

Relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en mayores de edad en proceso de rehabilitación en la Fundación Hacia una Nueva Vida de Yacuanquer- Nariño, en el periodo I y II del año 2025

Giselle Vanessa Flórez Burgos y Ángela Sofía Vargas Delgado

Programa de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Universidad CESMAG

**Nota del autor**

El presente Trabajo de Grado tiene como propósito cumplir con el requisito exigido para optar el título de pregrado como psicólogas en la Universidad CESMAG.

La correspondencia referente a este trabajo debe dirigirse al programa de Psicología de la Universidad CESMAG, correo electrónico [psicología@unicesmag.edu.co](mailto:psicología@unicesmag.edu.co)

Relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en mayores de edad en proceso de rehabilitación en la Fundación Hacia una Nueva Vida, Yacuanquer, en el año 2025

Giselle Vanessa Flórez Burgos y Ángela Sofía Vargas Delgado

Programa de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Universidad CESMAG.

Asesor Mg.  
Lorena González Villarreal

11 de Marzo del 2026

**Contenido**

Resumen.....	7
Introducción .....	9
Tema de Investigación .....	10
Campo de Aplicación .....	10
Línea de Investigación .....	10
<b>Planteamiento del Problema .....</b>	<b>11</b>
<b>Descripción del Problema .....</b>	<b>11</b>
<b>Formulación del Problema.....</b>	<b>12</b>
<b>Hipótesis .....</b>	<b>12</b>
<b>Justificación .....</b>	<b>13</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>14</b>
<b>Objetivo General .....</b>	<b>14</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>Marco de Referencias .....</b>	<b>15</b>
<b>Marco de Antecedentes .....</b>	<b>15</b>
<b>Antecedentes Internacionales .....</b>	<b>15</b>
<b>Antecedentes Nacionales .....</b>	<b>16</b>
<b>Antecedentes Locales .....</b>	<b>20</b>
<b>Marco Contextual .....</b>	<b>21</b>
<b>Macro Contexto .....</b>	<b>21</b>
<b>Micro Contexto .....</b>	<b>22</b>
<b>Marco Teórico – Conceptual.....</b>	<b>23</b>
<b>Marco Legal .....</b>	<b>29</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>30</b>
<b>Enfoque.....</b>	<b>30</b>
<b>Método.....</b>	<b>31</b>
<b>Tipo de Estudio.....</b>	<b>31</b>
<b>Diseño.....</b>	<b>31</b>
<b>Población y Muestra .....</b>	<b>32</b>
<b>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información .....</b>	<b>34</b>

Plan de Análisis de Datos .....	35
Elementos Éticos y Bioéticos .....	36
Presentación de Resultados .....	37
Discusión .....	48
Conclusiones .....	56
Recomendaciones .....	63
Referencias .....	68
Anexos .....	75

**Lista de tablas**

Tabla 1. Matriz de operación de variables .....	33
Tabla 2. Descripción porcentual de los participantes en la investigación según edad (N = 20)...	38
Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión de la edad de los participantes en la investigación (N = 20) .....	39
Tabla 4. Descripción porcentual de los participantes en la investigación según nivel educativo (N = 20).....	40
Tabla 5. Medidas de tendencia central y dispersión del nivel educativo de los participantes en la investigación (N = 20) .....	41
Tabla 6. Medidas de tendencia central y dispersión de los puntajes totales en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (N = 20).....	41
Tabla 7. Distribución porcentual de los participantes según niveles de depresión en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (N = 20).....	42
Tabla 8. Medidas de tendencia central y dispersión de los puntajes totales en la Escala URICA de motivación al cambio (N = 20).....	43
Tabla 9. Distribución porcentual de los participantes según etapa de cambio medida por la Escala URICA (N = 20).....	44
Tabla 10. Distribución de los participantes según niveles de depresión (BDI-II) y etapas de cambio medidas por la Escala URICA (N = 20) .....	45
Tabla 11. Coeficiente de correlación de Spearman entre los puntajes totales del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala URICA de motivación al cambio (N = 20).....	46
Tabla 12. Medidas de asociación ordinal entre los niveles de depresión (BDI-II) y las etapas de cambio medidas por la Escala URICA (N = 20).....	47

**Lista de anexos**

Anexo A. Carta de aceptación ..... 75  
Anexo B. Consentimiento informado para participación en investigación ..... 76  
Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)..... 79  
Anexo D. Escala URICA ..... 84

### Resumen

La presente investigación tuvo como finalidad analizar la relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes y adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Hacia una Nueva Vida, ubicada en el municipio de Yacuanquer (Nariño, Colombia). Se empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transversal y bajo el método empírico-analítico, donde la muestra estuvo conformada por 20 participantes; para la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos estandarizados: el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Versión (BDI-II), que permitió además obtener datos sociodemográficos como edad, sexo y nivel educativo, y la Escala URICA. El análisis de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS. Obteniendo como resultados de que el 70 % de los participantes presentaba niveles mínimos o leves de depresión, mientras que el 30 % restante se ubicaba en niveles moderados o graves, y en cuanto a la motivación al cambio, predominó la presencia de sujetos en etapas de contemplación, preparación y acción, evidenciando disposición favorable hacia el proceso de rehabilitación. No obstante, se encontraron asociaciones débiles y no significativas entre depresión y motivación, sugiriendo la influencia de otros factores contextuales en la disposición al cambio. Los autores concluyeron que, aunque la mayoría de los participantes mostró baja depresión y adecuada motivación al cambio, la débil relación entre ambas variables indica que la disposición al proceso de rehabilitación depende también de factores contextuales y personales adicionales.

**Palabras Claves:** Depresión; motivación al cambio; consumo de sustancias psicoactivas; rehabilitación; psicología clínica.

### Abstrac

This research aimed to analyze the relationship between depression levels and motivation for change in young people and adults undergoing rehabilitation for psychoactive substance use at the Hacia una Nueva Vida Foundation, located in the municipality of Yacuanquer (Nariño, Colombia). A quantitative approach was used, with a non-experimental, cross-sectional design and an empirical-analytical method. The sample consisted of 20 participants. Two standardized instruments were used to collect data: the Beck Depression Inventory – Second Version (BDI-II), which also provided sociodemographic data such as age, sex, and educational level, and the URICA Scale. Data analysis was performed using SPSS statistical software. The results showed that 70% of participants presented minimal or mild levels of depression, while the remaining 30% were at moderate or severe levels. Regarding motivation for change, most participants were in the contemplation, preparation, and action stages, demonstrating a favorable disposition toward the rehabilitation process. However, weak and non-significant associations were found between depression and motivation, suggesting the influence of other contextual factors on readiness for change. The authors concluded that, although most participants showed low levels of depression and adequate motivation for change, the weak relationship between these two variables indicates that readiness for the rehabilitation process also depends on additional contextual and personal factors.

Keywords: Depression; motivation for change; psychoactive substance use; rehabilitation; clinical psychology.

### **Introducción**

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) representa un fenómeno multifacético y de creciente incidencia en la sociedad actual, con una especial atención en la población de jóvenes adultos mayores de edad, pues se observa una mayor susceptibilidad a la adopción de conductas de riesgo, lo que puede desencadenar problemas en la salud física y mental. Estudios previos han demostrado que este grupo muestra un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), y una alta incidencia de niveles depresivos, manifestados en estados persistentes de tristeza, pérdida de interés en actividades habituales y alteraciones en el sueño, entre otros síntomas (Contreras et al., 2012; Beck et al., 1979).

En este contexto, resultó esencial identificar los niveles de depresión de jóvenes adultos en proceso de rehabilitación, ya que pueden influir negativamente en el pronóstico del tratamiento y dificultar la reinserción social. Para ello, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), un instrumento estandarizado y reconocido internacionalmente por su solidez en la medición de la severidad de los niveles depresivos. Mediante su aplicación en mayores de edad internados en la Fundación Hacia una Nueva Vida, ubicada en Yacuanquer, obtuvo datos objetivos que permitieron comprender su estado emocional, asimismo, se incorporó la Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para identificar el nivel de motivación al cambio en los participantes, lo que ofreció una visión integral sobre su motivación para avanzar en el proceso de rehabilitación.

El objetivo central de esta investigación fue analizar la relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos mayores de edad que se encuentran en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en dicha fundación, a partir del enfoque del modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982). Este propósito se abordó desde una perspectiva cuantitativa, fundamentada en la utilización de métodos estadísticos rigurosos, lo cual permitió identificar variables asociadas al proceso de rehabilitación.

La información obtenida contribuyó al enriquecimiento del conocimiento científico en el área de la psicología clínica y de la salud, y a la optimización de los programas de tratamiento y rehabilitación, facilitando una reinserción social más efectiva y adaptada a las necesidades de esta población vulnerable.

### **Tema de Investigación**

Relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos mayores de edad en proceso de rehabilitación en la Fundación Hacia una Nueva Vida, Yacuanquer.

### **Campo de Aplicación**

El presente estudio se enmarca en el campo de la psicología clínica y de la salud, ya que aborda dos variables fundamentales dentro del proceso terapéutico: los niveles de depresión y la disposición al cambio en jóvenes adultos con consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA).

Desde la psicología clínica, esta investigación contribuye a la evaluación y comprensión del estado emocional de los pacientes en rehabilitación, a través del uso del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), instrumento validado para el diagnóstico de trastornos afectivos. A su vez, se incluye la evaluación de la disposición al cambio de conducta adictiva, por medio de la escala URICA, basada en el modelo transteórico del cambio, ampliamente utilizado en intervenciones clínicas dirigidas a problemáticas adictivas.

Esta perspectiva subraya un aspecto clave: la psicología clínica no se limita al análisis del síntoma, sino que también contempla los procesos de cambio personal y la adherencia terapéutica como dimensiones esenciales del tratamiento. Por ello, la presente investigación se apoya en dos instrumentos clínicos validados: el BDI-II, que permite evaluar los niveles de depresión, y la escala URICA, que mide el nivel de disposición para avanzar en el proceso de cambio de conductas relacionadas con el consumo.

Desde la psicología de la salud, el estudio resulta pertinente al considerar factores que afectan la adherencia al tratamiento y al orientar estrategias que promuevan el bienestar integral del paciente. Así, la integración de ambas áreas permite no solo describir variables clave del proceso de rehabilitación, sino también fortalecer la toma de decisiones clínicas y mejorar el acompañamiento terapéutico individualizado.

### **Línea de Investigación**

La presente investigación se enmarca en la línea de Psicología Clínica y de la Salud del programa de Psicología de la I.U. CESMAG, la cual, tomando como referente la teoría de la complejidad de Morín (Fernández, 2025), centra su interés en el estudio del comportamiento humano a partir de la creación y aplicación de conocimientos contextualizados a los diferentes campos de aplicación de la psicología. En particular, esta línea busca promover investigaciones

que respondan a problemáticas de salud mental en la región nariñense, la cual, debido a sus características geográficas y socioculturales, presenta factores de riesgo específicos que afectan el bienestar psicológico de la población (García et al., 2008)

Desde este marco, la línea de investigación en Psicología Clínica y de la Salud integra tanto el abordaje de los trastornos considerados clínicos o mentales y sus tratamientos, como la prevención y promoción de la salud, añadiendo la perspectiva social en todos los casos. En concordancia, este proyecto se articula a dicha línea al estudiar los niveles de depresión y la disposición al cambio en jóvenes adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, problemáticas que inciden directamente en la salud mental y requieren ser comprendidas mediante herramientas clínicas validadas que fortalezcan la prevención y la intervención psicológica.

### **Planteamiento del Problema**

#### **Descripción del Problema**

En los procesos de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, lograr una adecuada adherencia al tratamiento es uno de los principales desafíos clínicos (Prochaska y DiClemente, 1983; Guenzel y McChargue, 2023). Esta población enfrenta múltiples barreras emocionales y motivacionales que pueden interferir con su permanencia y compromiso dentro del proceso terapéutico. Además, la presencia de niveles de depresión no abordados oportunamente puede disminuir la energía, la esperanza de recuperación, la autoeficacia y otros elementos clave para sostener un proceso de cambio personal. Casi un tercio de las personas con diagnóstico de depresión mayor también presenta trastornos por consumo de sustancias (Davis et al., 2008, como lo cito Fernández et al., 2026), lo cual puede representar una barrera adicional en los procesos de rehabilitación.

La motivación al cambio constituye un elemento fundamental en los procesos terapéuticos, ya que su fortalecimiento se asocia con una mayor adherencia y permanencia en los tratamientos. Sin embargo, esta disposición puede verse comprometida en presencia de sintomatología depresiva, pues la anhedonia, la apatía y la falta de energía propias de este trastorno afectan la capacidad de mantener conductas orientadas a objetivos y, en consecuencia, la adherencia terapéutica (Becoña et al., 2007, como lo cito Vásquez et al., 2023). En jóvenes con consumo problemático, esta interacción entre malestar emocional y baja motivación representa un factor de

riesgo para el abandono del tratamiento, la recaída y la cronificación del consumo (Organización Mundial de la Salud, 2023).

La falta de adherencia derivada de esta interacción entre estado emocional y motivación al cambio puede llevar a abandonos tempranos, recaídas y a una cronificación del consumo, dificultando la reinserción social y familiar del joven. A pesar de esto, en muchos contextos de rehabilitación aún no se evalúan de forma sistemática los niveles de depresión ni la motivación al cambio, lo que limita la posibilidad de intervenir de forma integral (Becoña et al., 2007).

En este sentido, surge la necesidad de una investigación que permita analizar la relación entre el nivel de depresión y la motivación al cambio en jóvenes en proceso de rehabilitación, con el fin de generar evidencia que apoye la mejora del acompañamiento terapéutico y el fortalecimiento de la adherencia.

### ***Formulación del Problema***

¿Existe una relación entre los niveles depresivos y la motivación al cambio en jóvenes adultos mayores de edad en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Hacia una Nueva Vida, en el municipio de Yacuanquer?

### ***Hipótesis***

En el presente estudio correlacional, se plantea como hipótesis de trabajo que existe una relación inversa significativa entre los niveles de depresión y la disposición al cambio en jóvenes adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. Esto significa que, a mayores niveles de depresión, los participantes tienden a presentar una menor motivación para avanzar en las etapas de cambio conductual, lo cual puede influir negativamente en la adherencia y efectividad del tratamiento.

Como hipótesis nula, se establece que no existe una relación significativa entre los niveles de depresión y la disposición al cambio en jóvenes adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. Esta hipótesis será contrastada mediante análisis estadísticos apropiados, con el fin de determinar si se acepta o se rechaza.

La diferencia entre esta hipótesis nula y la hipótesis de trabajo radica en que la primera niega cualquier tipo de relación entre las variables, mientras que la hipótesis de trabajo plantea la existencia de una relación significativa, en este caso de carácter inverso. Es decir, según la hipótesis de trabajo, a mayor nivel de depresión correspondería una menor disposición al cambio

y, por el contrario, aquellos jóvenes con niveles más bajos de depresión tenderían a encontrarse en etapas más avanzadas del proceso de cambio.

### **Justificación**

El presente proyecto de investigación se justifica a partir de la necesidad de fortalecer la atención psicológica integral en los procesos de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas (SPA), específicamente en jóvenes adultos mayores de edad, usuarios de la Fundación Hacia Una Nueva Vida, en el municipio de Yacuanquer. Este grupo etario se encuentra en una etapa del desarrollo caracterizada por importantes transformaciones psicológicas, emocionales y sociales, lo que los hace especialmente vulnerables a presentar dificultades en su ajuste conductual y emocional cuando enfrentan un tratamiento o cambio forzado en su estilo de vida (Vázquez et al., 2023).

