTADIOS DE CAMBIO EN LA CONDUCTA ADICTIVA EN INTERNOS DE LA ASOCIACIÓN COMUNIDAD CRISTIANA JESÚS SÍ CAMBIA TARAPOTO, 2019” constituye a la memoria que presenta las Bachilleres Leyla Elizabeth Gonzales Carrasco y Hadid Nicholl Ruiz Mieses, para aspirar al título Profesional de Psicóloga, cuya tesis ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de los autores, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Tarapoto, a los 19 días del mes de octubre del año 2020.



Mg. Oscar Roberto Reátegui García
Asesor

Calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en
internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia
Tarapoto, 2019

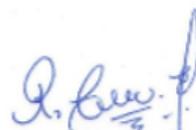
TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicóloga

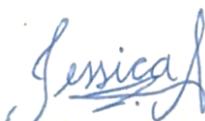
JURADO CALIFICADOR



Dra. Dámaris Susana Quinteros Zúñiga
Presidente



Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban
Secretario



Psic. Jessica Aranda Turpo
Vocal



Mg. Oscar Roberto Reátegui García
Asesor

Tarapoto, 12 de agosto del 2020

Dedicatoria

A mis padres Vilma Carrasco y
Juan Gonzales. Asimismo, a
mi tía Cecilia Carrasco. A ellos
por siempre brindarme su apoyo
incondicional para que la culminación
de este trabajo sea realidad.

Leyla Elizabeth Gonzales Carrasco.

A mi familia Mieses Herrera,
en especial a mi madre Lurdes Mieses
y a mi tío Rafael Mieses.

Quienes me apoyaron constantemente
para hacer realidad esta meta trazada.

Hadid Nicholl Ruiz Mieses.

Agradecimientos

A Dios, en primer lugar, por las bendiciones derramadas a lo largo de la carrera.

A nuestros padres, quienes siempre nos apoyaron constantemente motivándonos e impulsándonos a realizar este trabajo y a que seamos personas de bien.

A nuestro asesor, el Psic. Oscar Roberto Reátegui García quien dedicó su tiempo para que este trabajo pueda concluirse.

A nuestra tutora del curso, la Psic. Jesica Aranda Turpo por las sugerencias y correcciones para que el trabajo de investigación se culmine satisfactoriamente.

Por último, a Universidad Peruana Unión – filial Tarapoto, por ser nuestra casa de formación profesional cristiana.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo estudiar la asociación entre la calidad de vida y los estadios de cambio en la conducta adictiva de los internos del centro de rehabilitación Jesús si cambia de Tarapoto. El modelo teórico con el cual se trabaja es el modelo tridimensional del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente. El instrumento para medir los estadios de cambio fue la Escala de la Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA), adaptado al Perú por Basurto en el año 2017. El instrumento para medir la calidad de vida fue el cuestionario de salud SF-36, adaptado al Perú por Salazar y Bernabé el año 2012. La muestra estuvo conformada por 35 participantes varones los cuales oscilan entre 15 – 65 años de edad. Los resultados evidenciaron que no existe asociación significativa entre las variables de estudio calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva ($\chi^2=3,030a$, $p>.05$). Así mismo, no se halló asociación significativa entre las dimensiones de cada variable. En este sentido se concluye que en el estadio de cambio en el que se encuentre un paciente no determina su calidad de vida, es decir, cada variable es independiente.

Palabras clave: *drogodependientes, estadios de cambio, calidad de vida.*

Abstract

The objective of this study was to study the association between quality of life and the stages of change in the addictive behavior of the inmates of the Jesús si rehabilitation center if they change in Tarapoto. The theoretical model with which we work is the three-dimensional model of change proposed by Prochaska and DiClemente. The instrument to measure the stages of change was the Scale of the Evaluation of Change of the Rhode Island University (URICA) adapted in Peru by Basurto 2017. The instrument to measure the quality of life was the SF-36 health questionnaire, it was adapted in Peru in 2012 by Salazar and Bernabé. The sample was made up of 35 male participants with ages between 15 - 65 years old. The results showed that there is no significant association between the study variables quality of life and stages of change in addictive behavior ($\chi^2 = 3,030a$, $p > .05$). Likewise, no significant association was found between the dimensions of each variable. In this sense, it is concluded that the stage of change in which a patient is found does not determine their quality of life, that is, each variable is independent.

Keywords: *drug addicts, stages of change, quality of life.*

Tabla de contenido

Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xii
Capítulo I.....	13
El problema.....	13
1. Planteamiento del problema.....	13
2. Pregunta de investigación.....	16
2.1 Pregunta general.....	16
2.2 Preguntas específicas.....	16
3. Justificación.....	16
4. Objetivos de la investigación.....	17
4.1 Objetivo general.....	17
4.2 Objetivos específicos.....	17
Capítulo II.....	19
Marco teórico.....	19
1. Presuposición filosófica.....	19
2. Antecedentes de la investigación.....	21
2.1 Antecedentes internacionales.....	21
2.2 Antecedentes nacionales.....	26
3. Marco conceptual.....	21
3.1 Estadios de cambio.....	27
3.2 Calidad de vida.....	35
3.3 Marco conceptual referente a la población de estudio.....	41
4. Definición de términos.....	43
5. Hipótesis de la investigación.....	45
5.1 Hipótesis específicas.....	45
Capítulo III.....	46
Materiales y Métodos.....	46

1.	Diseño y tipo de investigación.....	46
2.	Variables de la investigación.....	46
2.1	Definición conceptual de las variables.....	46
2.2	Operacionalización de las variables	47
3.	Delimitación geográfica y temporal	51
4.	Participantes	51
4.1	Características de la muestra	51
4.2	Criterios de inclusión	52
4.3	Criterios de exclusión	52
5.	Instrumentos	52
5.1	Escala de la evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA).....	52
5.2	Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2).....	54
6.	Proceso de recolección de datos	55
7.	Procesamiento y análisis de datos.....	55
	Capítulo IV	57
	Resultados y discusión	57
1.	Resultados.....	57
1.1	Análisis descriptivo	57
1.2	Análisis de correlación.....	64
2.	Discusión	64
	Capítulo V	68
	Conclusiones y recomendaciones.....	68
1.	Conclusiones	68
2.	Recomendaciones	69
	Referencias	70
	Anexos	79

Índice de tablas

Tabla 1	
Matriz operacional de la variable calidad de vida SF- 36_según Ware & Sherbourne (1992).....	35
Tabla 2	
Matriz operacional de la variable estadios de cambio según Prochaska, McConaughy, & Velicer (1983).....	37
Tabla 3	
<i>Descripción sociodemográfica de los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.....</i>	<i>38</i>
Tabla 4	
Niveles de calidad de vida de los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.....	44
Tabla 5	
Niveles de calidad de vida según etapas de desarrollo en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.....	45
Tabla 6	
<i>Niveles de calidad de vida según tipo de familia de procedencia en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.</i>	<i>47</i>
Tabla 7	
<i>Niveles de calidad de vida según tiempo de abstinencia en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.</i>	<i>48</i>
Tabla 8	
<i>Estadios de cambio en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.....</i>	<i>49</i>
Tabla 9	
<i>Estadios de cambio según etapas del desarrollo en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto</i>	<i>50</i>
Tabla 10	
Estadios de cambio según tipo de familia de procedencia <i>en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.....</i>	<i>50</i>
Tabla 11	

Estadios de cambio según tiempo de abstinencia *en los internos de la Asociación
Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto* 51

Tabla 12

Análisis correlacional entre calidad de vida y estadios de cambio *en los internos de
la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto* 51

Índice de anexos

Anexo 1	
Instrumentos.....	66
Anexo 2	
Propiedades psicométricas de la escala de evaluación del cambio – Universidad de Rhode Island (URICA) y del cuestionario de salud SF-36 (versión 2).....	71
Anexo 3	
Carta de autorización de la institución/comité de ética.....	78

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

En la actualidad, la drogadicción se ha convertido en un problema de salud pública, ya que ha adoptado un carácter masivo, de gran escala y de gran impacto; es decir, no afecta a solo una persona, sino también a la sociedad en la que se vincula, afectando a hombres y mujeres, niños, jóvenes, adultos, etc (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, Consejo Nacional de la Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas y el Estado Plurinacional de Bolivia, 2015).

En diversas ocasiones muchas personas han intentado dejar el consumo de sustancias sin tener éxito, debido a que el consumo de sustancias a largo plazo genera cambios en el cerebro que persisten por mucho tiempo, aun cuando deje de consumir y como consecuencia se manifiesta la incapacidad para ejercer control sobre el impulso de consumir drogas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2019), resalta que las muertes por años debido al consumo de drogas se estiman en una cantidad de 200.000 personas, afirmando que muchos países están experimentando una crisis de emergencia sanitaria. La droga más consumida es el cannabis con una estimación de 188 millones de personas a nivel mundial; así también, 53 millones de personas son usuarias de opioides y 35 millones de personas presentan un trastorno relacionado al consumo de drogas.

Por otro lado, El Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2018) realizó una investigación que revela los resultados de una población de 8424 en 13 ciudades: Lima Metropolitana, y 4 ciudades por cada región natural del país, con personas que oscilan entre 12 a 65 años de edad. Se encontró que el 79.2% de personas han consumido alguna sustancia relacionada a las drogas legales al menos una vez en su vida, el 52.5% han consumido alcohol y tabaco. Sin embargo, en cuanto al consumo relacionado a las drogas ilegales, se encontró la mayor prevalencia 8.1% en el consumo de marihuana (Cannabis), seguida por la Pasta básica de cocaína 2.0%, el clorhidrato de cocaína 1.6%, el éxtasis (MDMA) con una prevalencia menor al 1%.

En cuanto a la región San Martín, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2019) indica que del 100% de la población estudiantil de secundaria el 22.1% consume drogas legales, el 4.6 % consume drogas ilegales y el 58% de la población estudiante consume alcohol.

El consumo de drogas es un factor de riesgo importante sobre la salud, estimándose que aproximadamente sesenta enfermedades están asociadas al consumo de drogas, como también lesiones causadas por accidentes y la violencia (Organización de los Estados Americanos, 2013).

Además, también se encuentra relacionado con alteraciones mentales, como la ansiedad, la depresión y algunos trastornos de la personalidad, agregándose a ello la falta de conciencia sobre el consumo. Y la presencia de los fenómenos definitivamente generará un déficit en la calidad de vida de la persona (Yataco, 2008).

En definitiva, los problemas derivados del consumo de drogas son variados y, muchos de ellos acarrearán graves consecuencias afectando áreas básicas de las

personas, el área biológica, el área psíquica y el área social; por ello, es necesario tener mucho en cuenta que lo que lleva al consumidor a requerir ayuda no es el consumo en sí, sino los problemas sociales, legales, psicológicos y su estado de salud general causado por el consumo de drogas. Ello consigna al constructo de calidad de vida (Fernandez, Fernandez y López, 2016).

Respecto a calidad de vida Ware (1984) indica que es la evaluación objetiva y subjetiva de los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; y en términos generales, una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico.

Por tal motivo, con el fin de comprender el proceso de cambio en la conducta adictiva, los autores Prochaska y DiClemente plantearon el modelo transteórico del cambio en el año 1982, partiendo del análisis de teorías e investigaciones en psicoterapia en la cual se refieren a los estadios de cambio como seis realidades o momentos por las que atraviesa una persona en el proceso de cambio que son: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y recaída (Cabrera y Gustavo, 2000).

En este sentido, se ha considerado que, para evaluar la reducción del daño y el proceso terapéutico en el ámbito de las drogodependencias, uno de los factores importantes es la condición de vida que goce la persona; como también lo menciona Urzúa (2010), la calidad de vida se introdujo en el ámbito de la salud considerándose que el bienestar de los pacientes es un punto importante tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.

Es por ese motivo que nace el interés de realizar la investigación en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto, ya que se considera que el estudio en dicha población es de suma importancia puesto que el

propósito es conocer cuánto está asociada la calidad de vida que tenga el interno a la adherencia terapéutica, es decir, el cambio de la conducta adictiva como resultado a la logoterapia.

2. Pregunta de investigación

2.1 Pregunta general

¿Existe asociación significativa entre calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto?

2.2 Preguntas específicas

¿Existe asociación significativa entre calidad de vida física y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto?

¿Existe asociación significativa entre calidad de vida psicológica y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto?

¿Existe asociación significativa entre calidad de vida social y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto?

3. Justificación

La presente investigación es de relevancia social, puesto que permitirá conocer al centro de rehabilitación y a los profesionales de la salud, la condición en la que se encuentran los internos con relación al proceso de cambio y su calidad de vida.

Además, es de relevancia teórica, ya que presenta información relevante y actualizada recopilada de libros, artículos y otras investigaciones, referente a adicción, estadios de cambio en la conducta adictiva y calidad de vida.

De relevancia metodológica, ya que servirá de referencia para la realización de nuevos trabajos de estudio correlacional. Además, los instrumentos no han sido aplicados anteriormente en la región, motivo por el cual fueron adaptadas y servirán para futuras investigaciones.

Asimismo, es de relevancia práctica, ya que a partir de los resultados se podrán tomar las acciones necesarias como base para la ejecución de programas de intervención en busca de mejora de calidad de vida del paciente con drogodependencia, y brindará una visión más focalizada respecto a las dimensiones en la cuales se debe trabajar con mayor énfasis.

Es de sumo interés, puesto que, se encontrará la relación que existe entre los estadios de cambio en la conducta adictiva y la calidad de vida.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo general

Determinar si existe asociación significativa entre calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar si existe asociación significativa entre calidad de vida física y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.
- Determinar si existe asociación significativa entre calidad de vida psicológica y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

- Determinar si existe asociación significativa entre calidad de vida social y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

El tema de las adicciones a sustancias psicoactivas, es una problemática que también aborda la Biblia, si bien es cierto, no lo aborda directamente, sin embargo, se encuentran varios principios bíblicos claros que colocan el uso de drogas fuera del ámbito del comportamiento saludable.

Se podría partir hablando de la obediencia, puesto que la Biblia menciona que Dios dio las leyes a sus hijos para que puedan obedecerlas y de esa manera vivir una vida armoniosa con sus semejantes. Sin embargo, en Génesis 3, se menciona que el hombre cayó en pecado por su desobediencia, dejándose guiar por los placeres de su corazón y dejando a un lado a Dios.

Referente a lo anterior, White (1995b) menciona que después de la caída del hombre, Satanás declaró que los seres humanos habían demostrado ser incapaces de guardar la ley de Dios, y procuró arrastrar consigo al universo en esa creencia. Desde aquel momento, el ser humano tiene la tendencia a hacer lo malo, entre los cuales se podría mencionar al descuido de su salud y cuerpo, entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas, puesto que acarrea consecuencias nocivas para la salud de la persona y también afectaciones a nivel social.

En cuanto al tema, el apóstol Pablo advierte en Efesios 5:18 “No se emborrachen con vino, que lleva al desenfreno. Al contrario, sean llenos del Espíritu”, resaltando

en este pasaje las consecuencias que conlleva el consumo de alcohol (sustancia psicoactiva); como una vida abandonada, sin disciplina y sin control.

Asimismo, se puede asumir como una advertencia más, en Isaías 5: 11 “Ay de los que se levantan de mañana para seguir la embriagándose; que se están hasta la noche, hasta que el vino los enciende”, enfatizando en este texto el deterioro de las relaciones interpersonales a causa del consumo de sustancias psicoactivas.

Por su parte, White (1995a) en su libro “La Temperancia”, señala que el consumo de sustancias psicoactivas es una práctica peligrosa, puesto que prepara terreno para una gran gama de enfermedades y de males que desarreglan el sistema nervioso, es decir, afecta la salud.

Del mismo modo, en 1 Corintios 6: 19, 20 señala: “¿Acaso no saben que su cuerpo es templo del Espíritu Santo, quien está en ustedes y al que han recibido de parte de Dios? Ustedes no son sus propios dueños, porque Dios los ha comprado. Por eso deben honrar a Dios en el cuerpo”; dando a entender que nadie es dueño de su propia vida, ni de su salud; por tal motivo, con mucha más razón es un tema con el que se debería tener sumo cuidado, puesto que Dios le ha confiado a cada ser humano la responsabilidad de administrar su cuerpo y por ende su salud, por lo tanto, debe velar por su completo bienestar y de ese modo gozar de una vida de calidad, en demostración de honra hacia él.

Por otro lado, direccionando al tema del cambio, en relación al abandono de alguna conducta, la Biblia resalta en cada escrito, el deseo de Dios para con el ser humano de una vida óptima, con buena salud, con adecuadas relaciones interpersonales (comportamiento y conducta), libres de adicciones y enfermedades., como también es mencionado en 3 Juan 1:2: “Amado, yo deseo

que tú seas prosperado en todas cosas, y que tengas salud, así como tu alma está en prosperidad”.

Por tal motivo, adoptar principios que restauren la salud del cuerpo es el deber de cada persona, como se encuentra en “El ministerio de curación”, donde la autora plantea lo siguiente: “Es necesario enseñarles que todo hábito que destruye las energías físicas, mentales o espirituales, es pecado, y que la salud se consigue por la obediencia a las leyes que Dios estableció para bien del género humano” (White, 2007, p. 48).

En este sentido, se deja en claro que la Biblia enfatiza el tema de una óptima calidad de vida, tanto física, emocional, social y espiritual; de la que se infiere que involucra también una vida sin conductas adictivas.

2. Antecedentes de la investigación

2.1 Antecedentes internacionales

Robles et al. (2017) realizaron un estudio en Cádiz-España. El objetivo de la investigación fue evaluar el *craving* y la calidad de vida autopercebida en una muestra de pacientes con dependencia alcohólica, con o sin enfermedad dual, que acuden a un centro de tratamiento ambulatorio. La muestra estuvo conformada por 112 pacientes (56 duales y 56 no duales) diagnosticados de dependencia de alcohol según el DSM-IV-TR, los cuales fueron evaluados mediante la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) y el Cuestionario de Salud SF-36. Los resultados demostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas en el *craving* entre ambos subgrupos; ya que los duales tienden a referir menor *craving* de alcohol que los pacientes no duales. Respecto a la CV autopercebida, el 50% de la muestra global arroja valores por debajo de 50 puntos, lo que indica un peor estado de salud tanto físico como mental. En relación con el

sexo, presentan diferencias estadísticamente significativas: rol emocional ($p = 0,005$), función social ($p = 0,001$), salud mental ($p = 0,036$) y vitalidad ($p = 0,001$), siendo en todas ellas las mujeres las que peor CV perciben.

Fernandez, Fernandez y Lopez (2016) realizaron un estudio en Lugo-España, con la finalidad de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes en tratamiento por consumo de sustancias adictivas de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Monforte de Lemos (Lugo). La muestra estuvo conformada por 100 usuarios en los cuales se estudiaron las variables sociodemográficas, de salud y de consumo, como también otras relacionadas con la calidad de vida que fue medida mediante el cuestionario SF-36 adaptada para España por Alonso y sus colaboradores. Los resultados demostraron que existieron diferencias de medias en la mayor parte de las 8 dimensiones analizadas, las puntuaciones más altas en general obtuvieron los varones, aunque dichas diferencias no alcanzaron la significación estadística excepto en el rol físico ($p = 0,03$). Los datos significativos se hallaron en el análisis en función de la situación sociolaboral, la droga principal, las enfermedades infecciosas y las enfermedades somáticas; llegando a la conclusión la CVRS es más baja en sus usuarios que en la población general, y en los hombres es mayor que en las mujeres; y el área más comprometida fue la vitalidad.

Carron, Muñoz, Román, Castuera y Batista (2016) realizaron un estudio en Berdajoz-España, con la finalidad de conocer qué variables motivacionales pertenecientes a la Teoría de la Autodeterminación eran predictoras de las etapas de cambio de ejercicio más activas (Acción y Mantenimiento). La muestra estuvo conformada por 187 estudiantes extremeños en clases de Educación Física, de los cuales 87 eran chicos y 100 eran chicas, pertenecientes a tres Centros Educativos

de Educación Secundaria Obligatoria. Los instrumentos utilizados fueron la Escala del Locus Percibido De Causalidad en Educación Física (PLOC Scale), la Escala de medición de las necesidades psicológicas básicas (BPNES) y el cuestionario de etapas de cambio para el ejercicio físico (URICA-E2), de los cuales se obtuvo como resultado que la etapa del cambio del ejercicio físico de acción fue predicha por la necesidad psicológica básica de autonomía y la etapa del cambio del ejercicio físico de mantenimiento fue predicha por la necesidad psicológica básica de competencia, ambas de forma positiva y significativa. Y en conclusión sería relevante, fomentar la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de competencia y autonomía con objeto de aumentar la práctica regular de ejercicio físico.

Pérez del Río (2012) realizó una investigación en Burgos-España, con la finalidad de evidenciar en qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento. La muestra estuvo conformada por 159 pacientes ingresados en Comunidad Terapéutica diagnosticados de dependencia a sustancias según el DSM IV-TR. los instrumentos utilizados fueron EuropASI. Cuestionario de Psicopatología (SCL- 90-R). Cuestionario de Agresión (AQ). Trastornos de Personalidad (IPDE). Cuestionario de Auto- eficacia (SES). Escala de Evaluación del Cambio (URICA). Inventario de Procesos de Cambio (PCQ). Cuestionario de Balance Decisional (DBC). Los resultados demostraron que se cumplen los requisitos para sostener que se dan cambios significativos en las siguientes variables estudiadas: a) no consumen sustancias; b) avanzan a la fase de Acción [$F(1,75) = 11970, p \leq 0,001$]; c) se dan cambios en el Balance Decisional [$F(1,75) = 118, p \leq 0,001$]; d) aumentan en Autoeficacia [$F(1,72) = 32, p \leq 0,001$]; e) se dan cambios en la variable Hostilidad [$F(1,75) = 1461, p < 0,001$]; f) aumentan en cinco Procesos de Cambio: liberación social [$F(1,75) = 2200, p \leq 0,001$], re-evaluación ambiental [$F(1,75) = 4725, p \leq$

0,001], cotracondicionamiento [$F(1,75) = 388, p \leq 0,001$], control de estímulos [$F(1,75) = 384, p \leq 0,001$] y relaciones de ayuda [$F(1,75) = 1195, p \leq 0,001$].

Hidalgo, Hidalgo, Rasmussen, Hernández y Santoyo (2009) en su estudio realizado en Guadalajara – México; el cual tuvo el objetivo de evaluar los comportamientos de riesgo de consumo de alcohol y su relación con la calidad de vida. La muestra estuvo conformada por 380 estudiantes de 18 años y menos, del Centro Universitario del Sur. El instrumento utilizado fue el *Youth Quality of Life-Research Version (YQOL-R)*, con cuatro dominios, y en el *Youth Risk Behavior Surveillance*, del cual se tomaron cuatro variables sobre consumo de alcohol y variables sociodemográficas. Los resultados demostraron que, en los 30 días previos a la aplicación de los cuestionarios, 60.5 % de los estudiantes bebieron y 24.2 % bebió intensamente, 41.1 % anduvo en un automóvil con un chofer que bebió y 12.4 % conducía en estado etílico. En la calidad de vida, el índice total fue de 88.70 y el dominio del YQOL-R con menor índice fue el personal (84.05), llegando a la conclusión que los modelos de comportamiento de riesgo de consumo de alcohol se asociaron con calidad de vida en los hombres, en quienes trabajan y en quienes tienen nivel socioeconómico alto, explicando 62, 85.9 y 55.7 % de la varianza, respectivamente.

Llinares, Palau, Santos, Albiach, y Camacho (2002), realizaron un estudio en Lima – Perú, con el propósito de estudiar el estadio de cambio y el estado emocional de los jugadores patológicos al inicio de tratamiento, en cinco Unidades de Conductas Adictivas. La muestra estuvo constituida por 133 sujetos (14 mujeres y 119 hombres). Los instrumentos utilizados fueron: El Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), El Inventario de Depresión de Beck (BDI), El Cuestionario de Ansiedad de Spielberg (STAI), El Cuestionario Breve de

Alcoholismo-Feuerlein 1976 (CBA) y el estadio de motivación al cambio fue evaluado, en todos los casos, por el psicólogo/a de la UCA en la primera sesión durante la entrevista con preguntas adaptadas de un sistema de clasificación categorial basado en una serie de preguntas mutuamente excluyentes desarrollado por Prochaska y DiClemente. Los resultados demuestran que todos los sujetos de la muestra cumplían criterios de probable jugador patológico (SOGS). La mitad de la muestra se ubica en el estadio de contemplación. Percentil medio 68.38 para ansiedad/estado y 76.17 para ansiedad/rasgo. El BDI refleja estado emocional disfórico. Las puntuaciones del CBA indican consumo moderado de alcohol. El 63.2% no precisa tratamiento farmacológico. Concluyendo que el alto porcentaje de sujetos que presenta consumo de alcohol concomitante con la conducta de juego, exige una intervención específica para estos sujetos. Los altos niveles de ansiedad y disforia que presentan los sujetos al inicio de tratamiento, parecen relacionados con los estresores propios de la conducta de juego.