En este tipo de procesos, se ha observado que muchos jóvenes presentan niveles de depresión que, en muchas ocasiones, no son detectados ni atendidos sistemáticamente. Esta condición emocional puede impactar directamente su motivación al cambio, interfiriendo con la voluntad de avanzar entre etapas del proceso terapéutico (Vázquez et al., 2023).

Diversos estudios han demostrado que la presencia de niveles depresivos se asocia con una menor adherencia al tratamiento en personas con consumo de sustancias psicoactivas (SPA), aumentando el riesgo de abandono, recaídas o cronificación del problema. Por ejemplo, Herrera (2024) identificó que los niveles emocionales, como la depresión, influyen significativamente en la permanencia de los usuarios en programas terapéuticos, destacando la importancia de integrar evaluaciones emocionales y motivacionales al proceso clínico. Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2018) solo el 50% de las personas que ingresan a programas de rehabilitación por consumo de sustancias completan el tratamiento, siendo los factores emocionales uno de los principales motivos de abandono.

Por ello, esta investigación no solo busca evaluar los niveles de depresión y la motivación al cambio por separado, sino analizar la relación entre ambas variables en los jóvenes adultos en proceso de rehabilitación. Esta información será útil para describir cómo se presentan estas variables dentro de la población atendida en la Fundación y ofrecer una base para fortalecer futuras estrategias de intervención acordes con las necesidades psicológicas observadas.

La pertinencia de este estudio también se sostiene en el contexto regional, donde los recursos para atención en salud mental son limitados y la evidencia local sobre estas problemáticas

es escasa. Contar con datos confiables obtenidos mediante instrumentos validados como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala URICA puede aportar a la toma de decisiones clínicas más eficaces y centradas en el usuario.

Desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud, este estudio se enmarca en un enfoque de prevención secundaria y promoción del bienestar psicológico, ya que busca identificar tempranamente factores emocionales y motivacionales que pueden afectar el curso del tratamiento, permitiendo intervenir antes de que estos deriven en deserción o recaída.

Tal como lo señala Barlow (2014) la psicología clínica no solo se ocupa del tratamiento de trastornos mentales, sino también de la detección y abordaje de factores de riesgo que comprometen el bienestar psicológico. A su vez, Kazdin (2017) enfatiza que el análisis riguroso de variables psicológicas en contextos clínicos permite diseñar intervenciones más eficaces y ajustadas a la realidad del paciente.

Este estudio tiene además un valor práctico y social, ya que los resultados podrán ser utilizados por la Fundación Hacia una Nueva Vida para ajustar los planes de tratamiento desde una visión más integral, fortaleciendo los procesos de evaluación psicológica. Esto puede contribuir a mejorar la eficacia del programa de rehabilitación, disminuir el riesgo de abandono y reducir los costos emocionales y sociales que implica la cronificación del consumo en la juventud.

Como tal, esta investigación aportara a la generación de evidencia empírica relevante para el contexto local, abriendo la posibilidad de futuras líneas de investigación y consolidando el vínculo entre teoría psicológica, evaluación clínica y práctica profesional en poblaciones vulnerables.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos mayores de edad en proceso de rehabilitación en la Fundación Hacia una Nueva Vida, Yacuanquer, durante el año 2025.

### **Objetivos Específicos**

Determinar el nivel de depresión en jóvenes adultos mayores de edad en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Hacia una Nueva Vida, Yacuanquer, durante el año 2025.

Establecer el nivel de motivación al cambio en jóvenes adultos mayores de edad en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Hacia una Nueva Vida, Yacuanquer, durante el año 2025.

Describir la relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos mayores de edad en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Hacia una Nueva Vida, Yacuanquer, durante el año 2025.

### **Marco de Referencias**

#### **Marco de Antecedentes**

A continuación, se presentan antecedentes de investigación que abordan temáticas relacionadas con los niveles de depresión y la motivación al cambio en poblaciones con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Estos antecedentes han sido seleccionados por su relevancia teórica y metodológica, y se clasifican en internacionales, nacionales y locales con el fin de ofrecer una perspectiva comparativa del estado actual del conocimiento sobre las variables estudiadas. Su revisión permite establecer la importancia del problema, identificar vacíos investigativos, y respaldar la pertinencia de la presente propuesta. Además, se consideran los instrumentos psicométricos utilizados en dichos estudios, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala URICA, para garantizar coherencia con el enfoque metodológico adoptado.

#### ***Antecedentes Internacionales***

El estudio titulado “Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en educandos del nivel secundario de una institución educativa pública, Pucallpa 2022” de Maldonado (2023), tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de 174 estudiantes de nivel secundario. Entre sus hallazgos, se evidenció una correlación positiva moderada entre los niveles de depresión y el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y marihuana, siendo los estudiantes de grados superiores y del sexo masculino los más afectados. Este estudio resalta la importancia de implementar intervenciones escolares integrales para prevenir el consumo de sustancias asociado a sintomatología depresiva, sirviendo como un referente pertinente para la presente investigación al abordar una problemática similar en población adolescente; este, estudio sirvió como antecedente para la presente investigación, al mostrar que la depresión se relacionó con el consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente. Estos resultados permitieron contextualizar los hallazgos del estudio actual, en el que

la depresión, aunque presente, no se asoció de manera significativa con la motivación al cambio en jóvenes en proceso de rehabilitación.

El estudio titulado “Manual de intervención para adolescentes con problemas de consumo de drogas de Nueva Loja” de Herrera (2024) desarrollado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, tuvo como objetivo analizar la relación entre variables psicológicas y la adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. La investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de tipo correlacional, y utilizó herramientas psicométricas para medir variables emocionales como la depresión y la motivación al cambio; Los resultados evidenciaron que los niveles emocionales influyen significativamente en la permanencia de los usuarios en programas terapéuticos, siendo la depresión y la motivación factores claves en la continuidad del tratamiento, este estudio respalda la propuesta actual, ya que refuerza el valor de evaluar la relación entre depresión y motivación al cambio como elementos críticos para el éxito del proceso de rehabilitación, destacando la importancia de integrar dichas evaluaciones en el abordaje clínico para prevenir abandonos prematuros y mejorar la efectividad de las intervenciones.

### *Antecedentes Nacionales*

El estudio titulado “Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo” de Medina y Rubio (2012) tuvo como objetivo caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en proceso de rehabilitación en una fundación del departamento del Quindío, Colombia. La investigación, de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño no experimental de carácter retrospectivo y de corte transversal, se aplicó a una muestra de 333 adolescentes entre 14 y 18 años que se encontraban internados en dicha institución. Como instrumento, se utilizaron los formularios del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas (VESPA), los cuales recopilan información sociodemográfica, historia de consumo, edad y vía de inicio, además de los motivos de ingreso al proceso de rehabilitación. Entre los principales hallazgos, se encontró que las sustancias de inicio más frecuentes fueron el tabaco (44,2%), la marihuana (25,8%) y el alcohol (18%), con una edad promedio de inicio en el consumo de 12,3 años y una edad media de ingreso a la institución de 15,7 años. Asimismo, se evidenció un mayor consumo en hombres (75,4%) que en mujeres (24,6%) y una alta prevalencia de policonsumo.

Este estudio resulta relevante para la presente investigación, ya que aporta evidencia empírica sobre los patrones de inicio temprano y policonsumo en adolescentes, factores que se relacionan estrechamente con el riesgo de desarrollar problemáticas de salud mental. Además, refuerza la importancia de implementar estrategias preventivas y programas de rehabilitación integrales que aborden tanto las variables individuales como las sociales que influyen en el consumo de sustancias.

El estudio titulado “Prevalencia de síntomas depresivos y consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de la Universidad de los Andes durante el COVID-19” realizado por Soto (2021) tuvo como objetivo analizar la prevalencia de síntomas depresivos y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en una muestra de 790 estudiantes universitarios, entre los 18 y 26 años, durante la contingencia sanitaria por COVID-19. La investigación, de tipo descriptivo y con diseño de cohorte transversal, utilizó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y un cuestionario adaptado del CESED (Centro de Estudios en Seguridad y Drogas de la Universidad de los Andes) para evaluar el consumo de SPA. Entre los hallazgos, el 44,43% de los estudiantes presentó síntomas depresivos mínimos, mientras que el 19,75% mostró síntomas severos. En cuanto al consumo de sustancias, el 96,5% reportó haber consumido alcohol, el 50,5% cannabis y el 47,8% tabaco al menos una vez. Este estudio evidencia un alto nivel de consumo de sustancias asociado a la presencia de síntomas depresivos en contextos de crisis como el COVID-19, lo que refuerza la importancia de evaluar la salud mental y el consumo de SPA en poblaciones jóvenes, así como de diseñar estrategias integradas de prevención e intervención, elementos directamente relacionados con los objetivos del presente estudio.

El estudio titulado “Revisión sistemática de literatura centrada en los factores determinantes en el tratamiento de adicciones en Colombia” de Fuentes (2024), identificó que aspectos como la salud mental, la motivación personal y el acompañamiento terapéutico son variables críticas para lograr una adecuada adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias. En particular, se destaca que la presencia de niveles depresivos no atendidos puede obstaculizar la motivación al cambio, lo que incrementa el riesgo de recaídas o abandono del proceso terapéutico.

La revisión analizó estudios desarrollados entre 2017 y 2023, centrados en población colombiana atendida en contextos clínicos, y evidenció que los programas más efectivos incluyen evaluaciones psicológicas periódicas y estrategias de motivación sostenida. Este estudio sustenta

la importancia de evaluar de manera conjunta el estado emocional y la motivación para el cambio, lo cual coincide directamente con los objetivos del presente trabajo, al proponer la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala URICA como herramientas complementarias en el abordaje clínico.

El estudio titulado “Prevalencia de síntomas asociados a la depresión y ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicoactivas en deshabituación, ingresados a centros de atención y rehabilitación por consumo de drogas y alcohol en la ciudad de Bucaramanga” de Sánchez y Torres (2023) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en personas adultas que se encontraban en proceso de deshabituación en instituciones de rehabilitación. La investigación, de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño no experimental de corte transversal, se aplicó a una muestra de adultos consumidores de sustancias psicoactivas internados en centros de atención de Bucaramanga. Como instrumentos, se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Ansiedad de Hamilton, ambos estandarizados y validados para población clínica. Entre los principales hallazgos, se evidenció una alta prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, especialmente en aquellos participantes con mayor tiempo de consumo y en quienes no contaban con redes de apoyo sólidas. Este estudio resulta relevante para la presente investigación, ya que ofrece evidencia empírica sobre el vínculo entre salud mental y consumo de sustancias, y refuerza la necesidad de un abordaje integral en los procesos de rehabilitación de personas con trastornos por uso de SPA.

El estudio titulado “Consumo de alcohol y factores psicosociales asociados en estudiantes universitarios” de Campo et al. (2019) tuvo como objetivo determinar la prevalencia del consumo de alcohol y explorar los factores psicosociales relacionados en estudiantes de una universidad de la ciudad de Santa Marta, Colombia. La investigación, de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal, se aplicó a una muestra de 369 estudiantes universitarios seleccionados de manera aleatoria.

Como instrumentos, se utilizaron la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) para medir los patrones de consumo de alcohol, el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) para evaluar la angustia psicológica y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC, para identificar niveles de apoyo social percibido. Entre los principales hallazgos, se encontró que el 88,5% de los participantes reportó consumo de alcohol en el último año, y un 22% presentó consumo de riesgo o perjudicial según el AUDIT. Además, los estudiantes

con bajo apoyo social y con mayores indicadores de malestar psicológico mostraron mayor probabilidad de presentar consumo problemático. El estudio también incorporó el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente, señalando que la mayoría de los estudiantes se encontraba en fases iniciales (precontemplación y contemplación), lo que refleja baja percepción de riesgo y escasa disposición al cambio frente a sus patrones de consumo.

Este estudio resulta relevante para la presente investigación, ya que aporta evidencia sobre la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y variables psicosociales como el malestar emocional y la percepción de apoyo social. Asimismo, el uso del Modelo Transteórico refuerza la importancia de diseñar intervenciones preventivas que se adapten al nivel de motivación al cambio de los jóvenes, abordando no solo el consumo en sí, sino también los factores protectores y de riesgo que lo rodean en población universitaria.

El artículo “Consumo de sustancias psicoactivas y riesgo de depresión en estudiantes universitarios de Tamaulipas, México”, realizado por Guzmán et al. (2022) presenta una investigación cuyo objetivo fue analizar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el riesgo de depresión en estudiantes universitarios. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra representativa de 437 estudiantes de una universidad pública. Para la recolección de datos, se aplicaron cuestionarios sociodemográficos, instrumentos para registrar el historial de consumo de sustancias lícitas e ilícitas, y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) para evaluar síntomas depresivos. Los resultados muestran que, en el último mes, el 52,9 % de los estudiantes reportó consumo de alcohol y el 33,6 % consumo de tabaco. En cuanto al consumo de sustancias ilícitas, los porcentajes de consumo alguna vez en la vida fueron: marihuana 10,8 %, cocaína 9,6 % y anfetaminas 1,6 %.

Además, se identificó una prevalencia de depresión del 6,6 % en grado leve, 3,4 % moderado y 1,8 % grave. Los estudiantes que consumían alcohol, marihuana u otras drogas presentaron puntajes significativamente más altos en depresión en comparación con quienes no consumían. También se hallaron factores asociados, como mayor consumo en hombres, estudiantes mayores de 20 años y aquellos que trabajan, así como una correlación positiva entre el número de cigarrillos y bebidas alcohólicas consumidas por día y los puntajes de depresión. El estudio concluye que el consumo de alcohol, tabaco y marihuana incrementa el riesgo de depresión en estudiantes universitarios, lo que resalta la importancia de implementar programas de

prevención, promoción de la salud mental y estrategias de intervención dirigidas a este grupo poblacional.

### *Antecedentes Locales*

El estudio titulado “Bienestar psicológico, conciencia corporal y corporeidad en adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas” de Escobar (2024) tuvo como objetivo establecer los niveles de bienestar psicológico, conciencia corporal y corporeidad para la construcción de una estrategia orientada a su fortalecimiento en adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo de SPA. La investigación, de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal, se aplicó a adolescentes internados en centros de rehabilitación en el departamento de Nariño, Colombia. Se emplearon instrumentos como la batería de Ryff para el bienestar psicológico y la escala MAI-Y para medir la conciencia corporal. Entre los principales hallazgos, se identificaron niveles bajos de conciencia corporal y corporeidad, mientras que los niveles de bienestar psicológico fueron en su mayoría buenos o excelentes. Sin embargo, las dimensiones más afectadas estuvieron relacionadas con la autoaceptación y la relación con el entorno.

Como resultado, se diseñó y validó la estrategia “Re-conectando cuerpo y mente”, la cual obtuvo aceptación positiva tanto por expertos como por terapeutas y usuarios. Este estudio representa un valioso referente para la presente investigación al evidenciar la importancia de evaluar variables psicológicas profundas en contextos de rehabilitación, más allá del consumo en sí mismo. Si bien se enfoca en el bienestar y la corporeidad, coincide con el enfoque del presente trabajo al reconocer que el tratamiento efectivo de adicciones requiere una comprensión integral del estado emocional del paciente, lo cual respalda el uso de herramientas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala URICA como parte de una evaluación clínica amplia orientada a mejorar la adherencia y el pronóstico terapéutico (Escobar, 2024).

El estudio titulado “Explorando la educación social con los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas del barrio Exporcol, Tumaco ” realizado por Castillo y Terán (2024) tuvo como objetivo explorar actividades de educación social orientadas a la reflexión con jóvenes sobre el consumo de sustancias psicoactivas. La investigación, enmarcada en una metodología de investigación-acción pedagógica, se desarrolló con aproximadamente 15 jóvenes desescolarizados del barrio Exporcol, quienes consumían sustancias como alcohol, marihuana, cocaína y bazuco. Se utilizaron historias de vida para identificar factores incidentes en el consumo, tales como

problemáticas sociales (abuso sexual, mentiras, poco acompañamiento materno), dificultades económicas (falta de empleo y vulnerabilidad), discriminación y presión grupal.

Las actividades implementadas incluyeron talleres de reflexión sobre los efectos del consumo de SPA, encuentros con ex consumidores, ejercicios de expresión emocional y toma de decisiones, reconstrucción del proyecto de vida y actividades recreativas. Entre los hallazgos, se destacó la valoración positiva del proceso por parte de los jóvenes, quienes participaron activamente en las actividades. Sin embargo, se señaló que la reflexión crítica sobre el consumo no es inmediata ni sencilla, debido a que los participantes no perciben el consumo como un problema mientras no afecte directamente su vida diaria. Este estudio es relevante para la presente investigación por su enfoque participativo y educativo, así como por evidenciar la necesidad de intervenciones sostenidas e interdisciplinarias en contextos de alta vulnerabilidad social (Castillo y Terán, 2024).

## **Marco Contextual**

### ***Macro Contexto***

El presente estudio se desarrolla en el municipio de Yacuanquer, ubicado en el departamento de Nariño, al suroccidente de Colombia. Yacuanquer es una localidad rural perteneciente a la región andina, cuya economía se basa principalmente en la agricultura, la ganadería y el comercio local. A pesar de su riqueza natural y cultural, el municipio enfrenta importantes desafíos sociales y económicos, como el acceso limitado a servicios especializados en salud mental, la escasa infraestructura médica y la insuficiencia de programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Estas condiciones lo convierten en un escenario especialmente relevante para el estudio de problemáticas asociadas al consumo de SPA en jóvenes, ya que las limitaciones del contexto rural pueden dificultar el acceso a una atención psicológica adecuada y sostenida, afectando directamente la continuidad y efectividad de los procesos de rehabilitación.

En términos de salud pública, el departamento de Nariño ha evidenciado un aumento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en adolescentes y jóvenes adultos. Esta situación ha impulsado la creación de algunas iniciativas de prevención y atención; sin embargo, la oferta de servicios especializados en salud mental y rehabilitación continúa siendo limitada. Ante esta realidad, se hace necesario implementar estrategias integrales y contextualizadas que mejoren los procesos de rehabilitación en zonas rurales como Yacuanquer.

En este entorno regional complejo, donde confluyen factores de vulnerabilidad social y alta exposición al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se vuelve prioritario estudiar variables psicológicas que influyen en el proceso de recuperación, como los niveles de depresión y la motivación al cambio. Esta investigación se enfoca en una población que, debido a sus condiciones sociales y emocionales, requiere atención psicológica más profunda y personalizada para fortalecer su adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de recaídas.

### ***Micro Contexto***

El micro contexto de la investigación corresponde a la Fundación Hacia una Nueva Vida, ubicada en el barrio Santa Clara del municipio de Yacuanquer. Esta institución opera bajo el modelo de comunidad terapéutica residencial y se encuentra habilitada por el Ministerio de Protección Social, siendo una de las pocas entidades en el departamento de Nariño que presta servicios especializados de rehabilitación para consumidores de sustancias psicoactivas, en un entorno cerrado y con acompañamiento terapéutico integral.

El equipo de trabajo está conformado por un grupo interdisciplinario: psiquiatra, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, consejeros en drogodependencia, personal de enfermería y auxiliares de apoyo. Actualmente, la Fundación atiende exclusivamente a población masculina, con un total de 27 usuarios internos: 18 adultos y 9 menores de edad. Sin embargo, al momento de la aplicación de los instrumentos de investigación, participaron 20 adultos, debido a la inclusión de dos nuevos ingresos durante el periodo de recolección de datos. La mayoría provienen de municipios cercanos como Pasto, Funes, Sandoná y Chachagüí, pertenecen a estratos socioeconómicos 0, 1, 2 y 3, y el 70% cuenta con alguna red de apoyo familiar activa, lo cual se considera en el abordaje terapéutico (Fundación Hacia una Nueva Vida, comunicación personal, 22 de abril de 2025).

La población atendida en la Fundación presenta una dinámica relativamente cambiante, ya que los ingresos y egresos se realizan de forma continua dependiendo del cumplimiento de las fases del tratamiento (acogida, intervención intensiva y reinserción). Si bien el promedio de estancia oscila entre 6 y 12 meses, pueden existir variaciones por recaídas, abandonos o reingresos. Esta rotación constante requiere que la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica se realice en un momento determinado y con control de la muestra, para asegurar la validez de los datos recolectados.

Entre las sustancias de mayor consumo reportadas se encuentran el tussi (cocaína rosada) y la marihuana, ambas asociadas a elevados niveles de deterioro cognitivo, emocional y conductual. Estas características hacen de la Fundación un escenario pertinente para el desarrollo de investigaciones clínicas que contribuyan al fortalecimiento de los procesos de rehabilitación en la región. El ingreso se realiza a través de canales legales y administrativos, incluyendo remisiones del ICBF y otras entidades de salud. El programa terapéutico está estructurado en tres fases: acogida, tratamiento intensivo y reinserción social, siguiendo un modelo reeducativo cognitivo-conductual.

Este escenario institucional resulta propicio para la presente investigación, ya que permite aplicar instrumentos psicológicos validados como el BDI-II y la escala URICA en condiciones controladas, facilitando la recolección de datos fiables sobre el estado emocional y la motivación al cambio de los jóvenes, elementos esenciales para mejorar el diseño de intervenciones psicológicas adaptadas a sus necesidades.

### **Marco Teórico – Conceptual**

El presente marco teórico desarrolla los principales conceptos y modelos que sustentan la investigación sobre la relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. Para ello, se abordan dos marcos conceptuales principales: el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente, que permite comprender las etapas motivacionales involucradas en la modificación de conductas adictivas, y el modelo cognitivo de la depresión propuesto por Beck, que explica cómo los pensamientos disfuncionales afectan el estado emocional de los individuos (**Becoña et al., 2007; González, 2015**).

La elección de estos modelos responde a la necesidad de integrar tanto el aspecto conductual como el emocional en la comprensión del proceso de rehabilitación, especialmente en población joven masculina, que presenta alta vulnerabilidad frente al consumo problemático de sustancias. Asimismo, se presentan las definiciones y clasificaciones del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), los efectos del consumo sobre la salud mental y los enfoques de intervención terapéutica más utilizados en estos contextos. El marco teórico se organiza de forma jerárquica para facilitar la comprensión progresiva de los conceptos clave.

### **Motivación y Modelo Transteórico del Cambio**

La motivación al cambio es un constructo central en los procesos de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas (SPA), ya que se relaciona directamente con la disposición del individuo para modificar conductas adictivas. Desde el enfoque del cambio conductual en salud, se reconoce que el cambio no ocurre de forma inmediata, sino que se desarrolla de manera progresiva y dinámica, lo que permite su identificación, evaluación y acompañamiento clínico (Cabrera, 2000), aspecto que también ha sido evidenciado en estudios recientes en contextos de rehabilitación **Leva (2022) o Fuentes, (2024)**.

A partir de esta premisa, se desarrolló el Modelo Transteórico del Cambio (MTC), también conocido como modelo de etapas del cambio, ampliamente utilizado para comprender la forma en que las personas modifican conductas problemáticas en contextos de salud mental y adicciones. Este modelo ha sido validado en diversos contextos clínicos y destaca por su aplicabilidad en el diseño de intervenciones terapéuticas (Cabrera, 2000).

El MTC propone cinco etapas secuenciales del cambio:

**Precontemplación:** la persona no reconoce su conducta como un problema ni tiene intención de cambiarla a corto plazo (Cabrera, 2000).

**Contemplación:** empieza a considerar el cambio, pero experimenta ambivalencia entre continuar y modificar su conducta (Cabrera, 2000).

**Preparación:** toma la decisión de cambiar y comienza a planificar estrategias concretas (Cabrera, 2000).

**Acción:** realiza modificaciones observables y activas en su comportamiento (Cabrera, 2000).

**Mantenimiento:** busca consolidar los logros alcanzados y prevenir recaídas (Cabrera, 2000).

Este modelo no solo describe el proceso de cambio, sino que ofrece una base teórica y práctica para diseñar intervenciones adaptadas a cada etapa, reconociendo que el cambio no es lineal y que las recaídas forman parte natural del proceso de avance.

En correspondencia con este enfoque, la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) fue desarrollada por DiClemente y Hughes (1990) a partir del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1983), específicamente para evaluar la motivación al cambio en personas con conductas problemáticas. Esta escala permite identificar la etapa en la que se encuentra el individuo, precontemplación, contemplación, preparación y acción, y está

compuesta por 32 ítems con formato Likert. Su aplicación facilita la planificación terapéutica al ofrecer una estimación más precisa del nivel motivacional del usuario, constituyéndose en una herramienta ampliamente utilizada en el ámbito clínico.

La URICA ha demostrado ser una herramienta útil en contextos de intervención clínica, especialmente en el tratamiento de personas con consumo problemático de SPA, ya que permite adaptar las estrategias terapéuticas al estado motivacional de cada paciente, promoviendo así una mayor adherencia y eficacia del tratamiento.

### **Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).**

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) representa uno de los principales retos de salud pública a nivel mundial y nacional, especialmente entre la población juvenil, (**Organización Mundial de la Salud, 2023**) ya que estas sustancias comprenden compuestos químicos de origen natural o sintético que, al ser introducidos en el organismo por diversas vías, actúan directamente sobre el sistema nervioso central. Su efecto puede generar cambios en la percepción, el estado de ánimo, el comportamiento o el nivel de conciencia de la persona que las consume (**Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023**).

A lo largo de la historia, el uso de estas sustancias ha transitado desde fines rituales y terapéuticos hasta prácticas de alto riesgo asociadas al placer inmediato, el aislamiento social y la marginación. En la actualidad, su consumo está ligado con múltiples consecuencias negativas en la salud física, emocional y social del individuo (**Contreras et al., 2012**).

Para su análisis, el consumo de SPA en Colombia se clasifica en diferentes categorías, de acuerdo con el Ministerio de Justicia y del Derecho (2023) y Ministerio de Salud y Protección Social (2018):

**Consumo experimental:** corresponde al primer contacto del individuo con una sustancia psicoactiva, generalmente motivado por curiosidad, influencia del entorno o presión social, sin que exista una intención de repetición inmediata (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023).

**Consumo social o recreativo:** se presenta en contextos grupales o eventos sociales con fines de disfrute o integración, sin que necesariamente implique un patrón regular de uso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023).

**Consumo habitual:** implica un uso recurrente y sistemático de la sustancia, que comienza a integrarse en la rutina del individuo y puede generar dependencia psicológica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023).

**Consumo problemático o dependiente** (añadir esto es clave): se caracteriza por la pérdida de control sobre el consumo, afectaciones significativas en la salud y deterioro en las áreas social, familiar y laboral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023).

### **Sustancias Lícitas e Ilícitas**

Una vez comprendido el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), es fundamental distinguir entre aquellas cuyo uso es permitido por la ley y aquellas que están prohibidas, de acuerdo con la normativa de cada país (**Maldonado, 2023**). Las SPA pueden ser de origen natural o sintético y tienen en común su capacidad de alterar el funcionamiento del sistema nervioso central, afectando la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento o el comportamiento. Esta alteración puede tener fines médicos, recreativos o abusivos, dependiendo del tipo de sustancia, el contexto de uso y la regulación legal vigente (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Desde esta perspectiva, las SPA se clasifican en dos grandes grupos:

**Sustancias lícitas o legales:** Incluyen productos como el alcohol, el tabaco, la cafeína y ciertos medicamentos psicotrópicos. Su consumo está permitido bajo condiciones específicas, como la mayoría de edad o la prescripción médica. Aunque están legalizadas, estas sustancias también pueden generar dependencia, afectar la salud física y mental y alterar el funcionamiento social y familiar de quien las consume (Babor et al., 2010).

**Sustancias ilícitas o ilegales:** Son aquellas cuya producción, distribución o consumo está penalizado o restringido, especialmente cuando se realiza sin prescripción médica. En el contexto colombiano, entre las sustancias más comunes se encuentran la marihuana, la cocaína, el bazuco, el “tussi” (cocaína rosada), las metanfetaminas y otras drogas sintéticas. Estas sustancias suelen estar asociadas a contextos de mayor riesgo, criminalización y deterioro acelerado del bienestar del consumidor (Babor et al., 2010).

Es importante resaltar que la legalidad de una sustancia no implica que su uso sea seguro o libre de consecuencias. Tanto las sustancias lícitas como ilícitas pueden generar daños significativos, dependiendo del patrón de consumo, la edad de inicio, el contexto social y la

vulnerabilidad individual (Becoña et al., 2007). Por esta razón, se hace necesario abordar el consumo de cualquier tipo de sustancia desde una perspectiva de salud pública integral y preventiva.

### **Depresión: Definición, Características y Modelo Cognitivo.**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo de origen multifactorial, que se manifiesta mediante un profundo malestar emocional y psicológico. Se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas, y una disminución en la capacidad de funcionamiento personal, social o académico. Según la OMS (2023), este trastorno afecta a más de 280 millones de personas en el mundo y representa una de las principales causas de discapacidad a nivel global.

Desde la perspectiva clínica, la depresión puede clasificarse en distintas formas, entre ellas el trastorno depresivo mayor, la distimia (trastorno depresivo persistente), el trastorno afectivo estacional o la depresión atípica. Sus causas pueden deberse a una combinación de factores biológicos (alteraciones neuroquímicas o genéticas), psicológicos (pensamientos negativos, baja autoestima, historial de trauma) y sociales (pobreza, aislamiento, violencia, consumo de sustancias (Becoña et al., 2007).

Además, estudios epidemiológicos como el de **Vázquez et al., (2023)**, han evidenciado la alta comorbilidad entre depresión y consumo de sustancias señalando que ambos trastornos tienden a presentarse de manera simultánea con una frecuencia significativa en diversas poblaciones. Esta relación se explica, en parte, por la interacción bidireccional entre ambas condiciones: por un lado, la presencia de sintomatología depresiva puede aumentar la vulnerabilidad al consumo de sustancias como una forma de afrontamiento disfuncional del malestar emocional; y por otro, el consumo prolongado de estas sustancias puede generar o agravar alteraciones en el estado de ánimo debido a sus efectos neuroquímicos sobre el sistema nervioso central. Asimismo, esta comorbilidad se asocia con un mayor deterioro en el funcionamiento personal, social y académico, así como con mayores dificultades en la adherencia a los tratamientos y un incremento en el riesgo de recaídas, lo que resalta la importancia de abordar de manera integral ambos fenómenos dentro de los procesos de intervención clínica (**Leva, 2022**).

En personas jóvenes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la sintomatología depresiva puede confundirse con otros cuadros clínicos o con

manifestaciones derivadas de la misma condición, lo que dificulta su detección temprana y un abordaje adecuado (Becoña et al., 2007).