Santos, González, Fons, Forcada y Zambrano (2001) realizaron un estudio en Valencia-España, con el objetivo de describir los estadios y procesos de cambio que presentan los sujetos drogodependientes. La muestra estuvo conformada por 106 varones y 10 mujeres adictos a diferentes sustancias, los cuales fueron evaluados mediante el Inventario de Procesos de Cambio (I.P.C.) de Tejero y Trujols, 1993. Los resultados demostraron que la predominancia de los sujetos preparados para la acción (51.7 %), aunque un alto porcentaje de sujetos (30.1%) se encuentran en precontemplación o contemplación. Respecto a los procesos de cambio, la mayor puntuación la obtiene la reevaluación ambiental. Excepto en dos procesos de cambio (liberación social y control de estímulos), la puntuación obtenida es superior a la media. De los resultados se desprende que la intervención psicológica debería

dirigirse hacia el aumento de la atribución interna y capacidad de decisión sobre su conducta adictiva, así como hacia la reestructuración del ambiente.

Albiach, Llinares, Palau y Santos (2000) realizaron un estudio en Valencia-España, con el objetivo de evaluar el estadio de cambio en heroinómanos. La muestra estuvo constituida por 317 sujetos (250 varones y 67 mujeres), los cuales fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada basado en el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente. Los resultados demostraron que variables estudiadas, sin embargo, sí predicen adherencia durante todos los cortes temporales medidos: edad y tipo de tratamiento que inicia. Por otra parte, y en menor medida, los tratamientos anteriores, el tiempo máximo de abstinencia previa y el tipo de acompañamiento, tienden a predecir adherencia en los últimos cortes temporales.

2.2 Antecedentes nacionales

Yaya (2017) realizó un estudio en Lima, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la Calidad de Vida, Tiempo de Consumo de Sustancias Psicoactivas y el Tiempo de Permanencia. La muestra estuvo constituida por 50 participantes, entre niños, niñas y adolescentes, de 7 a 18 años, de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de datos del problema de consumo de sustancias psicoactivas de la Comunidad Terapéutica y el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP) adaptado previamente para niños. Los resultados indicaron que, en función del tiempo de consumo, se encontró que a mayor tiempo de consumo la calidad de vida es peor (-0.285). Asimismo, se halla también una relación inversamente proporcional entre el tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación y la calidad de vida de los consumidores. Estadísticamente hay una relación significativa

(0.396) entre tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación y el tiempo de consumo.

Yataco (2008) realizó un estudio en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en la ciudad de Lima – Perú, con el objetivo de establecer una correlación entre los estadios de cambio y la calidad de vida. El estudio se realizó con una muestra de 110 pacientes alcohólicos, 72 hombres y 38 mujeres con edades entre 21 a 50 años y/o más. Se utilizó la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA y la Escala de Evaluación de Calidad de vida de Olson y Barnes ambos adaptados a Lima. Los resultados demostraron que en los pacientes alcohólicos predomina el estadio de contemplación y le sigue el estadio de acción; la calidad de vida es mejor en mujeres que en hombres deteriorándose más con la edad, siendo su calidad de vida en términos globales moderada o regular; probándose la hipótesis principal de una correlación múltiple altamente significativa y de magnitud moderada ($r = 0.576$) cuando $p < 0,000,1$ lo cual implica que cuando los pacientes están en los estadios de cambio terapéutico iniciales se afecta más la calidad de vida mejorando con el paso a otros estadios de cambio más avanzado.

3. Marco conceptual

3.1 Estadios de cambio

3.1.1 Definiciones

Tal como lo menciona Prochaska et al., (citados por Albiach, et al.) refieren que los estadios de cambio son cinco aspectos por el que la persona atraviesa en el proceso de cambio en el abandono de la conducta adictiva. Asimismo, “los estadios de cambio, son fases que pueden ser identificadas en el individuo y permiten planear la intervención de acuerdo con el momento en que se encuentra” (Berra &

Muñoz, 2018). Mayor (1995) agrega que los estadios dan respuesta al cuándo suceden los cambios particulares en las actitudes, las intenciones o los comportamientos.

Por su parte, otros autores denominan a los estadios de cambio, como “aspectos temporales y motivacionales del cambio intencional; siendo un movimiento gradual a través de etapas específicas que representan tanto un período de tiempo como una serie de habilidades y tareas necesarias para pasar a la siguiente etapa” (Sagardoy, Fernández, Serván, & Pelaz, 2001, p.239).

Así también, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (citados por Criollo y Guerrero, 2015) indican cinco etapas a través de las cuales evolucionan las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, desde aquel momento en que estos deciden un posible cambio hasta que dejan definitivamente de consumir. Estos estadios o etapas son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Becoña y Cortés, 2010).

3.1.2 Características

3.1.3 Modelo transteórico de las adicciones

Prochaska y DiClemente (citados por Santos, et al., 2001; Yataco, 2008) propusieron la teoría tridimensional, la cual provee una idea completa y diferenciada del cambio en el ámbito de las conductas adictivas, integrando los estadios, procesos y niveles de cambio.

Esta teoría surgió debido a que en la década de los 70 y 80, la conducta de fumar se había convertido en un consumo abusivo; y la finalidad de esta teoría era dar respuestas a situaciones difíciles de explicar, como por ejemplo: el que algunas personas no perciban que su conducta de fumar era un problema (estadio de precontemplación); otras personas eran conscientes de tener un problema, sin

embargo, no hacían nada por solucionarlo (estadio de contemplación); otro grupo eran completamente consciente de tener un problema y estaban en busca de algún tipo de solución (estadio de preparación); otras ya se encontraban aplicando soluciones (estadio de acción); y otras habían abandonado el consumo y estaban manteniendo los cambios realizados (estadio de mantenimiento) (Díaz, Pinto, y Solbes, 2013).

Esta teoría hace énfasis en los siguientes aspectos: el cambio no es una decisión dicotómica, más bien es un proceso circular, el paso de una etapa a otra no es lineal sino bidireccional, y las recaídas no significa continuar con el problema porque es parte del proceso natural del cambio (Prochaska y DiClemente citados por Díaz, et al., 2013).

Asimismo, McConnaughey, Prochaska y Velicer (citados por Díaz, et al., 2013) indican que la teoría establece procesos, estadios y niveles de cambio.

Los mismos autores señalan diez procesos que son básicos en el cambio y que facilitan la comprensión de cómo es que sucede el cambio intencional, la cual está postulada a modo de recomendación y consiste en la realización de actividades encubiertas, iniciadas o experimentadas por la persona para cambiar su hábito adictivo (Yataco, 2008; Santos, et al., 2001).

1.- Aumento de la concienciación, que consiste en la incrementación del procesamiento de información sobre la problemática que está asociada al consumo y a los beneficios de cambiar esta conducta.

2.- Autorreevaluación, que consiste en la evaluación afectiva y cognitiva del impacto que produce la conducta adictiva sobre los valores y la manera de ser de uno mismo, como también lo es el reconocimiento de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandono de la conducta adictiva.

3.- Reevaluación ambiental, que es una valoración del estado actual de las relaciones interpersonales y en el reconocimiento de los efectos positivos que originaría la detención de la conducta adictiva en relación a las relaciones interpersonales, es decir, familiares y de amistad.

4.- Relieve dramático, que consiste en la experimentación y la expresión de respuestas emocionales elicítadas por la observación o advertencias en relación a las características negativas que están asociados a la conducta adictiva.

5.- Autoliberación, que representa un compromiso personal; en la que la capacidad del sujeto para decidir y elegir aumenta y mejora. Dicho compromiso demanda la creencia de que una persona puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, puesto que pueden desarrollar las habilidades necesarias para tener un cambio exitoso.

6.- Liberación social, consiste en un aumento de la capacidad de la persona, para decidir y escoger, antecedido por una toma de conciencia tanto a nivel social, de la conducta adictiva y la voluntad.

7.- Manejo de contingencias, considerada una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que determinada conducta en relación al cambio ocurra.

8.- Relaciones de ayuda, es la existencia del apoyo social (familia, amistades) que ayuden a facilitar el proceso de cambio relacionado a la conducta adictiva.

9.- Contracondicionamiento, es una estrategia cognitivo-conductual, en la que la persona cambia la respuesta (cognitiva, fisiológica y/o motora) que está elicítada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando para ello conductas alternativas.

10.- Control de estímulos, que consiste en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

En cuanto a los estadios, varían de cuatro a seis puesto que, en la versión original están establecidas cinco estadios (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; en otros estudios el estadio de preparación está considerada dentro de la de acción y posteriormente Martins y McNeil (citados por Díaz, et al., 2013). Consideran añadirse el estadio de recaídas para poder explicar el grupo de personas han vuelto a realizar la conducta problema después de haberse encontrado en el estadio de mantenimiento.

3.1.3.1. Los estadios de cambio

A continuación, se hace una descripción de cada uno de los estadios de cambio. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, a los cinco estadios se añadieron dos: la recaída y la finalización o consolidación.

- **La Precontemplación:**

Es el estadio en el que la persona no tiene ninguna intención e iniciativa para cambiar su conducta adictiva, no se dan cuenta de su problema o simplemente los minimizan. Sin embargo, la familia, amigos, vecinos o empleados son conscientes de que la persona tiene un problema. Generalmente, acuden a psicoterapia por presión de otros, sintiéndose coaccionados para cambiar su conducta por la amenaza de cualquier persona que está dentro de su círculo familiar o amical o laboral; y muchas veces debido a esa presión demuestran intención de cambio, pero cuando esa presión desaparece, vuelven a tener el mismo patrón conductual (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1994; Tejero y Trujols citados por Yataco, 2008).

Por su parte, Di Clemente (citado por Yataco, 2008) señala que en este estadio se pueden clasificar cuatro tipos de adictos. El adicto reacio, que por falta de información e inercia no tiene intención de cambiar; otro es el adicto rebelde, que

es una persona dependiente a la sustancia adictiva y lleva un estilo de vida muy arraigado a ello demostrando hostilidad y resistencia al cambio; también están los adictos resignados, quienes piensan que cualquier esfuerzo por cambiar es inútil; y, por último, está el adicto racionalizador, que siempre presentan una serie de explicaciones para justificar su adicción. Las personas que se encuentran en este estadio, no consideran dejar de consumir en los próximos seis meses.

- **Contemplación:**

Es el estadio en el que las personas son conscientes de tener un problema y piensan muy seriamente en cambiar su conducta, sin embargo, no se ha comprometido a accionar los cambios necesarios para abandonar la conducta adictiva (Prochaska et al., 1994).

Prochaska, DiClemente y Norcross (citados por Yataco, 2008), señalan que los contempladores tratan de comprender su adicción, como también las causa, consecuencias y el posible tratamiento de esta, manifestando necesidad de hablar del tema. Además, al parecer, luchan con sus evaluaciones positivas del comportamiento adictivo y debido a ello pierden energía y esfuerzo para superar el problema. Las personas en este estadio piensan seriamente en abandonar su conducta adictiva en los próximos seis meses (Prochaska et al., 1994).

- **Preparación o Determinación:**

En este estadio, Prochaska, et al. (1994) señalan que las personas se encuentran con la intención, criterio y compromiso de abandonar su conducta adictiva, sin embargo, sus cambios conductuales hasta el momento son insuficientes. Cabe mencionar que las personas en este estadio piensan dejar de consumir en los

próximos treinta días y han estado abstinentes por al menos veinticuatro horas antes (Tejero y Trujols citados por Yataco, 2008).

- **Acción:**

Es el estadio en el que la persona, cambia su conducta, sus cogniciones y los estímulos externos, ya sea que estén con tratamiento o sin tratamiento. Además, presentan un compromiso firme, por lo que ejecutan importantes cambios que demandan de mucha energía. Tejero y Trujols; Prochaska (citados por Yataco, 2008).

Las conductas hechas en este estadio suelen ser muy visibles, por lo reciben el máximo reconocimiento externo. Las personas que se encuentran en este estadio han modificado su conducta adictiva durante un periodo de entre un día a seis meses, es decir, no consumen en la actualidad, pero tienen una abstinencia inferior a seis meses (Prochaska et al., 1994).

- **Mantenimiento:**

En este estadio las personas trabajan por consolidar los resultados que han sido obtenidos durante el estadio de acción y evitar una recaída. En este sentido, el estadio de mantenimiento no es la ausencia del cambio, sino una continuación. El criterio que se toma en cuenta para identificar a alguien en este estadio es que, se mantiene en abstinencia y está comprometida a mantener su conducta consistentemente durante más de seis meses (Prochaska et al., 1994).

- **Recaída:**

Es el estadio en el que el mantenimiento falla, es decir, la persona vuelve a uno de los estadios anteriores. Las personas que no recaen por premeditación o planificación consciente, se enfrentan a sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración (Tejero, Trujols & Casas citados por Yataco, 2008).

- Finalización o Consolidación:

Es el estadio en el que la conducta adictiva está totalmente extinguida, es decir, mantener la abstinencia no implica ningún esfuerzo Tejero y Trujols; Prochaska (citados por Yataco, 2008).

Por último, este modelo también plantea niveles de cambio, las cuales hacen referencia al contenido específico del cambio, a las conductas que la persona aplica los procesos de cambio con el fin de transformarlas. Además, propone estructura de cinco niveles en los en los que se deberían enfocar las intervenciones psicológicas para generar el cambio (Díaz citado por Berra y Maldonado, 2018).

- 1) Síntomas/situación. Se hace referencia al patrón de hábitos nocivos, los síntomas provocados por estos, los factores micro y macro ambientales que no permiten que se hagan modificaciones.
- 2) Cogniciones desadaptativas. Se refiere a las expectativas, creencias, las autoevaluaciones que deben ser cambiadas.
- 3) Conflictos interpersonales. Se refiere a cambios en las interacciones diádicas, como la hostilidad, asertividad.
- 4) Conflictos sistémicos/familiares. Se hace referencia a los cambios a efectuarse en la familia de origen, problemas legales, red de apoyo social, empleo incluso alguna institución.
- 5) Conflictos intrapersonales. Se focaliza en los cambios de los aspectos internos de la persona, por ejemplo: la autoestima, el autoconcepto y personalidad, entre otros.

3.2 Calidad de vida

3.2.1 Definiciones

Según Yataco (2008) la calidad de vida hace referencia a la calidad de aquellas condiciones de vida de una persona y la satisfacción que experimente con dichas condiciones vitales.

Por otro lado, Oblitas (citado por Reyes, 2017) y Ware (1984) coinciden que, calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además puede ser definido en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico.

La OMS definió a la

calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el ambiente cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello compuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (citado por Orley, 1996, p. 385).

Por su parte, Veenhoven (2001), plantea el término "calidad de vida" indicando tres diferentes conceptos, el primero es la calidad del entorno; considerando la habilidad o condiciones externas necesarias para una buena vida. El segundo es, calidad de resultado; donde se encuentra la plenitud, los productos de la vida como disfrute de esta. El tercero es la calidad de acción; que viene hacer la aptitud o capacidad de las personas para enfrentarse a la vida.

Castellón y Romero (citados por González, Valle, Arce y Fariña, 2010) establecen como componentes esenciales de la definición de calidad de vida, que son los siguientes:

- Salud: objetiva y subjetiva, física y psíquica.
- Integración social: relaciones con familiares, vecinos y amigos.
- Actividad y ocio: nivel de actividad, forma de ocupar el tiempo y satisfacción con el modo en que se ocupa el tiempo disponible.
- Satisfacción con la vida.
- Educación.
- Servicios sociales y sanitarios.
- Ingresos.
- Habilidades funcionales: grado de autonomía del individuo y capacidad para desenvolverse en las actividades de la vida diaria.
- Calidad ambiental: satisfacción del individuo con una serie de aspectos objetivos de la vivienda que habita.

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionado con el transcurrir del tiempo. Dando a entender que el concepto abarca un estado general de bienestar en las diversas áreas de la persona tanto en lo físico, material, emocional, social, ecológico y espiritual. Es por ello que, se hace referencia a numerosos estudios que mencionan un concepto de calidad de vida compuesto por factores objetivos y subjetivos. Los factores objetivos estos tienen que ver con la salud física, el ambiente socioeconómico, la vida familiar y social, también se encuentran las opciones culturales, religiosas y recreativas. Por otro lado, están los factores subjetivos: estos tienen que ver con la valoración que cada persona hace respecto de su vida Villalobos (2008).

3.2.2 Características

En opinión de Lawton (citado por González et al., 2010) en su caracterización de calidad de vida menciona como el constructo multidimensional que comprende tanto factores objetivos como subjetivos o personales. Dentro de los primeros incluye los siguientes componentes: Calidad del ambiente en que se vive, tanto físico (vivienda, contaminación), como social (clima familiar, laboral y social). Condiciones económicas (ingresos económicos). Apoyo social estructural: redes, cantidad de relaciones. Ciertos factores culturales: percepción sociocognitiva del trabajo y la jubilación. Estado de salud objetivo: utilización y disponibilidad de recursos.

Dentro de los factores subjetivos o personales incluye los siguientes aspectos: Apoyo social funcional: tipo de apoyo obtenido de las relaciones sociales (emocional, instrumental, informacional). Bienestar subjetivo Actividades de ocio y tiempo libre. Estado de salud subjetivo (salud percibida). Autoestima. Habilidades funcionales y competencia en general.

A continuación, se mencionará algunas dimensiones e indicadores de calidad de vida. Para Schalock (citado por González et al., 2010) clasifica ocho diferentes dimensiones básicas de calidad de vida que debería presentar una persona, las cuales son:

- Bienestar físico: Salud, AVD (actividades de la vida diaria), atención sanitaria (disponibilidad, efectividad, satisfacción) y ocio.
- Bienestar emocional: Alegría, autoconcepto y ausencia de estrés.
- Relaciones interpersonales: Interacciones (redes sociales, contactos sociales, vida social), relaciones interpersonales (amigos, familia) y apoyos (emocional, físico, económico, feedback).

- Inclusión social: Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales.
- Desarrollo personal: Educación, competencia personal y desempeño.
- Bienestar material: Estado financiero, empleo y vivienda.
- Autodeterminación: Autonomía/control personal, metas y valores personales y elecciones.
- Derechos: Humanos y legales.

Por otro lado, Lawton (citado por González et al., 2010) diferenciará cuatro áreas esenciales de calidad de vida: física, social, subjetiva (percibida) y psicológica. Lawton orienta claramente su concepto de calidad de vida hacia dimensiones más subjetivas que objetivas, recalcando la relevancia del componente psicológico (personal).

Calidad de vida física, incluye los estados de salud y la calidad de vida relacionada con la salud. En las dimensiones físicas se menciona el dolor, los síntomas, las limitaciones funcionales y la función cognitiva. Esta es el área más ligada a la biología.

La calidad de vida psicológica, está compuesta por los afectos, los estados de ánimo, las necesidades personales y las perspectivas (puntos de vista). Dentro de esta área se consideran como integrantes relevantes el sentido de coherencia y la autoestima.

Calidad de vida social, incluye indicadores de compromiso con el mundo exterior, y estos son: el tamaño de la red social, la frecuencia de contactos sociales, la participación en actividades y la zona social; el cual incluye la frecuencia de contactos fuera y dentro de la casa.

La calidad de vida percibida (subjetiva), se refiere a la calidad de la relación con la familia, con los amigos, el tiempo y la seguridad económica.

3.2.3 Modelos teóricos

Ware (citado por Zamora, 2017) propuso un modelo de la relación progresiva entre la enfermedad y los campos de calidad de vida, en el que la enfermedad se localiza en el centro y su influencia en los resultados de la calidad de vida es más fuerte en aquellos resultados más cercanos a la enfermedad, tales como el funcionamiento personal. El impacto de la enfermedad se extiende a otros resultados de la calidad de vida tales como la incomodidad psicológica y el bienestar, luego a las percepciones sobre salud en general y finalmente al funcionamiento del rol social.

Al respecto Ware & Sherbourne (1992) y Alonso (2005) describen las tres dimensiones de calidad de vida juntamente con sus sub escalas y menciona el contenido de cada una de ellas.

- Dimensión física:
 - Función Física (PF): Grado en que la salud de las personas limita las actividades físicas tales como: el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar peso y también están los esfuerzos moderados e intensos.
 - Rol Físico (RP): Grado en que la salud física de la persona interfiere en el trabajo y en otras de sus actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
 - Dolor Corporal (BP): La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como dentro del hogar.

- Salud General (GH): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad (VT): Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento que puede presentar las personas.
- Dimensión psicológica:
 - Rol Emocional (RE): Nivel en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
 - Salud Mental (MH): Incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
- Dimensión social:
 - Función Social (SF): Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Uno de los modelos propuesto por Wilson y Cleary (1995), en el cual proponen que la calidad de vida relacionada con la salud puede asemejarse a un continuo que comprende el proceso de enfermedad de los pacientes, sobre el cual influyen factores individuales y sociales. Se encuentran los aspectos biológicos que son los causantes de la alteración de la salud. También está la percepción, en términos de calidad de vida relacionado con la salud, que forman los pacientes de la alteración de la salud padecida (citado por Díaz, 2015).

El modelo teórico de Sprangers y Schwartz

incorpora la noción de “cambio de respuesta” que es un catalizador que desencadena un proceso de acomodación en la calidad de vida, predicen que un deterioro del estado de salud conduciría a una

disminución en la calidad de vida. Si ocurre una acomodación como un afrontamiento exitoso, entonces la calidad de vida relacionada con la salud mejorará. Sin embargo, si la acomodación conduce a un cambio de respuesta la calidad de vida relacionada con la salud puede permanecer igual (citado por Vinaccia & Quiceno, 2012, p., 126).

Desde la perspectiva de Roy y Andrew, la modificación del estado de salud genera en la persona una serie de respuestas intrínsecas, y hay otras que se relacionan con el contexto social. Estas respuestas están orientadas a obtener la adaptación de las personas al nuevo entorno, se espera que cuanto mejor sea esta adaptación mejor será la percepción de la calidad de vida relacionado con la salud en las personas (citado por Díaz, 2015).

3.3 Marco conceptual referente a la población de estudio

3.3.1 *Drogodependientes*

En base a la definición de drogodependencia de Goldstein y Volkow (citado por Rodríguez, 2015) se infiere que un drogodependiente es toda persona que es adicta a una sustancia psicoactiva, en la cual se encuentra deteriorada su capacidad de control, esto acompañado por el brote de conductas automáticas y disparadas por estímulos condicionados. Estas personas presentan esta adicción como una enfermedad crónica, que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas pese a sus efectos perjudiciales, debido a que el funcionamiento natural del cerebro se ve alterado.

Con respecto al tema, Llinares et al. (2002), en los manuales diagnósticos indican criterios que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico de dependencia a una sustancia psicoactiva.

3.3.1.1. Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancias según DSM – V.

1. El consumo provoca problemas. Si bien quizá se comenzó para permitir la adaptación ante otras dificultades, sólo empeora las cosas para el usuario, al igual que para los parientes y quienes se vinculan con el consumidor.

2. Existe un patrón de consumo. La repetición de este consumo forma un hábito con patrón predecible.

3. Los efectos tienen relevancia clínica. El patrón de consumo ha llevado a recibir atención de profesionales debido a las consecuencias devastadoras.

4. El consumo genera malestar o disfunción. Esto indica que el consumo de sustancia debe tener intensidad suficiente para interferir de alguna manera con la vida del paciente.

5. La interferencia con la vida del paciente debe demostrarse con por lo menos dos síntomas a partir de un listado de 11: más consumo que el que se pretende; esfuerzos por reducir el consumo; inversión de mucho tiempo para conseguir o consumir la sustancia; comportamiento de búsqueda (craving); descuido de responsabilidades; problemas sociales; disminución de actividades; consumo a pesar de existir riesgo físico; consumo no obstante el desarrollo de algún trastorno físico o psicológico; tolerancia y síntomas de abstinencia. La intensidad se determina a partir del número de síntomas presentes.

3.3.1.2. Criterios para diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias según CIE -10

1. La identificación de la sustancia psicótropa involucrada (puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, por análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente).

2. La clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo a la clase de sustancia consumidas más importantes o la que más prevalece si el paciente consumo varias sustancias.

3. Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19.

4. El uso patológico de otras sustancias no psicótropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida).

5. Los casos en los que los trastornos mentales (particularmente delirium en la edad avanzada) sean debidos a sustancias psicótropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capítulo (por ejemplo, uso perjudicial o síndrome de dependencia) deberían codificarse en F00-F09. Cuando un cuadro de delirium se superpone a uno de los trastornos incluidos en esta sección debería codificarse mediante F1x.3 o F1x.4.