Teóricamente, este estudio se sustenta en el modelo cognitivo de la depresión desarrollado por Beck et al. (1979), el cual plantea que los trastornos depresivos se originan y mantienen debido a patrones de pensamiento distorsionados. Este modelo sostiene que las personas con depresión tienden a interpretar la realidad a través de una "tríada cognitiva negativa": pensamientos automáticos disfuncionales sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Tales distorsiones afectan la forma en que se perciben los eventos y refuerzan emociones como la culpa, la desesperanza o la inutilidad, perpetuando el estado depresivo.

El enfoque cognitivo ha demostrado ser útil tanto para explicar los procesos implicados en la aparición de la depresión como para orientar estrategias terapéuticas efectivas, como la terapia cognitivo-conductual, que busca identificar y modificar dichos patrones de pensamiento (Becoña et al., 2007). Este modelo resulta especialmente pertinente en el contexto de rehabilitación por SPA, ya que permite abordar no solo el comportamiento adictivo, sino también las creencias disfuncionales que pueden interferir en el proceso de cambio.

### **Procesos de Rehabilitación por Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).**

Los procesos de rehabilitación dirigidos a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) son esenciales en el abordaje integral de esta problemática. Estos procesos buscan no solo la interrupción del consumo, sino también la recuperación emocional, la transformación de hábitos, y la reintegración social, familiar y laboral del individuo.

La rehabilitación comprende una combinación de estrategias médicas, psicológicas y comunitarias. Según organismos internacionales como la OMS (2023) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), el tratamiento de la adicción debe contemplar un enfoque multidimensional que fortalezca las capacidades físicas, emocionales y sociales de las personas afectadas. Del mismo modo, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2003) enfatiza la necesidad de vincular a las redes de apoyo familiar y comunitario, para aumentar las probabilidades de éxito terapéutico.

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2021) también resalta la importancia de integrar intervenciones centradas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, la educación en salud mental y la promoción de hábitos saludables, especialmente en jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Entre los modelos de intervención más utilizados se encuentra la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que permite trabajar directamente sobre los pensamientos, emociones y conductas asociadas al consumo. Asimismo, la Fundación Hacia una Nueva Vida implementa el modelo de comunidad terapéutica, en el cual se promueve la convivencia grupal, la autodisciplina y la intervención interdisciplinaria intensiva en un entorno residencial. Este modelo, según lo indicado por representantes de la institución, se desarrolla a través de etapas que incluyen el acceso inicial y contacto comunitario, la desintoxicación y estabilización, el tratamiento intensivo y la reintegración con prevención de recaídas (Fundación Hacia una Nueva Vida, comunicación personal, 22 de abril de 2025).

### **Marco Legal**

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y sus consecuencias emocionales, como los niveles depresivos, ha sido reconocida en Colombia como un asunto de salud pública y de derechos fundamentales. La Constitución Política (1991, art. 49) establece que la atención en salud es un derecho y una obligación del Estado, incluyendo las acciones de promoción y prevención frente al consumo de drogas. En este mismo sentido, la Ley 30 de 1986 reglamenta el control de estupefacientes y dispone medidas de prevención y rehabilitación. Posteriormente, la Ley 1566 de 2012 declaró el consumo de SPA como un problema de salud pública y ordenó garantizar atención integral a quienes lo presentan.

De manera complementaria, la Ley 1616 de 2013 reconoce la salud mental como un derecho fundamental y establece que las personas con trastornos derivados del consumo deben recibir atención, tratamiento y procesos de rehabilitación. Estas disposiciones se articulan con la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), que incorpora acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. En este marco normativo se sustentan procesos como los que se llevan a cabo en instituciones de rehabilitación, entre ellas la Fundación Hacia una Nueva Vida, que busca la recuperación integral de personas afectadas por el consumo de SPA.

Uno de los marcos normativos fundamentales es la Ley 1616 de 2013 promulgada por el Congreso de Colombia (2013), por la cual se expide la ley de salud mental en Colombia. Esta ley establece el Sistema Nacional de Salud Mental y garantiza la atención integral, oportuna y de calidad a las personas con trastornos mentales, incluyendo a quienes presentan consumo

problemático de sustancias psicoactivas. Además, promueve la rehabilitación y la inclusión social desde un enfoque comunitario, diferencial y de derechos.

Desde la perspectiva de salud pública, la Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, promueve la atención integral desde un enfoque comunitario, intercultural e intersectorial. Esta política reconoce que los trastornos mentales, como la depresión, requieren intervenciones prioritarias, especialmente cuando se presentan en conjunto con otras condiciones como el consumo de sustancias.

Asimismo, la Resolución 089 de 2019 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) establece el protocolo de atención para personas con consumo de SPA, definiendo rutas de acción diferenciadas y adaptadas a las necesidades clínicas de cada usuario. Este protocolo incluye procesos de desintoxicación, estabilización, intervención psicosocial y estrategias de reintegración social.

Finalmente, el Plan Nacional sobre Drogas 2023–2030 define las directrices actuales del Gobierno Nacional para enfrentar el consumo de SPA, priorizando la prevención, el tratamiento, la reducción del daño y la reintegración de las personas afectadas. Este plan articula acciones entre los sectores de salud, justicia, educación y protección social, en línea con los principios de la Ley 1566 de 2012 (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023).

### **Metodología**

#### ***Enfoque***

La presente investigación se enmarcó en el enfoque cuantitativo, ya que buscó recopilar y analizar datos numéricos que permitieron medir variables psicológicas específicas como los niveles de depresión y la motivación al cambio en una población definida. Este enfoque se caracteriza por el uso de instrumentos estandarizados y validados, que permiten una medición objetiva, fiable y replicable, así como el empleo de procedimientos estadísticos para establecer relaciones entre variables.

Según Hernández et al. (2014), el enfoque cuantitativo “se basa en la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p. 251). En este estudio, dicho enfoque resulta pertinente al pretender analizar la relación entre dos variables psicológicas mediante escalas

psicométricas con respaldo empírico, lo que permitirá obtener conclusiones fundamentadas en evidencia estadística.

### ***Método***

La presente investigación empleó el método empírico-analítico, el cual se fundamenta en la observación sistemática, la cuantificación objetiva de fenómenos y el análisis estadístico de los datos obtenidos. Este método parte de la experiencia y se orienta a la verificación empírica de hipótesis mediante la aplicación de instrumentos válidos y confiables, permitiendo establecer relaciones o diferencias entre variables previamente definidas (Hernández et al., 2014).

En este estudio, el método empírico-analítico permite identificar y analizar la posible relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes en proceso de rehabilitación. Para ello, se aplican dos instrumentos psicométricos estandarizados el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala URICA cuyas puntuaciones serán analizadas estadísticamente con el fin de comprobar o rechazar la hipótesis planteada.

Este método es característico del paradigma positivista, y se orienta a la búsqueda de regularidades mediante mediciones precisas, generalizables y repetibles. Según Hernández et al. (2014), el método empírico-analítico se basa en la recolección de datos observables y cuantificables que, al ser procesados estadísticamente, permiten explicar y predecir fenómenos en poblaciones concretas.

### ***Tipo de Estudio***

El presente estudio fue de tipo correlacional, ya que su objetivo principal es analizar la posible relación estadística entre dos variables psicológicas: la depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos en proceso de rehabilitación. Aunque se describen inicialmente los niveles de ambas variables en la población, esta descripción es parte del proceso habitual de análisis cuantitativo y no define el tipo de estudio. Lo que determina su carácter correlacional es la intención de examinar si existe una asociación significativa entre dichas variables. Como lo plantean Hernández et al. (2014), el diseño correlacional permite “conocer la asociación o relación entre dos o más variables en un contexto determinado” (p. 141), lo cual es coherente con los objetivos de esta investigación

### ***Diseño***

Se empleó un diseño transversal no experimental, ya que la información fue recolectada en un único momento en el tiempo, sin intervención o manipulación de las variables. El investigador

observa las variables tal como ocurren naturalmente, aplicando instrumentos previamente validados.

Este diseño es apropiado cuando se busca obtener una "fotografía" de la situación actual de la población respecto a variables específicas. Además, permite establecer relaciones entre variables sin necesidad de seguir a los participantes a lo largo del tiempo, lo cual se ajusta a la factibilidad del estudio.

Según Hernández et al. (2014), el diseño transversal "recoge datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado" (p. 153).

### ***Población y Muestra***

La población objeto de estudio estuvo conformada por jóvenes adultos mayores de edad en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas (SPA), atendidos en la Fundación Hacia una Nueva Vida, ubicada en el municipio de Yacuanquer, Nariño (Anexo A).

Actualmente, esta institución acoge a una población aproximada de 27 usuarios internos, de los cuales 18 son adultos y 9 son menores de edad. Para esta investigación, se seleccionó únicamente a los adultos jóvenes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, correspondientes al ser mayores de edad, asegurando así la pertinencia de los resultados frente a la población objetivo del estudio. La selección de esta población se justifica por el acceso controlado, la disponibilidad de registros institucionales y la viabilidad de aplicar instrumentos estandarizados bajo condiciones supervisadas dentro del programa de rehabilitación residencial.

Criterios de inclusión, Jóvenes legalmente inscritos en el proceso de rehabilitación, Mayores de edad, Que otorguen su consentimiento informado para participar (Anexo B), Usuarios que tengan un periodo de internación inicial de hasta 2 semanas,

Criterios de Exclusión, Jóvenes adultos que presenten diagnósticos psiquiátricos graves comórbidos (como esquizofrenia, trastorno bipolar en fase aguda u otros trastornos mentales severos), que puedan interferir en la comprensión o ejecución de los instrumentos aplicados. Este criterio fue verificado mediante la revisión de historias clínicas institucionales y valoraciones previas realizadas por el equipo profesional de psicología de la Fundación Hacia una Nueva Vida. Pacientes que no se encuentren en condiciones físicas o cognitivas de completar adecuadamente los instrumentos de evaluación.

**Tabla 1.****Matriz de operacionalización de variables**

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Descripción teórica</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Categorías o valores</b>
<b>Niveles depresivos</b>	Estado emocional negativo caracterizado por tristeza, desesperanza, anhedonia. (Beck)	Puntaje total obtenido en la Escala BDI-II.	Cuantitativa	Ordinal	Puntuación BDI-II	Dimensión afectiva (emocional), Dimensión cognitiva y dimensión somática o fisiológica.
<b>Motivación al cambio</b>	Es la motivación de un individuo a modificar una conducta problemática, y su ubicación en una etapa del proceso de cambio (pre contemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento).	Se mide mediante el puntaje obtenido en la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment), adaptada para Hispanoamérica.	Cuantitativa	Ordinal	Escala tipo Likert	Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento

*Nota.* La tabla presenta la definición operativa y características de las variables principales del estudio. Fuente: Autoría propia.

### *Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información*

Para la recolección de datos en esta investigación se emplearon técnicas e instrumentos cuantitativos estandarizados y validados, con el fin de obtener información confiable sobre las variables en estudio: los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas (SPA). La técnica utilizada fue la encuesta autoadministrada, aplicada en formato papel, la cual incluyó el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Versión (BDI-II) y la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment).

Es importante precisar que los datos sociodemográficos básicos de los participantes (nombre, sexo, edad y nivel educativo) fueron tomados de la hoja de registro del BDI-II, por lo cual no se aplicó una ficha sociodemográfica independiente. Esta información se utilizó únicamente para describir la muestra y contextualizar los resultados obtenidos.

**Inventario de Depresión de Beck – Segunda Versión (BDI-II):** es un instrumento de autoaplicación diseñado para evaluar la severidad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Está compuesto por 21 ítems que abordan dimensiones cognitivas, afectivas y somáticas de la depresión. Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 0 a 3, generando un puntaje total entre 0 y 63. La interpretación se clasifica en: mínimo (0–13), leve (14–19), moderado (20–28) y severo (29–63). Este instrumento presenta alta confiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a .89, y adecuada validez de constructo (Beck et al., 1996; Sanz et al., 2003). En el contexto de esta investigación, permitió obtener una medición cuantitativa del nivel depresivo de los participantes (Anexo C)

**Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment):** es un instrumento diseñado para evaluar la motivación al cambio conductual, basado en el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente. Consta de 32 ítems distribuidos en cuatro subescalas: precontemplación, contemplación, preparación y acción. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 5 a “totalmente de acuerdo”. La puntuación permite identificar la etapa de cambio predominante en el individuo. Diversos estudios han reportado adecuados índices de confiabilidad ( $\alpha \approx .85$ ) y validez de constructo en población clínica (Basurto, 2017; Tambling y Ketring, 2014). En esta investigación, la URICA permitió evaluar la disposición al cambio de los participantes en proceso de rehabilitación (Anexo D).

### *Plan de Análisis de Datos*

El presente plan de análisis de datos tuvo como finalidad orientar de forma estructurada y rigurosa el tratamiento de la información recolectada en el marco de la investigación. Para ello, se definieron cuatro fases fundamentales que permitieron asegurar la calidad, validez y confiabilidad de los datos, así como una interpretación adecuada de los resultados obtenidos.

La primera fase estuvo enfocada en la obtención de los permisos requeridos para llevar a cabo el proceso investigativo. En esta etapa, se realizó la gestión formal ante la asesora del trabajo de investigación y ante la Fundación Hacia una Nueva Vida, institución en la cual se desarrolló la recolección de datos. Para el desarrollo del estudio, se gestionaron los documentos éticos requeridos, incluyendo el consentimiento informado y la carta de aval institucional (Anexos A y B). Estos documentos garantizaron el cumplimiento de los principios éticos de la investigación y la protección de los derechos de los participantes.

En la segunda fase, se llevó a cabo la recolección de los datos empíricos. Este proceso se desarrolló únicamente con la participación voluntaria de los sujetos, quienes previamente firmaron el consentimiento informado (ver Anexo A), en el que se les explicó de manera clara el propósito del estudio, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento.

Posteriormente, se aplicaron dos instrumentos de evaluación: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), ampliamente utilizado para medir la sintomatología depresiva, y la Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment), diseñada para evaluar la motivación al cambio en conductas problemáticas. Ambos instrumentos fueron seleccionados por su validez psicométrica y su pertinencia en el contexto de la investigación.

Se recolectaron los puntajes individuales y totales de las escalas BDI-II y URICA, los cuales permitieron identificar los niveles de depresión y las etapas de motivación al cambio en los participantes. Estos datos constituyeron la base para el análisis estadístico posterior.

La tercera fase consistió en el vaciado, organización y procesamiento de los datos obtenidos. Esta etapa se llevó a cabo utilizando el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión XX), reconocido en las ciencias sociales por su capacidad para gestionar grandes volúmenes de información y generar análisis estadísticos precisos. En esta fase, la información recolectada mediante los instrumentos fue ingresada en el software, lo cual permitió la codificación adecuada de las variables, la estructuración de la base de datos y la preparación de los análisis posteriores. Como resultado, se consolidó una matriz de datos que reflejó tanto los

puntajes individuales como los totales en cada escala, garantizando un manejo confiable y ordenado de la información empírica.