4. Definición de términos

Para poder tener una mejor comprensión sobre el tema de drogas a continuación se muestran algunos conceptos fundamentales.

- **Droga**

La OMS (citado por Rabadán, 2014; Rodríguez, 2015) denomina a la droga como toda sustancia química que, al ser ingerida o introducida por una persona, genera modificaciones o alteraciones en el organismo y en su funcionamiento natural (sistema nervioso central), además, genera dependencia física y psicológica.

- **Uso**

Según Becoña (2002), se entiende como uso, al consumo de una sustancia que no ocasiona consecuencias negativas en la persona. A este tipo de consumo se le denomina: consumo habitual, es decir, cuando se usa una droga de forma esporádica.

- **Abuso**

Se considera abuso, cuando el uso es continuado a pese a las consecuencias negativas que genera (Becoña, 2002). Por su parte, Schuckit (citado por Rabadán, 2014) agrega que como efectos del abuso se evidencia alteración del estado de ánimo, tanto a nivel de percepción y el funcionamiento cerebral.

- **Dependencia**

La OMS lo define como un estado de intoxicación crónica provocada por el consumo reiterado de la sustancia psicoactiva que genera consecuencias negativas. Cabe mencionar que, puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana (Becoña, 2002). Además, Becoña (citado por Rabadán, 2014) agrega características de la dependencia como el deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, la tendencia a aumentar la dosis, dependencia física y psíquica, síndrome de abstinencia por retirada de la droga y efectos perjudiciales para el individuo y para la sociedad.

- **Tolerancia**

La tolerancia es un estado en el que la persona consumidora de sustancia, se adapta a la dosis habitual, puesto que manifiesta disminuida la respuesta a la misma cantidad de droga o la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto. Es decir, la exposición iterativa ocasiona que la droga se metaboliza con

mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente (Becoña, 2002).

- **Abstinencia**

Es denominado un síndrome ya que, al interrumpir la administración de la droga de consumo por diversas razones, aparecen una serie de síntomas psíquicos y físicos que crean un intenso malestar y pueden provocar la repetición del consumo (Rodríguez, 2015).

5. Hipótesis de la investigación

Existe asociación significativa entre calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

5.1 Hipótesis específicas

- Existe asociación significativa entre calidad de vida física y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

- Existe asociación significativa entre calidad de vida psicológica y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

- Existe asociación significativa entre calidad de vida social y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de investigación

De diseño no experimental, puesto que la variable independiente no es manipulada. Y las inferencias sobre las relaciones entre dichas variables son realizadas sin intervención directa (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

De alcance descriptivo correlacional, porque intenta conocer la asociación o relación que existe entre dos conceptos o variables, en este caso estadios de cambio en la conducta adictiva y calidad de vida (Hernández et al., 2014). Dicha relación, en una determinada muestra o contexto, es decir, en internos de la “Asociación comunidad cristiana Jesús si cambia”.

De corte transversal, porque los datos han sido recolectados en un solo momento, en un tiempo único, con el fin de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2014).

2. Variables de la investigación

2.1 Definición conceptual de las variables

A continuación, se procede a definir las variables de la presente investigación.

2.1.1 *Calidad de vida*

Ware y Sherbourne (1992) consideran que la calidad de vida es aquella valoración intrínseca que cada persona hace de los diferentes aspectos de su vida relacionado a su condición de salud.

2.1.2 *Estadios de cambio*

McConnaughy, Prochaska y Velicer (1983) definen a los estadios de cambio corresponden a una división temporal o evolutiva del proceso de cambio. Esto basado en la disposición que tiene la persona para cambiar su conducta y comprende cuatro momentos: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

2.2 Operacionalización de las variables

Seguidamente se presenta las matrices de operacionalización de las variables.

2.2.1 Operalización de la variable calidad de vida

Tabla 1

Matriz operacional de la variable calidad de vida SF- 36_según Ware & Sherbourne (1992).

Dimensión	Subdimensiones	Definición	Ítems	Instrumento	Tipo de respuesta
Función física	Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.	10 ítems: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	Cuestionario de salud SF-36	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.
	Rol Físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.	4 ítems: 4a, 4b, 4c, 4d		Si. No.
	Dolor corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.	2 ítems: 7 y 8		7: No, ninguna. Si, muy poco. Si, un poco. Si, moderado. Sí, mucho. Si, muchísimo. 8: Nada. Un poco. Regular. Bastante. Mucho.
	Salud General	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	5 ítems: 1, 11a, 11b, 11c, 11d		1: Excelente. Muy buena. Buena. Regular. Mala. 11: Totalmente cierta.

	Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	4 ítems: 9a, 9e, 9g, 9i	Bastante cierta. No lo sé. Bastante falsa. Totalmente falsa. Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Sólo una vez. Nunca.
Psicológico	Rol Emocional	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades.	3 ítems: 5a, 5b, 5c	Si No
	Salud mental	Salud mental general, incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.	5 ítems: 9b, 9c, 9d, 9f, 9h	Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Sólo alguna vez. Nunca.
Social	Función Social	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	2 ítems: 6 y 10	6: Nada. Un poco. Regular. Bastante. Mucho. 10: Siempre. Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez. Nunca.
	Evolución declarada de la salud	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.	1 ítem: 2	Mucho mejor que hace un año. Algo mejor ahora que hace un año. Más o menos igual que hace un año. Algo peor ahora que hace un año. Mucho peor ahora que hace un año.

2.2.2 Operacionalización de la variable estadios de cambio

Tabla 2

Matriz operacional de la variable estadios de cambio según Prochaska, McConaughy, & Velicer (1983)

Dimensiones	Definiciones	Ítems	Instrumento	Tipo de respuesta
Precontemplación	Etapa en el que la persona no se da cuenta de que existe un problema pues, realmente no ha hecho conciencia de ello. Por esta razón, el adicto no estará motivado a buscar ayuda pues ni siquiera acepta que hay problemas. No se trata que no puedan hallar una solución, sino que no pueden ver el problema.	1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.	Escala de la evaluación del cambio de la Universidad Rhode Island (URICA)	Tipo escala Likert: 1=totalmente en desacuerdo.
Contemplación	En esta etapa ya las evidencias del daño se hacen obvias para el adicto, desarrollando una conciencia del problema que va de menor a mayor. La persona en contemplación, comienza a invertir energía psicológica en pensar acerca del cambio, pero esto no se traduce en acciones concretas.	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24.		2=bastante en desacuerdo. 3=ni de acuerdo, ni desacuerdo.
Acción	En esta etapa ya se ha pasado el punto de tolerancia, por lo que el adicto está listo para hacer los cambios necesarios. Los individuos se clasifican en la etapa acción si han modificado con éxito el comportamiento adictivo durante un período de entre un día a seis meses.	3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.		4=bastante de acuerdo. 5=totalmente de acuerdo.
Mantenimiento	Una vez realizados los cambios hay que mantenerlos lo suficiente para que se hagan permanentes. Para comportamientos adictivos esta etapa se extiende de seis meses a un período indeterminado posterior a la acción inicial.	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.		

3. Delimitación geográfica y temporal

El estudio se desarrolló en el centro de rehabilitación “Asociación Comunidad Cristiana Jesús si Cambia”, que queda localizado en el distrito de la Banda de Shilcayo, de la región San Martín. Asimismo, los datos serán recolectados en el mes de noviembre del 2019.

4. Participantes

4.1 Características de la muestra

En el presente estudio se realizó un muestreo no aleatorio por conveniencia, ya que se determinó la participación del total de la población, es decir, 35 internos de sexo masculino.

Tabla 3

Descripción sociodemográfica de los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto

	Variable	f	%
Etapas	15 a 26 años	12	34.3
	27 a 59 años	19	54.3
	60 años a más	4	11.4
Familia de procedencia	Nuclear	9	25.7
	Monoparental	14	40
	Extensa	12	34.3
Tiempo de abstinencia	menos de seis meses	24	68.6
	mayor de seis meses	11	31.4

En la presente tabla se puede contemplar que el 100% de los participantes son de sexo masculino. El 54.3% pertenecen a la etapa de desarrollo de adultez, el 34.3% son adolescentes y el 11.4% de los internos pertenecen a la etapa de desarrollo de vejez. El 40% provienen de familia monoparental, el 34.3% proviene de una familia extensa y el 25.7% proviene de una familia nuclear. Así también, el 68.6% tienen un tiempo de consumo de menos de seis meses y el 31.4% tiene un tiempo de consumo mayor a seis meses.

4.2 Criterios de inclusión

- Internos procedentes de diferentes partes del Perú.
- Internos mayores de 15 años y menores 60 años de edad.
- Internos que accedan a participación voluntaria.
- Internos que se hayan encontrado en estado de dependencia.
- Internos que respondan a los ítems de la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).
- Internos que respondan a los ítems del cuestionario de salud SF-36.

4.3 Criterios de exclusión

- Internos menores de 15 años y mayores 60 años de edad.
- Internos que no accedan a participación voluntaria.
- Personas que nunca hayan consumido sustancias psicoactivas.
- Internos que no respondan a los ítems de la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).
- Internos que no respondan a los ítems del cuestionario de salud SF-36.

5. Instrumentos

5.1 Escala de la evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA)

La escala original fue diseñada por McConnuughy, Prochaska, y Velicer en 1983, en la Universidad de Rhode Island de los Estados Unidos, con el objetivo de evaluar cuatro estadios de cambio en relación a la modificación de cualquier conducta problema.

Posteriormente, fue adaptada por Gómez-Peña et al., (2011), en la ciudad de Barcelona, España, con el fin de analizar la estructura de los factores internos de la

Escala de evaluación de cambios de la Universidad de Rhode Island (URICA) en el juego patológico.

Ya en el contexto peruano, se realizó un estudio de la validez y confiabilidad de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, por Vallejos, Orbegoso, y Capa (2015), la cual presentó una confiabilidad aceptable ya que, fue obtenido mediante el Alpha Cronbach ($r = .81$).

Asimismo, Basurto (2017) realizó un análisis de las propiedades psicométricas y adaptación de la escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island: URICA, con una población de adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima sur. Los resultados de la validez fueron: validez

de construcción, se obtuvo un alto valor de ($KMO = .950$); y la fiabilidad obtuvo excelentes valores en el análisis del coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .963$).

El instrumento está conformado por cuatro dimensiones, que operacionalmente se definen cuatro estadios de cambio. Estas dimensiones suman un total de 32 ítems, correspondiendo 8 a cada dimensión; precontemplación (1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31), contemplación (2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), acción (3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30) y mantenimiento (6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32).

La escala presenta opciones de respuesta de Likert de 5 puntos, de los cuales indican: 1 totalmente en desacuerdo, 2 bastante en desacuerdo, 3 ni de acuerdo, ni desacuerdo, 4 bastante de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

Respecto a su aplicación, no tiene un límite de tiempo, se da la consigna a la persona enfatizando que se debe valorar las frases en función de cómo se siente en el presente en relación a su problema que es la drogodependencia. Se pide que indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases.

5.2 Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

El cuestionario de salud SF-36 fue creado por Ware y Sherbourne (1992), en los Estados Unidos, con el objetivo de para evaluar el estado de salud en el estudio de resultados médicos; es decir, fue diseñado para su uso en la práctica clínica.

Posteriormente, fue adaptada en España por Alonso y Cols (2003) tomando por nombre “Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)”, teniendo como objetivo detallar las instrucciones para la puntuación del Cuestionario de Salud SF-36 en versión española.

En el contexto peruano, Salazar y Bernabé en el año 2012, evaluaron las propiedades psicométricas del SF-36 en una muestra de 344 personas entre 15 y 64 años, de los cuales se obtuvo una confiabilidad total de 0.82 y un coeficiente de Cronbach que fluctuó entre 0.66 y 0.92 en las 8 dimensiones. Además, se evaluó la validez de constructo al observar la capacidad de las dimensiones pertenecientes a la prueba para medir las diferencias entre subgrupos a través de variables sociodemográficas (Salazar & Bernabé, 2012).

Tras lo mencionado, se va a detallar los componentes del cuestionario:

El principal objetivo del cuestionario es examinar el estado de salud en el estudio de resultados médicos. El SF-36 fue diseñado para su uso en la práctica clínica, e investigación, evaluaciones de políticas de salud y encuestas generales de población. El cuestionario estuvo dirigido a personas de 14 años de edad en adelante y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista, no cuenta con límite de tiempo para responder (Alonso, 2005).