La cuarta fase contempló el análisis de los datos previamente organizados. A través del uso de SPSS, se aplicaron los análisis estadísticos definidos según los objetivos del estudio. Inicialmente, se realizaron procedimientos descriptivos que permitieron caracterizar la muestra y observar la distribución de las variables principales. Posteriormente, se aplicaron pruebas de correlación no paramétricas (Spearman, Gamma y Tau-b de Kendall), seleccionadas por la naturaleza ordinal de los datos y el tamaño de la muestra. Esta fase permitió identificar relaciones entre los niveles de depresión y la motivación al cambio, así como interpretar de manera objetiva los hallazgos obtenidos. Los resultados de este proceso constituyeron la base para la discusión e interpretación teórica del estudio.

#### *Elementos Éticos y Bioéticos*

El presente estudio se desarrolló en estricto cumplimiento de los principios éticos y bioéticos establecidos por el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006), garantizando en todo momento el respeto por la dignidad, integridad y bienestar de los participantes.

Se tuvo especial cuidado en la aplicación del consentimiento informado, el cual fue entregado y explicado de manera individual a cada participante. Este documento incluyó información clara sobre el objetivo del estudio, la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de los datos, el uso exclusivo de la información con fines académicos y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Dado que la población participante estuvo compuesta por personas mayores de edad, los consentimientos fueron firmados únicamente por ellos.

La confidencialidad se garantizó mediante la asignación de códigos numéricos a cada formulario, evitando el uso de nombres propios u otros datos personales identificables. La información se almacenó en medios digitales con acceso restringido únicamente al equipo investigador.

El estudio no implicó intervención clínica ni manipulación experimental directa; sin embargo, se contempló el manejo ético de posibles hallazgos clínicamente relevantes. La aplicación de los instrumentos Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) se realizó en un ambiente seguro dentro de las

instalaciones de la Fundación Hacia una Nueva Vida, con acompañamiento de personal profesional.

Durante el proceso de evaluación, se identificó un caso con puntuación compatible con depresión en nivel severo. Ante esta situación, se activó la ruta institucional de atención, informando al equipo profesional de la fundación para su valoración clínica y seguimiento correspondiente, garantizando así la protección del participante.

Ambos instrumentos fueron utilizados exclusivamente con fines de evaluación psicológica en el marco de la investigación y cuentan con validez para población hispanohablante, donde la investigación contó con el aval institucional de la Fundación Hacia una Nueva Vida, entidad que autorizó el desarrollo del estudio dentro de sus instalaciones y facilitó el acceso a la población objetivo.

### **Presentación de Resultados**

El análisis de los datos recolectados en la presente investigación fue realizado mediante el uso del software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSSXXV), seleccionado por su accesibilidad, facilidad de uso y utilidad en el procesamiento de datos en estudios de enfoque cuantitativo. Este programa facilitó la organización, sistematización y análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment).

Tras la recolección de datos a una muestra de 20 participantes, se procedió a la creación de una base de datos en SPSS. Dicha base incluyó todos los ítems individuales correspondientes a cada instrumento: 21 ítems del BDI-II y 32 ítems de la Escala URICA. A cada respuesta se le asignó un valor numérico siguiendo las directrices establecidas en los manuales respectivos. Posteriormente, se construyeron dos variables globales: Total BDI y Total URICA, que permitieron calcular el puntaje total de cada participante en ambas escalas.

**La caracterización sociodemográfica de los participantes se realizó a partir de la información registrada en el encabezado del BDI-II, incluyendo variables como edad, sexo y nivel educativo. Estos datos se utilizaron para describir la muestra y contextualizar los resultados del estudio, así como para su comparación con investigaciones similares.**

En una segunda fase, se examinaron los niveles de depresión y las etapas de motivación al cambio. Los participantes fueron agrupados de acuerdo con las categorías definidas por los instrumentos: en el caso del BDI-II (mínima, leve, moderada y grave) y en el caso de la Escala

URICA (precontemplación, contemplación, preparación y acción). Este análisis permitió identificar patrones generales en las puntuaciones obtenidas y su distribución dentro del grupo.

Por último, para el análisis de la relación entre las variables, se emplearon pruebas de correlación no paramétricas, considerando la naturaleza ordinal de los datos y el tamaño de la muestra. Se utilizó el coeficiente de Spearman, así como los coeficientes Gamma y Tau-b de Kendall para el análisis de asociaciones en variables ordinales. La aplicación de estos tres indicadores permitió contrastar y robustecer los hallazgos, dado que, aunque todos analizan asociaciones ordinales, difieren en su enfoque:

Se emplearon los coeficientes de correlación de Spearman, Gamma y Tau-b de Kendall, seleccionados por su adecuación al análisis de variables ordinales y al tamaño reducido de la muestra.

En consecuencia, el uso combinado de estos coeficientes aportó mayor solidez a la interpretación, permitiendo identificar de manera más precisa la magnitud y dirección de las asociaciones entre depresión y motivación al cambio en la población estudiada.

En este estudio, la caracterización sociodemográfica de los participantes se obtuvo a partir de los datos incluidos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el cual recoge información básica como edad, sexo y nivel educativo. A continuación, en la Tabla 4 se presentan los resultados relacionados con la edad de los participantes, expresados en frecuencias absolutas y porcentajes. Estos datos permiten una descripción inicial de la muestra y constituyen la base para el análisis de las variables psicológicas en etapas posteriores de la investigación.

**Tabla 2.**

*Descripción porcentual de los participantes en la investigación según edad (N = 20)*

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
18	3	15,0
19	4	20,0
22	1	5,0
23	1	5,0
24	1	5,0
26	1	5,0
27	2	10,0

28	1	5,0
31	1	5,0
35	1	5,0
37	1	5,0
39	1	5,0
44	1	5,0
53	1	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Autoría propia

La Tabla 2 muestra la distribución de los participantes según la edad. El grupo de 19 años presenta la mayor frecuencia (n=4; 20,0 %), seguido por el de 18 años (n=3; 15,0 %). Las demás edades registran frecuencias individuales de un participante (5,0 %), con excepción de los 27 años, que presenta dos participantes (10,0 %), evidenciando una distribución dispersa en los rangos etarios.

**Tabla 3.**

*Medidas de tendencia central y dispersión de la edad de los participantes (N = 20)*

<b>Estadístico</b>	<b>Valor</b>
Mínimo	18
Máximo	53
Media (promedio)	26,15
Mediana	24
Moda	19
Desviación típica	9,46

Fuente: Autoría propia

La Tabla 3 muestra la distribución de los participantes según su edad, la cual oscila entre los 18 y los 53 años. Este rango refleja una muestra heterogénea, con presencia tanto de adultos jóvenes como de personas de mediana edad. La media aritmética fue de 26,15 años, lo que indica que, en promedio, los participantes se encuentran en la segunda década de vida adulta. Sin embargo, la mediana fue de 24 años, es decir, que el 50% de los participantes tiene 24 años o menos. El hecho de que la mediana sea inferior a la media sugiere una asimetría positiva, con

algunos valores altos (personas de mayor edad) que elevan el promedio general. La moda fue 19 años, lo que indica que esta fue la edad que más se repitió entre los participantes.

La desviación estándar fue de 9,46, lo cual representa una alta dispersión en las edades reportadas. Este valor indica que las edades de los participantes tienden a alejarse bastante del promedio, es decir, que no se agrupan en torno a una edad específica, sino que hay variabilidad significativa. Esta dispersión podría estar relacionada con las características del programa de rehabilitación, que atiende a personas en diferentes etapas del ciclo vital, desde jóvenes recién iniciando su adultez hasta adultos mayores que también requieren procesos de intervención. En resumen, esta tabla 3 permite observar que, aunque la mayoría de los participantes son jóvenes, existe una diversidad etaria importante.

**Tabla 4.**

*Descripción porcentual de los participantes en la investigación según nivel educativo (N = 20)*

Nivel educativo	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Primaria incompleta	3	15.0
Primaria completa	1	5.0
Secundaria incompleta	5	25.0
Secundaria completa	7	35.0
Técnico	1	5.0
Total	20	100.0

Fuente: Autoría propia

La Tabla 4 presenta la distribución de los participantes según su nivel educativo, considerando una muestra total de 20 personas, donde se evidencia que el 35,0% (n = 7) cuenta con secundaria completa, constituyéndose como el nivel educativo predominante, seguido de la secundaria incompleta con un 25,0% (n = 5), lo que indica que una parte significativa de los participantes no culminó este nivel; asimismo, el 15,0% (n = 3) presenta primaria incompleta, mientras que el 5,0% (n = 1) corresponde a primaria completa, reflejando una menor proporción de participantes con educación básica finalizada, y finalmente, el 5,0% (n = 1) posee formación técnica, siendo este el grupo menos representado dentro de la muestra, lo cual permite concluir que la mayor concentración de participantes se sitúa en niveles educativos de secundaria.

**Tabla 5.***Medidas de tendencia central y dispersión del nivel educativo de los participantes (N = 20)*

<b>Estadístico</b>	<b>Valor</b>
Mínimo	1
Máximo	10
Media (promedio)	6,8
Mediana	6,5
Moda	9
Desviación típica	2,57

Fuente: Autoría propia

La Tabla 5 presenta la distribución del nivel educativo de los participantes, codificado como variable ordinal. El valor mínimo corresponde a primaria incompleta (1) y el máximo a formación técnica (10). La moda fue 9 (bachillerato completo), siendo el nivel más frecuente. La media fue de 6,8 y la mediana de 6,5, mientras que la desviación estándar fue de 2,57, lo que indica una variabilidad moderada en los niveles educativos de la muestra.

**Tabla 6.***Medidas de tendencia central y dispersión del Inventario de Depresión de Beck-II-(N = 20)*

<b>Estadístico</b>	<b>Valor</b>
Mínimo	0
Máximo	45
Media (promedio)	15,10
Mediana	14
Moda	6,00 <sup>1</sup>
Desviación típica	10,04

Fuente: Autoría propia

La tabla 6 describe los resultados obtenidos por los 20 participantes en la escala de depresión de Beck (BDI-II), instrumento que mide la presencia e intensidad de síntomas depresivos en adultos. La media aritmética, es decir, el promedio general de los puntajes obtenidos, fue de 15,10 puntos, lo que sugiere que, en conjunto, los participantes se ubican dentro del nivel

leve de depresión, según los puntos de corte establecidos por la escala. Este valor sirve como una referencia global del estado emocional de la muestra, pero por sí solo no refleja toda la distribución de los datos. La mediana, que indica el valor central en la distribución (es decir, el punto que divide al grupo en dos mitades iguales), fue de 14 puntos. Esto significa que el 50% de los participantes obtuvo un puntaje igual o inferior a ese valor. Que la mediana sea inferior a la media indica una asimetría positiva leve en la distribución: hay personas con puntajes bastante elevados que aumentan el promedio general, pero que no representan a la mayoría del grupo.

La moda, que representa el valor más frecuente entre las respuestas, fue de 6 puntos, lo cual indica que varios participantes reportaron síntomas depresivos mínimos. Esto puede interpretarse como una señal de que una parte considerable del grupo muestra un bajo nivel de sintomatología, a pesar de que haya algunos casos más graves. En cuanto a la desviación estándar, se obtuvo un valor de 10,04, lo que señala una dispersión significativa de los datos. Esto quiere decir que los puntajes individuales de los participantes están bastante separados entre sí, es decir, no están agrupados en torno a una sola tendencia, sino que hay personas con niveles muy bajos de depresión y otras con niveles mucho más altos. Esta dispersión puede reflejar las diferencias individuales en la experiencia emocional de los usuarios, posiblemente relacionadas con la etapa del tratamiento en la que se encuentren o con factores personales previos al ingreso a rehabilitación.

**Tabla 7.**

*Participantes según niveles de depresión en el Inventario de Depresión de Beck-II (N = 20)*

<b>Nivel de depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Mínima	10	50.0
Leve	4	20.0
Moderada	5	25.0
Grave	1	5.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Autoría propia

La Tabla 7 describe que los resultados indican que la mitad de los participantes (50%) presenta un nivel de depresión mínima, lo que sugiere que no manifiestan síntomas significativos de afectación emocional en el momento de la evaluación, posiblemente por una adecuada

adaptación al proceso de rehabilitación. Un 20% se ubica en el nivel leve, lo cual refleja molestias emocionales ocasionales que, aunque no interfieren gravemente con su funcionamiento cotidiano, deben ser acompañadas en el tratamiento. Sin embargo, un 25% de los participantes muestra depresión moderada y un 5% depresión grave, lo cual representa un 30% de la muestra, lo cual deben ser acompañados mediante un seguimiento psicológico continuo y de ser necesario ser remitidos a una valoración especializada, con el fin de garantizar una atención integral acorde con el nivel de afectación emocional identificado.

**Tabla 8.**

*Medidas descriptivas de la Escala URICA (N = 20)*

<b>Estadístico</b>	<b>Valor</b>
Mínimo	66
Máximo	160
Media (promedio)	118,6
Mediana	119,5
Moda	116,0
Desviación típica	16,97

Fuente: Autoría propia

La Tabla 8 muestra los resultados obtenidos en la escala URICA, donde se observa que los puntajes totales de los participantes se encuentran entre 66 y 160 puntos. Este rango amplio indica que dentro del grupo evaluado existen diferentes niveles de motivación al cambio, lo que sugiere que los jóvenes no se encuentran en una misma etapa del proceso de rehabilitación. Esto permite comprender que cada participante enfrenta el cambio de manera distinta, según su disposición personal.

La media fue de 118,6, lo cual indica que, en general, los participantes presentan un nivel moderadamente alto de motivación al cambio. Esto sugiere que la mayoría de los jóvenes muestra una actitud favorable para avanzar en su proceso de rehabilitación. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, ya que no todos los participantes presentan el mismo nivel de motivación, como se evidencia en la variabilidad de los puntajes.

La mediana fue de 119,5, un valor muy cercano a la media, lo que indica que los puntajes se distribuyen de forma relativamente equilibrada. Por su parte, la moda fue de 116, siendo el puntaje

que más se repite en el grupo. La cercanía entre estos valores permite afirmar que existe una tendencia general hacia niveles medios-altos de motivación al cambio, aun cuando se presentan diferencias individuales dentro de la muestra.

No obstante, la desviación estándar de 16,97 muestra que hay una dispersión importante en los resultados, lo que significa que algunos participantes se encuentran muy por debajo o muy por encima del promedio. Por ejemplo, un participante obtuvo un puntaje de 66, lo que podría indicar una etapa inicial del proceso de cambio, como la precontemplación, donde la motivación es baja. En contraste, otro participante alcanzó un puntaje de 160, lo que sugiere un alto compromiso con el cambio y una mayor implicación en su proceso de rehabilitación.

**Tabla 9.**

*Distribución por etapa de cambio (URICA, N = 20)*

<b>Etapa URICA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Precontemplación	1	5.0
Contemplación	5	25.0
Preparación	6	30.0
Acción	8	40.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Autoría propia

La Tabla 9 muestra los resultados que la mayoría de los participantes (40%) se encuentran en la etapa de acción, lo que indica que estos jóvenes han comenzado a realizar cambios concretos en su comportamiento y están comprometidos activamente con su proceso de rehabilitación. Esta es una fase avanzada dentro del modelo de cambio, y su presencia mayoritaria sugiere una disposición favorable para sostener los logros terapéuticos. El segundo grupo más numeroso (30%) se ubica en la etapa de preparación, lo que refleja una intención clara de actuar en el corto plazo. Estos participantes probablemente ya han tomado decisiones importantes y se encuentran planificando estrategias para modificar su conducta. Un 25% se encuentra en la fase de contemplación, etapa caracterizada por la ambivalencia.

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes, independientemente de su edad, reconocen la existencia de un problema y se encuentran en disposición de actuar frente a él, aunque algunos todavía presentan dudas o temores que pueden interferir en su compromiso con el

proceso de cambio. En particular, un 5% se ubica en la etapa de precontemplación, lo que indica que la negación o falta de conciencia del problema es mínima dentro del grupo evaluado; no obstante, este caso requiere de estrategias motivacionales focalizadas que fortalezcan la percepción del riesgo y la necesidad de transformación personal.

**Tabla 10.**

*Depresión y etapas de cambio (BDI-II y URICA, N = 20)*

Nivel de depresión	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Total
Mínima	0	3	3	4	10
Leve	0	0	1	3	4
Moderada	0	1	2	2	5
Grave	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>20</b>

Fuente: Autoría propia

En la Tabla 10, que cruza los niveles de depresión con las etapas del cambio de la escala URICA, se evidenció que la mayor parte de los participantes con depresión mínima o leve se ubican en fases más avanzadas del proceso (preparación y acción). Sin embargo, los casos con depresión moderada adquieren especial relevancia: este grupo no es mayoritario, pero representa un sector de la muestra que aún experimenta un malestar emocional significativo a pesar de encontrarse en etapas de cambio intermedias o avanzadas. En la etapa de acción, por ejemplo, aunque predomina la depresión mínima, también se observa que algunos participantes conservan síntomas moderados, lo que sugiere que el avance conductual hacia el cambio no siempre se traduce de manera inmediata en una mejoría del estado afectivo.

Este hallazgo resulta clínicamente importante, pues indica que, aun en contextos de alta motivación, pueden persistir síntomas depresivos que demandan un acompañamiento psicológico diferenciado. En la etapa de contemplación ocurre algo similar: se presenta una mezcla de casos con depresión mínima y moderada, lo que refleja que en esta fase los usuarios reconocen el problema, pero todavía enfrentan barreras emocionales que dificultan su tránsito hacia un compromiso pleno con el cambio. Por su parte, el único caso con depresión grave se localiza en precontemplación, lo cual concuerda con la teoría del cambio, ya que quienes no reconocen la necesidad de modificar su conducta suelen mostrar mayor resistencia y afectación emocional.

En síntesis, los resultados sugieren una tendencia general a que, conforme los participantes avanzan en el proceso de cambio, disminuye la intensidad de los síntomas depresivos; no obstante, la persistencia de casos con depresión moderada en etapas como contemplación y acción evidencia que el malestar psicológico no se resuelve automáticamente con la motivación al cambio, y que requiere estrategias terapéuticas complementarias. Los porcentajes fueron calculados tomando como referencia el total de participantes dentro de cada etapa del cambio, con el fin de observar cómo se distribuyen los niveles de depresión dentro de cada una.

**Tabla 11.**

*Correlación de Spearman BDI-II-URICA (N = 20)*

		Correlaciones		
			Total BDI	Total URICA
Rho de Spearman	Total BDI	Coefficiente de correlación	1,000	,113
		Sig. (bilateral)	.	,635
		N	20	20
	Total URICA	Coefficiente de correlación	,113	1,000
		Sig. (bilateral)	,635	.
		N	20	20

Fuente: Autoría propia

Tal como se observa en la Tabla 11, se examinó la relación entre los niveles de depresión (medidos con la escala BDI-II) y la disposición al cambio (medida con la escala URICA) mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Esta prueba no paramétrica fue seleccionada debido a que los datos no cumplían con los supuestos de normalidad y porque ambas variables provienen de escalas que pueden considerarse ordinales. El análisis arrojó un coeficiente rho de Spearman de 0,113, con un valor de significancia bilateral (p) de 0,635.

Este resultado indica una relación positiva muy débil entre las variables: es decir, existe una leve tendencia a que, a mayores niveles de depresión, se observe también un ligero aumento en la disposición al cambio. Sin embargo, esta relación es estadísticamente no significativa, ya que el valor de p es mucho mayor que el umbral común de 0,05. Es importante aclarar que, aunque el

coeficiente no es cero (por lo tanto, no se puede afirmar que no hay relación), sí se trata de una asociación muy baja e insignificante en términos estadísticos.

En esta muestra específica de 20 participantes, los niveles de depresión no están claramente vinculados con la motivación al cambio de forma directa o lineal. Este hallazgo es relevante porque invita a considerar que otros factores contextuales, como el tiempo en la institución, el acompañamiento terapéutico o las redes de apoyo, podrían estar influyendo en la disposición al cambio más allá de los síntomas depresivos.

**Tabla 12.**

*Asociación ordinal BDI-II-URICA (N = 20)*

		Medidas simétricas			
		Valo r	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de	-,162	,209	-,771	,441
	Kendall				
	Gamma	-,172	,222	-,771	,441
N de casos válidos		20			

Fuente: Autoría propia

Tal como se presenta en la Tabla 12, se exploró la relación entre los niveles de depresión (evaluados con el BDI-II) y las etapas de cambio (medidas a través de la escala URICA) mediante dos pruebas de asociación para variables ordinales: el coeficiente Gamma y el Tau-b de Kendall. Estas medidas resultan adecuadas cuando las variables analizadas se expresan en categorías ordenadas y no cumplen con los supuestos de normalidad, ya que permiten valorar la dirección y la intensidad de la asociación sin exigir linealidad estricta en los datos.

Los resultados obtenidos muestran un coeficiente Gamma de -0,172 y un Tau-b de Kendall de -0,162. En ambos casos, la magnitud del valor refleja una asociación negativa muy débil entre las variables, lo que sugiere que existe una ligera tendencia a que los participantes que avanzan hacia etapas más comprometidas del cambio (preparación y acción) presenten niveles más bajos de depresión en comparación con aquellos que permanecen en etapas iniciales (precontemplación y contemplación). Aunque la fuerza de esta relación es reducida, el signo negativo de los coeficientes se alinea con lo que se esperaría desde el modelo teórico: a medida que los individuos

reconocen la necesidad de modificar su conducta y se implican en el proceso de cambio, los síntomas depresivos tienden a disminuir.

Sin embargo, los valores de significancia bilateral ( $p = 0,441$  en ambos coeficientes) se encuentran muy por encima del umbral convencional de  $0,05$ , lo cual indica que la relación observada no es estadísticamente significativa. En otras palabras, si bien los resultados sugieren una dirección coherente con la teoría del cambio, no puede afirmarse con certeza que este patrón se mantenga más allá de esta muestra específica de 20 participantes.

En relación con las hipótesis planteadas, los resultados obtenidos permiten establecer que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar una relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en la muestra estudiada. En la correlación de Spearman se obtuvo un valor de  $p = 0,635$ , mientras que en las pruebas de asociación ordinal (Gamma y Tau-b de Kendall) el valor de  $p$  fue de  $0,441$ , ambos superiores al nivel de significancia de  $0,05$ .

En consecuencia, no se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ), la cual plantea que no existe relación significativa entre las variables, y se rechaza la hipótesis de trabajo ( $H_1$ ), que proponía una relación inversa significativa entre los niveles de depresión y la disposición al cambio. Si bien algunos coeficientes mostraron una tendencia débil en la dirección esperada por el modelo teórico, la ausencia de significancia estadística impide generalizar estos hallazgos, sugiriendo que la relación entre estas variables puede estar influida por otros factores no considerados en el presente estudio.

### Discusión

En la presente investigación, uno de los primeros aspectos considerados fueron las características sociodemográficas de los participantes, evaluadas a través de la información incluida en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), donde en particular, se tomaron en cuenta la edad, el sexo y la escolaridad, variables que permiten contextualizar los resultados y comprender mejor la situación de la población objeto de estudio. Tal como señala la literatura en intervención psicológica en adicciones, la descripción de estas características no solo cumplió un papel introductorio, sino que resulta indispensable para interpretar de manera adecuada los niveles de sintomatología depresiva y su relación con los procesos de rehabilitación (Herrera, 2024).

En lo referente a la edad, los resultados evidenciaron que la muestra estuvo conformada por participantes adultos jóvenes y de mediana edad, con un rango comprendido entre los 18 y los 53 años, siendo la media de 26,15 años, lo cual refleja que la mayor parte de los usuarios en proceso de rehabilitación se concentra en la etapa de adultez temprana, una fase caracterizada por la

consolidación de proyectos de vida y la búsqueda de autonomía personal, pero también por la exposición a factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas (Guzmán et al., 2022), ya que la literatura científica ha señalado que, aunque tradicionalmente la vulnerabilidad se ha asociado con la adolescencia tardía, también los adultos jóvenes presentan riesgos significativos frente al consumo de SPA, especialmente cuando existen antecedentes de consumo problemático o contextos sociales de alta presión.

Asimismo, al revisar la distribución de frecuencias en la presente investigación, se observa que el grupo con mayor representación corresponde a los participantes de 19 años (20 %), edad que se encuentra dentro del rango general de la población participante (18 a 53 años), y a quienes reportaron haber culminado el bachillerato (35 %); por ende, esto indica que la mayoría de los usuarios se ubica en etapas de transición entre la educación media y la inserción laboral o profesional, ya que estos datos son coherentes con estudios en programas residenciales similares, que han mostrado que los pacientes en rehabilitación suelen encontrarse principalmente entre los 20 y los 35 años (Leva, 2022), rango que coincide con el perfil encontrado en este trabajo.

Lo anterior resulta coherente con investigaciones realizadas en América Latina, donde se ha reportado que el inicio temprano del consumo, particularmente antes de los 18 años, suele asociarse con una mayor probabilidad de dependencia en la adultez joven (Universidad Nacional de Loja, 2019), y en el caso de la presente investigación, aunque no se evaluó directamente la edad de inicio, se encontró que la muestra estuvo conformada en promedio por participantes de 26,15 años, lo que sitúa a la población en una etapa de adultez temprana, **Este hallazgo resulta relevante, ya que sugiere que los participantes se encuentran en una etapa del ciclo vital en la que las consecuencias del consumo sostenido pueden hacerse más evidentes, lo que podría favorecer la búsqueda de procesos de rehabilitación y la adherencia a programas de intervención.**

En cuanto al sexo, se trabajó con la totalidad de los usuarios vinculados a la Fundación Hacia una Nueva Vida durante el periodo de aplicación de los instrumentos, todos ellos hombres, donde desde el diseño metodológico del estudio ya se había establecido que la población a analizar estaría conformada únicamente por participantes de sexo masculino, en coherencia con la composición institucional de la comunidad terapéutica, que en el momento del estudio atendía exclusivamente a varones. Por ende, este aspecto delimita el alcance de los resultados, ya que no fue posible realizar comparaciones por género; sin embargo, permite caracterizar con mayor precisión a este grupo específico de jóvenes en proceso de rehabilitación, donde este patrón

coincide con los datos nacionales, donde se ha documentado que los varones representan la mayoría de los usuarios que ingresan a programas de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, particularmente alcohol, marihuana y cocaína (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023).

Por lo tanto, el presente estudio aporta información relevante sobre un perfil poblacional que concentra gran parte de la demanda asistencial en rehabilitación, permitiendo comprender mejor cómo se manifiestan los niveles de depresión y la motivación al cambio dentro de un contexto predominantemente masculino. En el presente estudio, la población estuvo conformada únicamente por hombres, lo cual no implica que el consumo se presente mayoritariamente en este grupo, sino que responde a las políticas institucionales de la Fundación Hacia una Nueva Vida, que actualmente solo admite población masculina en sus procesos de rehabilitación. Esta condición institucional define los límites de interpretación de los hallazgos, ya que los resultados no pueden generalizarse a población femenina. No obstante, al compararse con investigaciones nacionales e internacionales, se observa que los hombres suelen presentar mayor prevalencia en el consumo de sustancias y mayores riesgos asociados, como la reincidencia o el consumo de múltiples sustancias de forma simultánea (Universidad Nacional de Loja, 2019).

Respecto al nivel educativo, los datos revelaron trayectorias escolares diversas, con un predominio de participantes que habían finalizado el bachillerato (35%), seguido de quienes alcanzaron básica secundaria (15 %). Asimismo, se identificaron casos de escolaridad incompleta, incluyendo primaria y grados intermedios como sexto, séptimo, noveno y décimo, donde dichos resultados permitieron observar que, aunque una parte significativa de la muestra logró culminar la educación media, existe también un porcentaje relevante de jóvenes con rezago o abandono escolar. Por ende, estos resultados coinciden con investigaciones como las de Martínez (2020) o Fuentes (2024), quienes han señalado la asociación entre el bajo nivel educativo y una mayor vulnerabilidad al consumo de SPA. En este sentido, la interrupción temprana de la escolaridad puede relacionarse tanto con el inicio precoz del consumo como con la falta de redes de apoyo que favorezcan la permanencia en el sistema educativo.

El papel de la educación como factor protector ha sido ampliamente documentado en la literatura, dado que estudios revisados en contextos de rehabilitación señalan que los programas que incluyen procesos de alfabetización o reintegración escolar muestran mejores resultados en la prevención de recaídas. En la misma línea, investigaciones revisadas por Redondo y Graña (2015)

subrayan que la escolaridad no solo influye en las oportunidades laborales posteriores, sino también en el desarrollo de habilidades cognitivas y socioemocionales que permiten afrontar de manera más efectiva los factores de riesgo asociados al consumo. De esta manera, el hallazgo de trayectorias educativas interrumpidas en parte de la muestra refuerza la necesidad de considerar la dimensión académica dentro de los programas de rehabilitación, articulando estrategias que promuevan la continuidad o finalización de estudios.

En este orden de ideas, el análisis de la edad, sexo y escolaridad de los participantes permite contextualizar los hallazgos en depresión y motivación al cambio dentro de un marco sociodemográfico coherente con la literatura existente. La presencia exclusiva de hombres jóvenes con trayectorias educativas incompletas coincide con lo reportado en investigaciones nacionales como la de Maldonado (2023), quien encontró que estudiantes varones de secundaria presentaban mayores niveles de depresión asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana; y en estudios en programas residenciales, donde se evidenció que la mayoría de los usuarios en rehabilitación se ubican en edades entre los 20 y 35 años y con trayectorias académicas interrumpidas (Leva, 2022). En este sentido, estos factores no solo describen las características de los participantes, sino que también permiten comprender los resultados del tratamiento, al influir en la forma en que experimentan la depresión y en su disposición para iniciar y mantener cambios conductuales.

En relación con el primer objetivo específico del estudio, orientado a identificar los niveles de depresión en los participantes mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), los resultados evidenciaron que la mayoría se ubicó en rangos bajos de sintomatología depresiva. En particular, el 50 % presentó depresión mínima, el 20 % depresión leve, el 25 % depresión moderada y solo un 5 % alcanzó un nivel grave. Estos hallazgos indican que, aunque una proporción relevante de los jóvenes manifiesta indicadores clínicamente significativos de depresión, la tendencia predominante en el grupo es hacia niveles reducidos o leves.

Estos resultados pueden comprenderse al considerar el contexto de la población estudiada, conformada por jóvenes en proceso de rehabilitación residencial, quienes en muchos casos llevan entre tres y seis meses en el programa. Este periodo coincide con lo reportado en investigaciones sobre comunidades terapéuticas (Leva, 2022).

Asimismo, estudios como los de Maldonado (2023) y Fuentes (2024) han señalado que el consumo de sustancias psicoactivas puede influir en los síntomas depresivos, ya que en algunos casos genera sensaciones momentáneas de bienestar que disminuyen la percepción de malestar

emocional. En este sentido, los bajos niveles de depresión encontrados podrían estar relacionados tanto con estos efectos como con el acompañamiento terapéutico constante en los programas residenciales.