El cuestionario consta de 36 ítems, que evalúan tres dimensiones, de los cuales vierten ocho dimensiones. La primera dimensión, física abarca seis subdimensiones: 1) Función física (10 ítems); 2) Rol físico (4 ítems); 3) Dolor corporal (2 ítems); 4) Salud general (5 ítems); 5) Vitalidad (4 ítems); asimismo, la dimensión psicológica involucra dos sub dimensiones 6) Rol emocional (3 ítems); y 7) Salud mental (5 ítems); y a la tercera dimensión pertenece la sub dimensión de 8) Función social (2 ítems).

El cuestionario se puede aplicar tanto de forma colectiva como individual, no tiene un límite de tiempo establecido para su aplicación, y las edades de aplicación oscilan entre adolescentes y adultos mayores.

6. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de noviembre del 2019 en el centro de rehabilitación asociación cristiana Jesús si cambia, que está localizado en el distrito de la Banda de Shilcayo, se aplicó de forma grupal en un tiempo de 50 minutos aproximadamente.

Cabe mencionar que, para tener acceso a la población, primero se realizó una carta de presentación de la E.P. de Psicología de la Facultad Ciencias de la Salud, previa coordinación, posteriormente se coordinó con el presidente del centro las fechas para la aplicación de los instrumentos.

Llegada la fecha, ya en el centro se explicó el propósito por los cuales se aplicaron los instrumentos a los participantes, solicitando su colaboración voluntaria.

Por último, una vez recolectados los datos de pasó a codificarlos.

7. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el software IBM SPSS Statistic 23.0 para Windows, en el cual se realizó el vaciado de datos para el análisis de la fiabilidad o

consistencia interna, validez, la correlación entre ambas variables, y luego se obtuvieron los resultados gráficos y sus respectivas tablas.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1 Niveles de calidad de vida

Tabla 4

Niveles de calidad de vida de los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

Variable	Categoría	f	%
Calidad de vida	Bajo	11	31.4
	Medio	11	31.4
	Alto	13	37.2
Física	Bajo	10	28.6
	Medio	12	34.3
	Alto	13	37.1
Psicológica	Bajo	8	22.9
	Medio	13	37.1
	Alto	14	40
Social	Bajo	9	25.8
	Medio	13	37.1
	Alto	13	37.1

En la tabla 4 se aprecia el análisis que describe la calidad de vida en los participantes, encontrando que el 37.2% de los internos se encuentra ubicado en un nivel alto de calidad de vida. En relación a las dimensiones, se observa que el 37.1% de los internos tienen una calidad de vida física alta. El 40% de los internos tienen una calidad de vida psicológica alta. Por último, el 37.1% de los internos indican tener una calidad de vida social alta.

1.1.2 Niveles de calidad de vida según datos socio demográfico

Tabla 5

Niveles de calidad de vida según etapas de desarrollo en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

Variable	Categoría	Adolescencia		Adulthood		Vejez	
		f	%	f	%	f	%
Calidad de vida	Bajo	6	50	4	21.1	1	25
	Medio	2	16.7	8	42.1	1	25
	Alto	4	33.3	7	36.8	2	50
Física	Bajo	3	25	6	31.6	1	25
	Medio	4	33.3	6	31.6	2	50
	Alto	5	41.7	7	36.8	1	25
Psicológica	Bajo	4	33.3	2	10.5	2	50
	Medio	4	33.3	9	47.4	0	0
	Alto	4	33.4	8	42.1	2	50
Social	Bajo	5	41.7	3	15.8	1	25
	Medio	4	33.3	8	42.1	1	25
	Alto	3	25	8	42.1	2	50

En la tabla 5 se contempla que el 50% de los internos que se encuentran en la etapa de adolescencia presentan una baja calidad de vida; sin embargo, el 42.1% de internos que se encuentran en la etapa de la adultez presentan una calidad de vida promedio; por lo contrario, el 50% que se encuentran en la etapa de la vejez presentan una alta calidad de vida.

En relación a la dimensión física, el 41.7% de los internos que se encuentran en la etapa de adolescencia presentan calidad de vida alta, asimismo, el 36.8% de internos que se encuentran en la etapa de la adultez también presentan calidad de vida alta; sin embargo, el 50% de los internos que se encuentran en la etapa de la vejez presentan una calidad de vida promedio.

También en la dimensión psicológica se observa los porcentajes más destacados, el 33.4% de los internos que se encuentran en la etapa de la adolescencia presentan una calidad de vida psicológica alta; sin embargo, el 47.4%

se encuentran en la etapa de la adultez presentan una calidad de vida psicológica promedio; por lo contrario, el 50% de los internos que se encuentran en la etapa de la vejez presentan una calidad de vida alta y el otro 50% presentan una calidad de vida baja.

Por último, en la dimensión social, el 41.7% de los internos que se encuentran en la etapa de adolescencia presentan una calidad de vida social baja; por lo contrario, un 42.1% de los internos que se encuentran en la etapa de adultez presentan una calidad de vida social tanto promedio como alta y la mitad 50% de los internos que se encuentran en la etapa de la vejez presentan vida social alta.

Tabla 6

Niveles de calidad de vida según tipo de familia de procedencia en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

Variable	Categoría	Nuclear		Monoparental		Extensa	
		f	%	f	%	f	%
Calidad de vida	Bajo	4	44.4	4	28.5	3	25
	Medio	2	22.2	4	28.6	5	41.7
	Alto	3	33.4	6	42.9	4	33.3
Física	Bajo	4	44.4	2	14.3	4	33.3
	Medio	2	22.2	5	35.7	5	41.7
	Alto	3	33.4	7	50	3	25
Psicológica	Bajo	3	33.3	3	21.4	2	16.7
	Medio	3	33.3	4	28.6	6	50
	Alto	3	33.4	7	50	4	33.3
Social	Bajo	3	33.3	4	28.6	2	16.7
	Medio	3	33.3	6	42.9	4	33.3
	Alto	3	33.4	4	28.7	6	50

En la tabla 6 se demuestra que el 44.4% de los internos que proceden de una familia monoparental presentan una calidad de vida baja; sin embargo, el 42.9% que proceden de una familia monoparental presentan una calidad de vida alta; un

porcentaje similar 41.7% de los internos que proceden de una familia extensa presenta una calidad de vida promedio.

En relación a las dimensiones, en la dimensión física, el 44.4% de los internos que proceden de una familia nuclear presentan una calidad de vida física baja; por lo contrario, el 50% de los internos que proceden de una familia monoparental presentan una calidad de vida física alta; y el 41.7% de los internos que procede de una familia extensa presentan una calidad de vida promedio.

En la dimensión psicológica, los porcentajes son similares en cuanto a los niveles de calidad de vida psicológica de los internos que proceden de una familia nuclear; sin embargo, la mitad 50% de los internos que proceden de una familia monoparental presentan una calidad de vida psicológica alta; asimismo, la mitad 50% de los internos que proceden de una familia extensa presentan una calidad de vida psicológica promedio.

Por último, en la dimensión social, el 33.4% de los internos que proceden de una familia nuclear presentan alta calidad de vida social; por lo contrario, el 42.9% de los internos que proceden de una familia monoparental presentan una calidad de vida social promedio; por último, la mitad 50% de los internos que proceden de una familia extensa presentan una calidad de vida alta.

Tabla 7

Niveles de calidad de vida según tiempo de abstinencia en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

Variable	Categoría	Menos de seis meses		Mayor de seis meses	
		f	%	f	%
Calidad de vida	Bajo	9	37.5	2	18.2
	Medio	8	33.3	3	27.3
	Alto	7	29.2	6	54.5
Física	Bajo	8	33.3	2	18.2
	Medio	10	41.7	2	18.2
	Alto	6	25	7	63.6
Psicológica	Bajo	6	25	2	18.2
	Medio	10	41.7	3	27.3
	Alto	8	33.3	6	54.5
Social	Bajo	7	29.1	2	18.2
	Medio	10	41.7	3	27.3
	Alto	7	29.2	6	54.5

En la tabla 7 se puede apreciar que el 37.5% que tienen el tiempo de consumo menor de seis meses presentan una calidad de vida baja; por lo contrario, el 54.5% de los internos que tienen un tiempo de consumo mayor a seis meses presentan una calidad de vida alta.

En cuanto a la dimensión física, los internos que tienen un tiempo de consumo menor de seis meses el 41.7 % presentan una calidad de vida promedio; y el 63.6% de los internos que tienen un tiempo de consumo mayor a seis meses presentan una calidad de vida física alta.

Del mismo modo, en la dimensión psicológica, el 41.7% de internos que tienen un tiempo de consumo menor a seis meses presentan una calidad de vida promedio; sin embargo, el 54.5% de los internos que tienen un tiempo de consumo mayor a seis meses presentan una calidad de vida psicológica alta.

En cuanto a la dimensión social, el grupo relevante de internos 41.7% que tienen un tiempo de consumo menor de seis meses presentan una calidad de vida promedio; por lo contrario, el 54.4% en internos que presentan calidad de vida social alta y que tienen un tiempo de consumo mayor de seis meses.

Tabla 8

Estadios de cambio en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.

Variable	Dimensión	f	%
Estadios de cambio	Precontemplación	5	14.2
	Contemplación	7	20
	Acción	15	42.9
	Mantenimiento	8	22.9

En la tabla 8 se puede apreciar que el 14.2% de los internos se encuentran ubicados en el estadio de precontemplación, además, el 20% de los internos se encuentran ubicados en el estadio de contemplación, el 22.9% de los internos se encuentran ubicados en el estadio de mantenimiento y el grupo mayor 42.9% de los internos se encuentran ubicados en el estadio de acción.

1.1.3 Estadios de cambio según datos socio demográficos

Tabla 9

Estadios de cambio según etapas del desarrollo en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto

Variable	Dimensión	Adolescencia		Adulthood		Vejez	
		f	%	f	%	f	%
Estadios de cambio	Precontemplación	3	25	1	5.3	1	25
	Contemplación	3	25	4	21	0	0
	Acción	4	33.3	9	47.4	2	50
	Mantenimiento	2	16.7	5	26.3	1	25

En la tabla 9 se puede observar que el 33.3% de los internos que se encuentran en la etapa de la adolescencia, el 47.4% de los internos que se encuentran en la etapa de adultez y la mitad 50% de los internos que se encuentran en la etapa de la vejez se encuentran en el estadio de acción.

Tabla 10

Estadios de cambio según tipo de familia de procedencia *en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.*

Variable	Dimensión	Nuclear		Monoparental		Extensa	
		f	%	f	%	f	%
Estadios de cambio	Precontemplación	1	11.1	4	28.6	0	0
	Contemplación	3	33.3	1	7.1	3	25
	Acción	4	44.4	4	28.6	7	58.3
	Mantenimiento	1	11.2	5	35.7	2	16.7

En la tabla 10 se demuestra que el 33.3% de los internos que provienen de una familia nuclear se encuentran en el estadio de cambio contemplación; por otro lado, el 35.7% que provienen de una familia monoparental se encuentran en el estadio de mantenimiento; y el 58.3% de los internos que provienen de una familia extensa se encuentran en el estadio de acción.

Tabla 11

Estadios de cambio según tiempo de abstinencia *en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.*

Variable	Dimensión	Menos de seis meses		Mayor de seis meses	
		f	%	f	%
Estadios de cambio	Precontemplación	5	20.8	0	0
	Contemplación	6	25	1	9.1
	Acción	13	54.2	2	18.2
	Mantenimiento	0	0	8	72.7

1.2 Análisis de correlación

Tabla 12

Análisis correlacional entre calidad de vida y estadios de cambio *en los internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto.*

Variable	Estadios de Cambio		
	χ^2	gl	p
Calidad de vida	3,030 ^a	6	.805
Física	5,770 ^a	6	.449
Psicológica	6,755 ^a	6	.344
Social	3,291 ^a	6	.772

La prueba estadística de Chi2 es igual a $\chi^2=3,030^a$, $p>.05$, esto quiere decir que no existe asociación significativa entre calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva. En cuanto a las dimensiones, se observa que no existe asociación significativa entre la dimensión física y los estadios de cambio ($\chi^2=5,770^a$, $p>.05$), así mismo, no existe asociación significativa entre la dimensión psicológica y los estadios de cambio ($\chi^2=6,755^a$, $p>.05$), como también, no existe asociación significativa entre la dimensión social y los estadios de cambio ($\chi^2=3,291^a$, $p>.05$).

2. Discusión

La presente investigación tuvo como propósito determinar si existe asociación significativa entre calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia Tarapoto, en la cual los hallazgos demostraron que no existe asociación significativa ($\chi^2=3,030^a$, $p>.05$) entre dichas variables. Estos datos demuestran que ambas variables son independientes ya que los aspectos temporales y motivacionales por el que una persona atraviesa en el proceso de cambio en el abandono de la conducta adictiva

no tienen implicancias en el estado de bienestar integral de la persona drogodependiente.

El estudio realizado por Albiach, et, al. (2000), respecto al estadio de cambio en el que se ubican los pacientes al inicio del tratamiento, encontró que el 67.2% se encuentran en contemplación; el 13.9% en precontemplación, y el mismo porcentaje en preparación para la acción y solo el 4.4% en actuación y el 0.6% en mantenimiento, deduciendo así que un porcentaje muy pequeño de la población se encuentran preparados para la acción o en actuación; por lo cual, menciona que los estadios de cambio en la conducta adictiva no son una potente variable predictora de la adherencia al tratamiento, esto debido a que el estadio de cambio es una variable dinámica y por ello su escasa capacidad predictiva lo cual tiene relación con los hallazgos obtenidos, rechazando de esa manera la hipótesis general.

Sin embargo, estos resultados difieren a los hallazgos encontrados por Yataco (2008), donde halló una correlación múltiple $r = 0.576$ altamente significativa, lo cual indica la fuerte asociación entre las variables, señala además que la ubicación en un determinado estadio de cambio si afecta en mayor o menor medida la calidad de vida, es decir, que la presencia de los estadios de precontemplación y contemplación indicar deterioro en la calidad de vida.

En relación a la primera hipótesis específica se encontró que no existe asociación significativa entre calidad de vida física y los estadios de cambio ($\chi^2=5, 770^a$, $p>.05$), es decir, que el estadio de cambio por el que esté atravesando una persona drogodependiente no determinará su grado de salud en relación a la realización de actividades físicas moderadas o intensas, como también el autocuidado o las limitaciones de estas. Por ejemplo: una persona puede afirmar que está trabajando por resolver su problema con las drogas, sin embargo, esto no garantiza que no se

encuentre con alguna afectación física como consecuencia de su consumo. No obstante, Barros (2013) señala que existen efectos en la salud por el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y éxtasis a largo plazo como: trastornos digestivos, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, diversos tipos de cáncer, alteraciones del metabolismo, reducción del sistema inmunitario, enfermedades infecciosas y reacciones alérgicas. Esto quiere decir que por más que el consumidor tenga la motivación para el cambio siempre acarreará con algún problema de salud, lo cual le generará limitaciones en la realización de ciertas actividades.

Asimismo, en relación a la segunda hipótesis específica, se encontró que no existe asociación significativa entre calidad de vida psicológica y los estadios de cambio ($\chi^2=6,755^a$, $p>.05$), esto significa que el estadio de cambio no va a determinar condición de la calidad de vida psicológica de la persona ya sea en los estados de ánimo, las necesidades personales, las perspectivas de uno mismo y la autoestima. Por ejemplo, la persona puede afirmar que se encuentra calmado, tranquilo, feliz, pero esto no quiere decir que no esté pasando por algún problema emocional como efecto del consumo de drogas. Del mismo modo, Albiach et, al. (2000), en su investigación resalta que existe una alta tasa de abandono en los usuarios ubicados en el estadio de actuación, siendo los que más abandonan el tratamiento después de los precontempladores, esto debido a que la información que brinda el sujeto no se encuentra ajustada a la realidad y por ello el error en la ubicación del estadio. Además, Preciado y Díaz (2017) mencionan consecuencias del consumo de drogas en la salud mental, las cuales son: presentar delirios, esquizofrenia, demencias, perder el control de sí mismo, malestar general del cuerpo el cual producirá volver a consumir ciertas sustancias psicoactivas y como resultado se obtendrá la dependencia a las drogas; produciendo en el consumidor

un desequilibrio mental. Esto nos quiere decir que, si una persona drogodependiente presenta la motivación necesaria para el cambio, a pesar de ello llevará consigo algún problema emocional el cual lo dificultará en ejercer sus actividades.

Y en cuanto a la tercera hipótesis específica, se encontró que no existe asociación significativa entre calidad de vida social y los estadios de cambio ($\chi^2=3,291^a$, $p>.05$), es decir, que el estadio de cambio en el que se encuentre la persona no determina en la calidad de vida social, puesto que incluye indicadores de compromiso con el mundo exterior, como el tamaño de la red social, la frecuencia de contactos sociales, la participación en actividades y la zona social; el cual incluye la frecuencia de contactos fuera y dentro de la casa. Por ejemplo, la persona puede afirmar que su problema de salud física o sus problemas emocionales no dificultan sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas, sin embargo, lo mencionado no garantiza que no se halle algún tipo de afectación social como consecuencia del consumo. Referente al caso, Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006), mencionan que existen consecuencias sociales por consumo de drogas, las cuales actúan dañando las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo, la desintegración familiar, entre otros. Esto quiere decir que, a pesar de que el consumidor demuestre una actitud motivada para el cambio, siempre habrá algún tipo de limitación que presente ante sus actividades a realizar.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Respecto al objetivo general se encontró que no existe asociación significativa ($\chi^2=3,030^a, p>.05$) entre calidad de vida y los estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto, debido a que las variables son dinámicas e independientes.

Asimismo, en cuanto al primer objetivo específico se encontró que no existe asociación significativa ($\chi^2=5,770^a, p>.05$) entre calidad de vida física y los estadios de cambio en la conducta adictiva, ya que el estadio en el que se encuentre la persona no determinará el estado de su salud ya que el consumo de los diversos tipos de drogas tienen efectos a largo plazo sobre la salud.

Del mismo modo, los resultados respecto al segundo objetivo específico, demostró que no existe asociación significativa ($\chi^2=6,755^a, p>.05$) entre calidad de vida psicológica y los estadios de cambio en la conducta adictiva, pues en el estadio en el que se encuentren las personas no determinará su calidad de vida, ya que se mencionó que el consumo de estas sustancias psicoactivas generan deterioro en la salud mental.

Por último, en relación al tercer objetivo específico, se encontró que no existe asociación significativa ($\chi^2=3,291^a, p>.05$) entre calidad de vida social y los estadios de cambio en la conducta adictiva, ya que el estadio en el que se encuentre la

persona no determinará el estado de su calidad de vida social y el consumo de drogas presentan consecuencias en cuanto a la función social.

Por último, en relación al tercer objetivo específico, se encontró que no existe asociación significativa ($\chi^2=3, 291^a$, $p>.05$) entre calidad de vida social y los estadios de cambio en la conducta adictiva, ya que el estadio en el que se encuentre la persona no determinará el estado de su calidad de vida social y el consumo de drogas presentan consecuencias en cuanto a la función social.

2. Recomendaciones

En base a los resultados se sugiere las siguientes recomendaciones.

Se recomienda que para próximas investigaciones se pueda ampliar la muestra e incluir si fuera posible a internos de ambos sexos. Asimismo, realizar un estudio de alcance comparativo tomando como investigación a ambas variables. Ya que con los datos se enriquecerá la investigación y se hará un mejor aporte al mundo científico.

Realizar trabajos de investigación de tipo experimental, con la finalidad de generar programas que estén orientados al mejoramiento de las fases de cambio en personas que presenten consumo de sustancias.

Realizar trabajos de investigación en las que se puedan utilizar como variables la calidad de vida social asociado al consumo de sustancias, en la cual se presentan consecuencias en cuanto a la función social de las personas y al mismo tiempo en cuanto a calidad de vida física asociado al consumo de sustancias; ya que el consumo de los diversos tipos de drogas tiene efectos a largo plazo sobre la salud.

Asimismo, se sugiere a la institución desarrollar programas óptimos en favor de la calidad de vida integral de los internos, del mismo modo, programas que prevengan las posibles recaídas.

Referencias

- Albiach, C., Llinares, M., Palau, C., & Santos, P. (2000). Adherencia en heroínómanos: La potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*, 12(2), 225–234. Recuperado de <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/636>
- Alonso, J. (2003). *Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)*. Barcelona: Instituto Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Recuperado de http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
- Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135–150. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>
- Basurto, J. (2017). *Adaptación y propiedades psicométricas de la escala de evaluación del cambio de la Universidad Rhode Island en adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima Sur*. (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú). Recuperado de <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/412/1/BASURTO%20GONZALES%20JORDAN.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93972_ES_Bases Científicas Para La Prevencion De Las Drogodependencias - 2002.pdf
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). *Manual de psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. (S. científica Española, Ed.) (Socidrogal). España: Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Recuperado de

<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>

Berra, E., & Muñoz, S. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2), 153–170. Doi: 10.22402/j.rdipycs.unam.4.2.2018.165.153-170

Cabrera A., Gustavo A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Universidad de Antioquia, 18(2), 129-138. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12018210>

Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ. psychol*, 5(3), 521-534. Recuperado <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a08.pdf>

Carron, M. I. A., Muñoz, S. L., Román, M. L., Castuera, R. J., & Batista, M. (2016). Predicción de la motivación en las etapas de cambio de ejercicio más activos. *Retos*, 2041(30), 87–91| Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/306207954_Prediction_of_motivation_in_the_more_active_stages_of_exercise_change

Centro de Información y Educación para la prevención y el abuso de Drogas-CEDRO. (2018) El problema de las drogas en el Perú (Primera edición). Recuperado de [http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.última ver.pdf](http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.última%20ver.pdf)

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas-DEVIDA (2019). Estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2017. (Primera edición). Recuperado de

<http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/PER%C3%9A%20-%20Estudio%20Nacional%20sobre%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20Estudiantes%20de%20Secundaria%202017.pdf>

Criollo, M., & Guerrero, J. (2015). Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica (Tesis de posgrado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22165>

Díaz, F., Pinto, N. S., & Solbes, I. (2013). Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y DiClemente. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 14(1), 1-34. Doi: 10.17169/fqs-14.1.1792.

Díaz S., G. I. (2015). *Taller pedagógico me siento bien para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES - Hospital Regional Docente de Trujillo*. 81. (Tesis de maestría, Universidad Privada Antenor Orrego). Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2287>

Fernandez, V., Fernandez, A. M., & Lopez, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.004>

Gómez-Peña, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Santamaría, J., ... Jiménez-Murcia, S. (2011). Motivation to change and pathological gambling: Analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 196-210. doi: 10.1348/014466510X511006

- González, R; Valle, A; Arce, R; Fariña, F. (2010). *Calidad de vida, bienestar y salud*.
doi: 10.13140/RG.2.1.4446.4726
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta edición) México: McGraw-Hill.
- Hidalgo, C., Hidalgo, A., Rasmussen, B., Hernández, R., & Santoyo, F. (2009). *Comportamiento de riesgo por consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes universitarios*. *Revista médica del instituto Mexicano del seguro social*, 47(1), S7-S12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745518003>
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. (2010) Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones (segunda edición). Estados Unidos: NIH. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>
- Llinares, Palau, Santos, Albiach, y Camacho (2002). Estudio del estadio de cambio y estado emocional en jugadores patológicos. *Adicciones*, 14(2), 145–150. Doi: 10.20882/adicciones.496
- Laespada, T., Iraurgi, L., & Aróstegi, E. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. *Universidad de Deusto*, 139. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- Mayor, L. S. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología de la PUCP*, XIII(2), 127-142. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4629534>
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*: 20(3), 368-

375. Doi: 10.1037/h0090198

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito-UNODC, Consejo Nacional de la Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas-CONALTID y el Estado Plurinacional de Bolivia (2015). *Problemáticas de las Drogas: Orientaciones generales. Prevención del uso indebido de drogas*. Bolivia: Editorial Quatro Hnos.

Recuperado de:

https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematika_de_las_drogas.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito-UNODC (2019).