El resultado de un solo caso con depresión grave también merece particular atención. En términos clínicos, este tipo de hallazgos, aunque poco representativo a nivel estadístico, son significativos en la medida en que reflejan la heterogeneidad de las trayectorias individuales, y de acuerdo con datos epidemiológicos, los jóvenes que presentan sintomatología depresiva severa suelen mostrar mayor riesgo de recaída y dificultades en la adherencia al tratamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023); además, estudios desarrollados en contextos de rehabilitación señalan que la comorbilidad entre depresión grave y consumo de sustancias constituye uno de los principales desafíos en los procesos terapéuticos, al asociarse con mayor deserción y menor eficacia de las intervenciones (Leva, 2022; Maldonado, 2023).

Desde una perspectiva comparativa, los resultados de este estudio son coherentes con lo reportado en otras investigaciones en contextos latinoamericanos. Estudios como los de Rubio et al. (2022) y Rojas et al. (2025) señalan que la mayoría de los jóvenes en rehabilitación presenta niveles mínimos o leves de depresión, mientras que los casos graves son minoritarios. Este paralelismo sugiere que, aunque la población en programas residenciales ha experimentado consecuencias del consumo, la intervención terapéutica puede contribuir a contener la gravedad de los síntomas depresivos.

Al analizar los datos con mayor detalle, es posible interpretar que la prevalencia de depresión mínima y leve (70 % de la población) responde a un fenómeno dual. Por un lado, coincide con estudios que afirman que el consumo de sustancias psicoactivas puede actuar inicialmente como un modulador emocional, enmascarando la sintomatología depresiva. Por otro lado, estudios como el de Leva (2022), o el de Maldonado (2023), quienes refleja el papel protector de los entornos terapéuticos estructurados, los cuales brindan contención emocional, actividades ocupacionales y acompañamiento profesional que favorecen la disminución de los síntomas depresivos durante el proceso de abstinencia inicial (Redondo y Graña, 2015).

En relación con los hallazgos sobre depresión, cabe resaltar que un 30 % de los participantes presentó niveles moderados o graves, situación que ya se señaló previamente y que refuerza la necesidad de mantener una vigilancia clínica constante en los procesos de rehabilitación. Este aspecto ha sido destacado también por la Organización Mundial de la Salud

(OMS, 2023), al señalar que la depresión constituye uno de los principales factores de riesgo vinculados tanto con el inicio como con la perpetuación del consumo de sustancias. De este modo, su identificación temprana y un tratamiento adecuado son elementos fundamentales no solo para prevenir recaídas, sino también para favorecer el éxito terapéutico.

En conclusión, los resultados del BDI-II en esta investigación evidenciaron que, aunque la mayoría de los participantes presentó niveles mínimos o leves de depresión, existe un porcentaje significativo (30 %) con sintomatología moderada y grave que requiere una atención clínica diferenciada. Este hallazgo se alinea con lo planteado por Becoña et al. (2007), quienes destacan que en los procesos de tratamiento de adicciones es frecuente la presencia de comorbilidades psicológicas, especialmente síntomas depresivos, los cuales pueden incidir en la adherencia y en la evolución del tratamiento. De igual manera, estudios como el de Contreras et al. (2012) evidencian que el consumo de sustancias se encuentra estrechamente vinculado a variables psicosociales y emocionales, entre ellas la depresión, lo que incrementa la vulnerabilidad de los individuos y complejiza los procesos de intervención. En este sentido, los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de implementar abordajes integrales que no solo atiendan el consumo, sino también los factores emocionales asociados.

Asimismo, investigaciones en contextos locales, como la de Castillo y Terán (2024), muestran que los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas presentan trayectorias marcadas por condiciones sociales y educativas que influyen en su bienestar emocional, lo cual coincide con la presencia de sintomatología depresiva en parte de la muestra analizada. Por tanto, la identificación de estos niveles de depresión no solo permite caracterizar a la población, sino también orientar estrategias terapéuticas diferenciadas dentro de los programas de rehabilitación.

En relación con la motivación al cambio, evaluada mediante la Escala URICA, los resultados mostraron que la mayoría de los participantes se ubicaron en las etapas avanzadas del modelo transteórico: preparación (30 %) y acción (40 %), mientras que un 25 % se encontraba en contemplación y solo un 5 % en precontemplación. Este patrón es coherente con el modelo transteórico del cambio, ampliamente descrito por Cabrera (2000), quien señala que los individuos avanzan progresivamente desde la negación del problema hasta la adopción activa de conductas orientadas al cambio. En este proceso, la etapa de acción representa un nivel alto de compromiso, donde el sujeto implementa estrategias concretas para modificar su comportamiento.

En este contexto, el hallazgo de que el 70 % de los participantes se encuentra en preparación o acción sugiere un nivel elevado de disposición al cambio, lo cual puede estar asociado a las características del entorno terapéutico. Según Becoña et al. (2007), los programas de tratamiento estructurados favorecen el fortalecimiento de la motivación mediante el acompañamiento profesional, la regulación de hábitos y el apoyo grupal. De manera complementaria, Campo et al. (2019) destacan que los factores psicosociales, como el entorno social y las redes de apoyo, influyen significativamente en las conductas relacionadas con el consumo, lo que permite comprender cómo el contexto institucional puede potenciar la adherencia al tratamiento. Por ende, estos hallazgos evidencian que, aunque existe una proporción de participantes con sintomatología depresiva relevante, la mayoría presenta una disposición favorable al cambio, lo cual constituye un factor protector dentro del proceso de rehabilitación. Esto resalta la importancia de mantener intervenciones integrales que articulen el abordaje emocional, motivacional y social, con el fin de fortalecer la efectividad de los programas terapéuticos dirigidos a población con consumo de sustancias psicoactivas.

A lo que, los resultados coinciden con lo señalado por González (2015), quien reportó que los usuarios en procesos de rehabilitación residencial tienden a avanzar hacia las fases de preparación y acción gracias al acompañamiento terapéutico intensivo y a la presión social positiva ejercida por el grupo. De manera similar, estudios realizados en contextos de tratamiento residencial han documentado que la permanencia en un entorno estructurado durante los primeros meses constituye un factor determinante para consolidar la disposición al cambio, incluso en personas con antecedentes de recaídas previas (Leva, 2022). Estos hallazgos, en conjunto, respaldan la tendencia observada en la presente investigación, donde la mayoría de los participantes se ubicó en etapas de preparación y acción.

No obstante, el hallazgo de un 5 % en precontemplación es igualmente significativo. Aunque se trata de una minoría, este grupo representa un desafío clínico, dado que los individuos en esta fase tienden a minimizar los riesgos del consumo o a negar la necesidad de un cambio. La literatura ha señalado que las personas en precontemplación requieren estrategias motivacionales específicas, como la entrevista motivacional, que les permita aumentar la conciencia de problema y generar disposición para transitar a etapas más avanzadas (Miller y Rollnick, 2015). En este sentido, la identificación temprana de estos casos es esencial para evitar la deserción del tratamiento.

En relación con el segundo objetivo específico del estudio, orientado a analizar la motivación al cambio en jóvenes adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas mediante la Escala URICA, los resultados evidencian una disposición global al cambio moderadamente alta en la muestra evaluada.

En este sentido, los puntajes obtenidos en la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) oscilaron entre 66 y 160, lo que refleja una notable heterogeneidad en los niveles de motivación al cambio entre los participantes. Este hallazgo es consistente con lo reportado en la literatura, donde se reconoce que los procesos de cambio en personas con consumo de sustancias están influenciados por múltiples factores psicosociales que generan variabilidad en la disposición individual (Contreras et al., 2012). De acuerdo con estos autores, las condiciones sociales, emocionales y conductuales influyen significativamente en la forma en que los individuos asumen y enfrentan el cambio, lo que permite comprender la diversidad de perfiles motivacionales observados en este estudio.

Asimismo, investigaciones en contextos de rehabilitación han señalado que la motivación al cambio no sigue una trayectoria lineal, sino que se configura como un proceso dinámico y fluctuante. Desde el modelo transteórico del comportamiento, se plantea que los individuos transitan por distintas etapas que pueden no ser secuenciales, dependiendo de variables contextuales y personales (Cabrera, 2000). En coherencia con lo anterior, factores como el tiempo de permanencia en el tratamiento, el apoyo familiar y las experiencias previas de consumo inciden directamente en la progresión dentro de las etapas del cambio, lo cual también ha sido documentado en estudios recientes (Fuentes, 2024).

De manera comparativa, los resultados del presente estudio muestran que, incluso en un período relativamente corto de rehabilitación (entre tres y seis meses), los participantes alcanzaron niveles significativos de motivación al cambio. Este hallazgo coincide con lo planteado por Becoña et al. (2007), quienes destacan que los programas estructurados de intervención en adicciones, especialmente en modalidad residencial, favorecen el fortalecimiento de la motivación a través del acompañamiento terapéutico, la estructuración de rutinas y el apoyo grupal. De igual forma, investigaciones en contextos locales evidencian que los procesos de intervención social y educativa contribuyen al desarrollo de mayor compromiso con el cambio en jóvenes consumidores (Castillo & Terán, 2024).

En este contexto, la predominancia de participantes en las etapas de preparación y acción indica un nivel elevado de compromiso con el proceso terapéutico. Esto sugiere que la mayoría de los individuos no solo reconoce la problemática asociada al consumo, sino que también se encuentra implementando acciones concretas orientadas al cambio. Este proceso es coherente con lo descrito por el modelo transteórico, en el cual la motivación evoluciona desde la ambivalencia hacia la acción sostenida (Cabrera, 2000; Becoña et al., 2007).

No obstante, es importante considerar que el cambio conductual no es definitivo ni estable en todos los casos. Estudios han demostrado que factores psicosociales pueden influir en la continuidad del proceso de cambio, generando posibles recaídas o retrocesos (Campo et al., 2019). Además, la evidencia sobre la coexistencia entre trastornos por consumo de sustancias y sintomatología depresiva sugiere que estos factores pueden interferir en la motivación y en la adherencia al tratamiento (Fernández et al., 2026; Vázquez-Salas et al., 2023). Por ello, se hace necesario implementar estrategias integrales que incluyan seguimiento continuo, fortalecimiento de redes de apoyo y prevención de recaídas, con el fin de consolidar los avances logrados y favorecer la estabilidad del cambio en el largo plazo.

En relación con el tercer objetivo específico del estudio, orientado a analizar la relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, los resultados obtenidos evidencian la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre estas variables. Aunque a primera vista podría interpretarse como una falta de relación directa, diversos factores metodológicos y contextuales permiten comprender la baja magnitud de las correlaciones encontradas. El tamaño reducido de la muestra ( $N = 20$ ) limita la potencia estadística de los análisis y disminuye la probabilidad de identificar asociaciones significativas. Además, los participantes se encontraban en una fase inicial del tratamiento, con permanencia entre tres y seis meses, caracterizada por inestabilidad emocional y motivacional, tal como lo señala Leva (2022), lo que genera variabilidad en los resultados y dificulta la identificación de relaciones consistentes.

Diversos estudios internacionales muestran que la relación entre depresión y motivación al cambio no es lineal ni proporcional. Maldonado (2023) evidenció en estudiantes de nivel secundario que la depresión puede coexistir con conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, sin que se afecte automáticamente la disposición al cambio. De manera similar, Herrera (2024) documenta que en contextos clínicos, la motivación al cambio depende no solo del estado

emocional sino también del entorno terapéutico y del acompañamiento recibido, lo que coincide con la estructura de los programas residenciales evaluados en la presente investigación. Estos hallazgos refuerzan la idea de que la motivación puede mantenerse a pesar de la presencia de síntomas depresivos.

Por ejemplo, estudios como el de Fuentes (2024) en Colombia resalta que niveles depresivos no atendidos pueden obstaculizar la motivación al cambio, incrementando el riesgo de recaídas; sin embargo, la intervención estructurada, el acompañamiento terapéutico y la evaluación periódica de variables psicológicas fomentan la adherencia y promueven la motivación, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio y evidencia la relevancia de incluir evaluaciones conjuntas de depresión y motivación al cambio utilizando herramientas como el BDI-II y la escala URICA. Soto (2021) destaca que síntomas depresivos en jóvenes no inhiben necesariamente la motivación para modificar conductas de riesgo y, en ciertos casos, pueden favorecer la conciencia del problema y la búsqueda de ayuda, ya que este planteamiento se refleja en nuestro estudio, donde la mayoría de los participantes se ubicó en etapas de preparación y acción dentro del proceso de cambio, a pesar de la presencia de sintomatología depresiva.

Maldonado (2023) también señala que la coexistencia entre depresión y consumo de sustancias puede estimular procesos reflexivos que impulsan la modificación conductual cuando existe un acompañamiento adecuado. De manera complementaria, antecedentes nacionales como Sánchez y Torres (2023) muestran que la salud mental y el soporte social son determinantes críticos para la rehabilitación, mientras que Medina y Rubio (2012) evidencian que el inicio temprano del consumo y el policonsumo aumentan la vulnerabilidad emocional, lo cual subraya la necesidad de un abordaje integral en estos contextos.

La motivación al cambio es multifactorial y no puede explicarse únicamente a partir de la presencia o ausencia de síntomas depresivos. Martínez (2020) plantea que factores como historia de consumo, experiencias previas de tratamiento, apoyo familiar y expectativas de futuro desempeñan un papel determinante. Es así que, este planteamiento se alinea con los hallazgos de Campo et al. (2019) y Guzmán et al. (2022), quienes evidencian que variables psicosociales y percepción de apoyo influyen significativamente en la disposición al cambio en jóvenes consumidores de sustancias.

En cuanto a los antecedentes locales, Escobar (2024) destaca que evaluar el bienestar psicológico y la conciencia corporal permite diseñar estrategias efectivas de intervención que

fortalecen la motivación de los adolescentes en rehabilitación. Castillo y Terán (2024) muestran que actividades educativas, talleres reflexivos y encuentros con exconsumidores contribuyen a mantener la motivación, aun cuando persistan síntomas depresivos; por ende, estos hallazgos locales respaldan la interpretación de los resultados actuales, donde los participantes mostraron disposición favorable al cambio dentro de un entorno terapéutico estructurado.

Herrera (2024) documenta que los entornos residenciales organizados, con supervisión constante y participación en actividades terapéuticas, facilitan la adopción de conductas orientadas a la abstinencia, ya que este aspecto es coherente con la observación de que la motivación puede desarrollarse durante el proceso terapéutico, y no constituye necesariamente un requisito previo, lo que explica por qué los participantes se encontraban en etapas avanzadas del cambio a pesar de la depresión y antecedentes de consumo problemático.

Desde una perspectiva más amplia, Hernández et al. (2023) proponen que la salud mental y la motivación al cambio se encuentran mediadas por factores sociales, culturales y estructurales, y lo cual permitirá comprender que la motivación no depende únicamente del estado emocional individual, sino que se ve influida por políticas de rehabilitación, modelos institucionales y soporte social, reforzando la interpretación de los resultados en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Por lo tanto, la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre depresión y motivación al cambio no debe interpretarse como irrelevancia clínica, y por el contrario, refleja la complejidad multifactorial de los procesos de rehabilitación, donde la motivación puede mantenerse o desarrollarse aun en presencia de sintomatología depresiva, siempre que exista un entorno estructurado, estrategias educativas sostenidas y soporte psicosocial, tal como lo evidencian los antecedentes internacionales, nacionales y locales revisados.