Conclusiones y consecuencias en materia de políticas informe mundial sobre las drogas. Recuperado de

https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf

Organización de los Estados Americanos-OAS (2013). El problema de drogas en

las Américas: Estudios drogas y salud pública. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

Orley, J. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de La*

Salud, 17(4), 385–387. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez del Río, F. (2012). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los

seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 287–303. Doi:

10.4321/s0211-57352012000200006

Preciado, N. Y. D., & Díaz, J. J. M. (2017). Aspectos psicosociales de la enfermedad

adictiva a consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, curso de la

- enfermedad y tratamiento. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(2), 157–176. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v9n2a10>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET, Revista de Toxicomanías*, (1), 3-14. Recuperado a partir de <https://studylib.es/doc/6642317/artículo-completo-en-pdf>
- Rabadán, J. (2014). *Análisis comparativo del tratamiento informativo de las drogas en la prensa de información general en España, Reino Unido, Francia y Holanda*. (Tesis doctoral, Universidad Cardenal Herrera-CEU) Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=99041>.
- Reyes Aguilar, J. L. (2017). *Factores de crecimiento eclesial y calidad de vida en feligreses adventistas de la Asociación peruana central este, Lima, 2017* (Tesis doctoral, Universidad Peruana Unión). Recuperado de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1162>
- Robles-Martínez, M., García-Carretero, M. Á., Gibert, J., Palma-Álvarez, R. F., Abad, A. C., Sorribes, M., & Roncero, C. (2017). Diferencias entre craving y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dependencia alcohólica con o sin enfermedad dual en tratamiento ambulatorio: un estudio descriptivo. *Medicina Clínica*, 150(2), 49-55. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.00>
- Rodríguez, I. (2015). El mundo de las drogas. In: C. Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas-CEDRO, ed., *El problema de las drogas en el Perú*. Lima, pp.9-27. Recuperado de http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.

- Salazar, F. R., & Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2), 10. <https://doi.org/10.1177/1010539511432879>
- Sagardoy, R. C., Fernández, V., Serván, I., & Pelaz, S. (2001). Procesos de cambio y factores de resistencia en trastornos de la alimentación según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente Processes of change and resistance to change in eating disorders according to J. O. Prochaska & C. Diclemente' s model. *Clinica y Salud*, 12(2), 237-252. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/e4a6222cdb5b34375400904f03d8e6a5>
- Santos, P., González, G., Fons, M. R., Forcada, R., & Zamorano, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13(2), 147-152. doi: 10.20882/adicciones.574
- Urzúa M., A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358–365. doi: 10.4067/s0034-98872010000300017
- Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2015). Escala de evaluación del cambio de la universidad de rhode island (URICA): validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología*, 9(1), 52–59. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/332091895_ESCALA_DE_EVALUACION_DEL_CAMBIO_DE_LA_UNIVERSIDAD_DE_RHODE_ISLAND_URICA_VALIDEZ_Y_CONFIABILIDAD_EN_DROGADEPENDIENTES
- Veenhoven, R. (2001). Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo. *Humanismo y Ciencia*, 2-33. Recuperado de <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2001e-fulls.pdf>

- Ventura-León, J. (2019). De regreso a la validez basada en el contenido. *Adicciones*, xx(01), 2018–2020. doi:10.20882/adicciones.1213
- Villalobos, C. A. (2008). *Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores*. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. (585), 247–254. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2008/rmc084e.pdf>
- Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia*, 6(1), 126. Doi: 10.21500/19002386.1175
- Ware, J. E. (1984). Conceptualizing Disease Impact and Treatment Outcomes. *American Cancer Society Journals*. 53, 2316–2323. Doi: 10.1002/cncr.1984.53.s10.2316
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.2307/3765916>
- White, E. G. (2007). *El Ministerio de Curación*. (2.^a ed.). Florida: Asoc. Casa Editora Sudamericana.
- White, E. G. (1995a). *Biblioteca del espíritu de profecía* (Tomo II): *La temperancia*. EE. UU: Academy Enterprises, Inc.
- White, E. G. (1995b). *Biblioteca del espíritu de profecía* (tomo II): *Mensajes selectos* (Tomo I). EE. UU: Academy Enterprises, Inc.
- Yaya, E. (2017). *Relación entre calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima* (Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia) Recuperado de: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/971/Relacion_YayaCasta

neda_Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Yataco, A. (2008). *Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. (Tesis de especialidad, Universidad nacional de San Marcos) Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2507>

Wilson, M. y Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*, 273(1), 59-65. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7996652-linking-clinical-variables-with-health-related-quality-of-life-a-conceptual-model-of-patient-outcomes/#heading>

Zamora, H. P. (2017). *La psoriasis y calidad de vida en pacientes del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, Perú, 2016*. (Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión). Recuperado de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/249/Hugo_Tesis_Maestro_2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Anexos

Anexo 1: Instrumentos

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO - UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Nombres y Apellidos:

Edad:

Fecha:

Tipo de familia de procedencia:

Procedencia:

Fecha de nacimiento:

Sexo: F M

Tiempo de consumo:

Instrucciones: Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con las drogas.

		Totalmente en Desacuerdo -1	Bastante en Desacuerdo -2	Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo -3	Bastante de acuerdo -4	Totalmente de acuerdo -5
1	Que yo sepa no tengo problemas que necesite cambiar.					
2	Creo que podría estar preparado para mejorar algo en mí.					
3	Estoy haciendo algo respecto a los problemas que han estado molestándome.					
4	Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.					
5	No tengo ningún problema. No tiene sentido que yo esté aquí.					
6	Me preocupa que yo pueda recaer en un problema que ya he cambiado, de modo que estoy aquí para buscar ayuda.					
7	Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.					
8	He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.					
9	He tenido éxito en el trabajo con mi problema, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10	A veces mi problema a es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.					
11	Estar aquí es una pérdida de tiempo, porque el problema del cual se está hablando no tiene nada que ver conmigo.					
12	Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor.					
13	Imagino que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.					
14	Realmente estoy esforzándome mucho para cambiar.					

		Totalmente en Desacuerdo -1	Bastante en Desacuerdo -2	Ni de acuerdo, ni en Desacuerdo -3	Bastante de acuerdo -4	Totalmente de acuerdo -5
15	Tengo un problema y realmente pienso que debería darle una solución.					
16	No he perseverado como yo creía en lo que ya había cambiado, y hoy estoy aquí para prevenir una recaída del problema.					
17	Aunque no he tenido éxito en lograr cambios, al menos estoy trabajando para resolver mi problema.					
18	Pensaba que una vez que resolvería mi problema me sentiría liberado, pero a veces me encuentro presionado por él.					
19	Me gustaría tener más ideas respecto a cómo resolver mi problema.					
20	He comenzado a enfrentar mis problemas, pero me gustaría recibir ayuda.					
21	Quizá en este lugar puedan ayudarme.					
22	Actualmente puedo necesitar ayuda para mantener los cambios que ya he logrado.					
23	Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no creo que sea así.					
24	Espero que alguien de aquí me pueda entregar buenos consejos.					
25	Todo el mundo puede hablar acerca de cambiar; yo realmente estoy haciendo algo para cambiar.					
26	Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué las personas simplemente no olvidan sus problemas?					
27	Estoy aquí para prevenir la posibilidad que yo pueda recaer en mi problema.					
28	Es frustrante, pero siento que pudiera tener una reaparición del problema que pensaba que ya había resuelto.					
29	Tengo tantos problemas como cualquier persona. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellos?					
30	Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31	Me gustaría asumir mis defectos, más que intentar cambiarlos.					
32	Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, éste vuelve a aparecer y eso me preocupa.					

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

Instrucciones: por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una X la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general su salud es:

1. Excelente	2. Muy buena	3. Buena	4. Regular	5. Mala
--------------	--------------	----------	------------	---------

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

1. Mucho mejor ahora que hace un año	2. Algo mejor ahora que hace un año	3. Más o menos igual que hace un año	4. Algo peor ahora que hace un año	5. Mucho peor ahora que hace un año
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1. Sí, me limita mucho	2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer el piso o caminar más de 1 hora.			
c. Coger o llevar las bolsas de la compra.			
d. Subir por las escaleras			
e. Subir un solo piso por la escalera.			
f. Agacharse o arrodillarse.			
g. Caminar un kilómetro o más.			
h. Caminar 500 a más metros.			
i. Caminar unos 100 metros.			
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.			

4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo una vez	5. Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?					

5. Durante las últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nerviosos)?

	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?					

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
---------	------------	------------	-------------	----------

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno	2. Sí, muy poco	3. Sí, un poco	4. Sí, moderado	5. Sí, mucho	6. Sí, muchísimo
----------------	-----------------	----------------	-----------------	--------------	------------------

8. Durante las últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
---------	------------	------------	-------------	----------

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Solo alguna vez	5. Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?					
b. estuvo muy nervioso?					
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
d. se sintió calmado y tranquilo?					
e. tuvo mucha energía?					
f. se sintió desanimado y deprimido?					
g. se sintió agotado?					
h. se sintió feliz?					
i. se sintió cansado?					

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca
------------	-----------------	------------------	--------------------	----------

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases

	1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
b. Estoy tan sano como cualquiera					
c. creo que mi salud va a empeorar					
d. Mi salud es excelente					

**Anexo 2: Propiedades psicométricas de la escala de evaluación del cambio –
Universidad de Rhode Island (URICA) y del cuestionario de salud SF-36
(versión 2)**

Consistencia interna

En la tabla 1 la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), obtiene un coeficiente Alpha de Cronbach de .894, indicando una alta fiabilidad. Del mismo modo, en la tabla 2 el Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2), alcanza un coeficiente Alpha de Cronbach de .911, mostrando una alta fiabilidad. De este modo, la alta similitud demostrada por los instrumentos, indica la existencia de una muy buena consistencia interna.

Tabla 1

Índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)	.894	32

Tabla 2

Índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)	.911	36

Validez del constructo

Validación del contenido por medio del coeficiente V Aiken

Para obtener la validación del contenido mediante el coeficiente V de Aiken del cuestionario de Salud SF-36, así mismo, de la escala de evaluación del cambio – Universidad de Rhode Island (URICA), se contó con la revisión de los siguientes profesionales en psicología: Mg. Oscar Reátegui especialista en psicología clínica y educativa, Mg. Sandra Espinosa especialista en psicología clínica, Psic. Mary Cruz Ramírez especialista en psicología clínica, Mg. John Ludeña especialista en Gestión pública y el Licenciado en Psicología, Bachiller en Teología Teófilo García y el Mg. Renzo Carranza especialista en psicología clínica y educativa, llegando a obtener los resultados de los instrumentos que es válido para su administración.

Ventura considera lo siguiente, se puede medir mediante el coeficiente V de Aiken ya que analiza cuán representativos y relevantes son los contenidos de la prueba para interpretar los puntajes del cuestionario de calidad de vida (Ventura-León, 2019)

Validación de contenido del cuestionario de salud SF-36 mediante el coeficiente V Aiken.

											Intervalo de Confianza	
		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Media	DE	V de Aiken	Interpretación V	Inferior	Superior
Item1	Relevancia	3	3	0	2	3	2.20	1.30	0.73	VÁLIDO	0.56	0.86
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item2	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item3a	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00

	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item11b	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item11c	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Relevancia	3	3	3	1	3	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Representatividad	3	3	3	1	3	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
Item11d	Claridad	3	3	3	1	3	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00

Validación de contenido de la escala de evaluación del cambio – Universidad de Rhode Island (URICA) mediante el coeficiente V Aiken.

											Intervalo de Confianza	
		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Media	DE	V de Aiken	Interpretación V	Inferior	Superior
Item1	Relevancia	3	2	3	3	3	2.80	0.45	0.93	VÁLIDO	0.79	0.98
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	1	3	3	3	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
Item2	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item3	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item4	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item5	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item6	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item7	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item8	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00

	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item23	Relevancia	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Representatividad	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Claridad	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
Item24	Relevancia	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Representatividad	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item25	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item26	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
Item27	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item28	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item29	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item30	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
Item31	Relevancia	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Representatividad	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
	Claridad	3	3	3	3	1	2.60	0.89	0.87	VÁLIDO	0.70	0.95
Item32	Relevancia	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Representatividad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00
	Claridad	3	3	3	3	3	3.00	0.00	1.00	VÁLIDO	0.89	1.00

Anexo 3: Carta de autorización de la institución/comité de ética

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLAR PROYECTO

El director del centro de rehabilitación Asociación Comunidad Cristiana "Jesús sí Cambia" – Banda de Shilcayo;

AUTORIZA

A las estudiantes de Psicología, Leyla Elizabeth Gonzales Carrasco, identificada con DNI N° 70283914; y Hadid Nicholl Ruiz Mieses, identificada con DNI N° 70901873, para que desarrollen la aplicación de las pruebas psicológicas correspondientes al estudio titulado "Relación entre estadios de cambio en la conducta adictiva y calidad de vida en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia de Tarapoto, 2019", debiendo emitir informe al término de dicha aplicación.

Se expide la presente solicitud de la parte interesada

Atentamente;



CENTRO DE REHABILITACION
ME LEVANTARE

Angel M. Pazos Peralta
Angel M. Pazos Peralta
DIRECTOR CENTRO DE REHABILITACION

Sr. Ángel M. Pazos Peralta