### Conclusiones

El presente estudio permitió analizar la relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Hacia una Nueva Vida, en Yacuanquer, Nariño. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presentaron niveles de depresión mínima a leve, mientras que la motivación se ubicó principalmente en las etapas avanzadas del modelo transteórico, especialmente en preparación y acción. Aunque los análisis correlacionales no evidenciaron una asociación significativa entre ambas variables, los hallazgos aportan información

relevante sobre la interacción entre factores emocionales y motivacionales en contextos de tratamiento residencial. En particular, se evidencia que la presencia de síntomas depresivos no limita necesariamente el avance motivacional, el cual puede sostenerse a partir del apoyo institucional, la estructura del programa y las dinámicas grupales propias del entorno terapéutico. De esta manera, se observa que los componentes emocionales (como el estado de ánimo y la autopercepción) y los motivacionales (como la disposición al cambio y la autoeficacia) se influyen mutuamente dentro del proceso de rehabilitación, configurando un equilibrio que favorece la participación activa en el tratamiento a pesar del malestar psicológico.

Desde una perspectiva psicológica, los hallazgos reafirman la relevancia del acompañamiento clínico continuo y del desarrollo de habilidades socioemocionales dentro de los programas de rehabilitación. La identificación de síntomas depresivos leves y moderados se constituye en un aspecto clínicamente significativo, en coherencia con los lineamientos de la Guía clínica de intervención psicológica del Ministerio de Salud y Protección Social (2013). En este sentido, el rol del psicólogo en el contexto de comunidad terapéutica se comprende no solo desde la evaluación, sino también desde la promoción del bienestar emocional, la psicoeducación y el fortalecimiento de la autoeficacia, elementos que se evidencian como factores protectores frente a la deserción del tratamiento.

En relación con la depresión, medida a través del Inventario de Beck-II, se evidenció una distribución caracterizada por el predominio de niveles mínimos y leves, con una menor proporción de casos moderados y graves. Este patrón sugiere que la sintomatología depresiva, aunque presente, no constituye un rasgo predominante en la población participante del estudio. No obstante, la identificación de casos con depresión moderada o grave resulta clínicamente relevante, dado que la literatura señala que estos niveles se asocian con mayor riesgo de recaída y dificultades en la adherencia al tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En cuanto a la motivación al cambio, evaluada mediante la escala URICA, los resultados indicaron que la mayoría de los jóvenes se encontraba en las etapas de preparación y acción. Este hallazgo refleja un nivel favorable de compromiso con el proceso de rehabilitación y con la implementación de cambios conductuales. La presencia de motivación en etapas avanzadas se configura como un recurso clínico relevante, en tanto se asocia con mayor probabilidad de adherencia y permanencia en el programa terapéutico.

No obstante, el reducido grupo de participantes ubicado en la etapa de precontemplación (equivalente al 5 % del total evaluado) representa un aspecto clínicamente significativo, dado que los jóvenes en esta fase suelen presentar negación o minimización del problema de consumo. La literatura describe que en estos casos la ambivalencia frente al cambio es un elemento central del proceso terapéutico, y que estrategias como la entrevista motivacional han mostrado efectividad para favorecer el tránsito hacia etapas más avanzadas del modelo transteórico (Miller y Rollnick, 2015; Prochaska y DiClemente, 1983).

Asimismo, los resultados del estudio evidenciaron que la estructura y la disciplina propias del modelo de comunidad terapéutica se asocian con una motivación sostenida en la mayoría de los participantes. Este hallazgo es consistente con lo planteado por Leva (2022) y Redondo y Graña (2015), quienes señalan que los entornos residenciales estructurados, al promover rutinas estables, actividades ocupacionales y convivencia grupal, favorecen el compromiso terapéutico y disminuyen el riesgo de recaída.

En el caso de la Fundación Hacia una Nueva Vida, estos resultados se reflejaron en el alto porcentaje de participantes ubicados en las etapas de preparación y acción de la escala URICA, lo cual sugiere que la organización diaria y la participación comunitaria actúan como factores protectores que sostienen la motivación incluso en presencia de sintomatología depresiva.

De igual manera, los resultados evidencian la relevancia de los procesos académicos y formativos dentro de la institución, en tanto la presencia de trayectorias educativas interrumpidas en una parte significativa de los jóvenes se asocia con mayores niveles de vulnerabilidad frente al consumo problemático de sustancias y con dificultades en los procesos de reinserción social (Martínez, 2020). En este sentido, la inclusión de componentes educativos dentro del abordaje terapéutico se configura como un elemento clínicamente relevante, al favorecer la estructuración de proyectos de vida, el fortalecimiento de habilidades adaptativas y la consolidación del cambio conductual durante y después del proceso de rehabilitación.

Desde la Psicología Clínica y de la Salud, los hallazgos permiten concluir que la integración de componentes psicoeducativos y vocacionales dentro del tratamiento constituye un elemento central para un abordaje verdaderamente integral, ya que no solo favorece la reducción de la sintomatología, sino que también fortalece recursos personales y contextuales asociados a la recuperación sostenida. En este sentido, las estrategias psicoeducativas facilitan la comprensión del problema, incrementan la conciencia sobre los factores que influyen en la conducta y

promueven el desarrollo de habilidades de autorregulación y afrontamiento, lo que contribuye a mejorar la adherencia terapéutica y la percepción de autoeficacia; por su parte, los componentes vocacionales favorecen la construcción de metas significativas, el fortalecimiento del sentido de competencia personal y la consolidación de roles sociales adaptativos, aspectos estrechamente vinculados con la autonomía y la funcionalidad psicosocial.

El presente estudio se inscribe en la Psicología Clínica al centrarse en el análisis de variables individuales y relacionales que inciden en los procesos de motivación al cambio y adherencia terapéutica, reconociendo la influencia del contexto institucional como un factor que modula la experiencia clínica del proceso de rehabilitación. En este marco, el modelo de comunidad terapéutica se comprende como un dispositivo clínico que facilita procesos de autorregulación, convivencia estructurada y resignificación de las conductas asociadas al consumo.

Adicionalmente, los resultados ponen de manifiesto la relevancia de considerar un abordaje clínico con enfoque diferencial de género, dado que el consumo de sustancias también se presenta en mujeres jóvenes, quienes enfrentan barreras específicas relacionadas con el estigma social y las responsabilidades de cuidado. Esta realidad incide directamente en el acceso, la permanencia y la efectividad de los procesos terapéuticos, lo cual evidencia la necesidad de respuestas clínicas sensibles a las particularidades de esta población dentro del abordaje integral de la salud mental.

En Colombia, no existe un sistema de salud mental independiente; los programas de atención, rehabilitación y promoción del bienestar psicosocial se desarrollan dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en coherencia con la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (MINSALUD, 2014). Estas políticas reconocen la salud mental como un derecho fundamental y promueven estrategias de atención integral centradas en la inclusión social y la rehabilitación psicosocial.

En este marco, los hallazgos de este estudio se articulan con los lineamientos de dichas políticas, al evidenciar que la estructura, la disciplina y la organización institucional propias del modelo de comunidad terapéutica se asocian con una motivación sostenida y con la disminución del riesgo de recaída (Leva, 2022; Redondo y Graña, 2015). Asimismo, la coherencia entre las comunidades terapéuticas y las políticas de salud mental se reconoce como un elemento relevante para la continuidad de los procesos de atención.

Finalmente, al comparar el proceso de atención observado en la Fundación Hacia una Nueva Vida con los lineamientos establecidos en las políticas nacionales de salud mental y en las guías de atención psicológica, se evidencia que el modelo comunitario implementado se ajusta a los principios de integralidad, continuidad y participación activa del usuario propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013).

En términos de integralidad, la Fundación desarrolla un abordaje que combina intervenciones clínicas, psicológicas, sociales y ocupacionales, permitiendo una atención del individuo en sus dimensiones emocional, conductual, familiar y comunitaria. La continuidad del proceso terapéutico se refleja en el acompañamiento permanente brindado por el equipo interdisciplinario, el cual realiza seguimiento constante al progreso de cada participante durante su permanencia institucional.

Por su parte, la participación activa del usuario se evidencia a través de la asignación de responsabilidades, la toma de decisiones compartidas y la implicación en actividades grupales que favorecen la autonomía y la corresponsabilidad. Estos elementos son coherentes con las Guías de Atención Psicológica del Ministerio de Salud (2013), las cuales resaltan la importancia de empoderar al usuario dentro de su propio proceso de cambio.

No obstante, los resultados del estudio también evidencian la relevancia de los procesos de seguimiento postratamiento y de la vinculación familiar, los cuales, de acuerdo con las guías nacionales, se asocian con el mantenimiento de los logros terapéuticos y la prevención de recaídas. Asimismo, se observa que la presencia de mecanismos de acompañamiento posteriores al proceso residencial y la participación de la familia en espacios de reintegración supervisados por profesionales de la salud mental influyen de manera significativa en la continuidad del cambio terapéutico y en la estabilidad del proceso de rehabilitación.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual planteada por Beck (2000), los síntomas depresivos se asocian con pensamientos negativos sobre el yo, el entorno y el futuro, los cuales pueden interferir en la disposición al cambio. Sin embargo, los hallazgos de este estudio sugieren que, en entornos residenciales estructurados, la intervención terapéutica intensiva contribuye a la modificación de dichos esquemas cognitivos, favoreciendo la percepción de autoeficacia y control personal.

El presente estudio presenta la limitación del tamaño reducido de la muestra (N = 20) limita la potencia estadística de los análisis y disminuye la posibilidad de detectar relaciones

significativas entre las variables, así como la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o contextos; también la limitación de que la muestra estuvo conformada exclusivamente por hombres, debido a las características de la institución donde se desarrolló la investigación, lo cual impide realizar comparaciones por género y restringe la extrapolación de los resultados a población femenina en procesos de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, el diseño transversal del estudio no permite establecer relaciones causales ni analizar la evolución de los niveles de depresión y la motivación al cambio a lo largo del tiempo, especialmente considerando que los participantes se encontraban en una fase inicial del tratamiento (entre tres y seis meses), en la cual los procesos emocionales y motivacionales suelen ser inestables y susceptibles a variaciones. Asimismo, la naturaleza multifactorial de la motivación al cambio representa una limitación teórica, ya que esta variable no depende exclusivamente del estado emocional, sino también de factores contextuales como el apoyo social, la historia de consumo, las experiencias previas de tratamiento y las condiciones institucionales, lo que dificulta explicar su relación únicamente a partir de la sintomatología depresiva (Martínez, 2020).

Por otra parte, el contexto institucional de tipo residencial, si bien favorece la estructuración de rutinas y el acompañamiento terapéutico, puede influir en los niveles de motivación reportados por los participantes, generando posibles sesgos asociados al entorno controlado. De igual manera, las condiciones del sistema de salud mental en Colombia, caracterizado por limitaciones en cobertura, continuidad del cuidado y articulación interinstitucional, pueden incidir en la sostenibilidad de los procesos de rehabilitación, especialmente en poblaciones jóvenes expuestas a factores de vulnerabilidad social.

### **Recomendaciones**

Estas recomendaciones se organizan en dos ejes principales: aquellas dirigidas al ámbito clínico e institucional, y aquellas orientadas al campo investigativo.

En primer lugar, se sugiere consolidar protocolos de evaluación y seguimiento psicológico continuo, orientados a monitorear la evolución de los síntomas depresivos y el nivel de motivación al cambio durante todo el proceso terapéutico. Este acercamiento clínico debe fundamentarse en un enfoque cognitivo-conductual y de corte integrativo, centrado en la observación sistemática de los indicadores emocionales, cognitivos y conductuales del usuario. Desde la psicología clínica, esta perspectiva permite identificar no solo la presencia de sintomatología depresiva, sino también

las creencias disfuncionales, los patrones de pensamiento negativos y las respuestas de afrontamiento que pueden interferir con la adherencia al tratamiento (Beck, 2011).

Aunque la mayoría de los jóvenes evaluados presentó niveles mínimos o leves de depresión, se identificaron también casos en rangos moderados y graves, los cuales demandan un acercamiento clínico diferencial, basado en intervenciones de apoyo emocional, activación conductual y fortalecimiento de la autoeficacia. Estas estrategias, sustentadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional, contribuyen a mantener el compromiso del usuario con su proceso de cambio, a la vez que reducen los riesgos de recaída o abandono del tratamiento (Miller y Rollnick, 2015).

Desde la psicología, el fortalecimiento del abordaje clínico implica comprender la rehabilitación no solo como un proceso de abstinencia, sino como un proceso de reconstrucción personal, en el cual la intervención psicológica cumple una función orientada a evaluar, contener, motivar y acompañar emocionalmente al individuo. En este sentido, se recomienda mantener la presencia de profesionales en psicología clínica con formación en enfoques contemporáneos de las adicciones, como la Terapia Cognitivo-Conductual, la Entrevista Motivacional, el Modelo Transteórico del Cambio y la Prevención de Recaídas, en articulación con el enfoque biopsicosocial y las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social (2013).

Asimismo, se recomienda fortalecer las estrategias motivacionales en el contexto institucional, especialmente en los casos ubicados en etapas iniciales del cambio, como la precontemplación, debido a la posible negación del problema y baja adherencia al tratamiento. Para ello, se sugiere la implementación de técnicas de Entrevista Motivacional, como la exploración de la ambivalencia, la escucha reflexiva y el refuerzo de la autoeficacia, junto con estrategias de psicoeducación, análisis de consecuencias y establecimiento progresivo de metas, con el fin de favorecer el avance hacia etapas más comprometidas del cambio.

Estas estrategias deberían implementarse dentro de los espacios clínicos y grupales de la comunidad terapéutica, en momentos como las entrevistas psicológicas individuales, los talleres de psicoeducación y las reuniones de reflexión grupal, donde los usuarios pueden explorar sus ambivalencias frente al cambio. En este sentido, el uso de herramientas como la entrevista motivacional basada en el acompañamiento empático, la exploración de discrepancias y el fortalecimiento de la autoeficacia, combinada con intervenciones psicoeducativas sobre los efectos del consumo y los beneficios del cambio, puede incrementar la conciencia del problema y facilitar

el tránsito hacia etapas más avanzadas de disposición al cambio (Miller y Rollnick, 2015; Prochaska y DiClemente, 1983).

Se recomienda fortalecer el abordaje clínico integral en los programas de rehabilitación residencial mediante la implementación de evaluaciones periódicas de la sintomatología depresiva y del nivel de motivación al cambio, así como la incorporación de intervenciones específicas para el manejo de la depresión. Esto implica consolidar el acompañamiento terapéutico continuo, reforzar estrategias de regulación emocional y mantener una estructura institucional organizada que favorezca la adherencia al tratamiento, la estabilidad psicológica y la prevención de recaídas.

Asimismo, se sugiere integrar de manera sistemática estrategias psicoeducativas como componente transversal del proceso terapéutico, orientadas al reconocimiento de síntomas, el fortalecimiento de la autoeficacia y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. De forma complementaria, se recomienda promover estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la motivación al cambio y de la sintomatología depresiva en el mediano y largo plazo, con el fin de fortalecer la evidencia empírica en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud.

Desde la psicología clínica, este tipo de acercamiento no solo promueve la motivación intrínseca, sino que también fortalece la alianza terapéutica entre el profesional y el usuario, elemento clave para sostener la participación activa durante la rehabilitación. Además, contextualizar las estrategias motivacionales dentro de la rutina institucional permite articularlas con otras áreas del programa, como la terapia ocupacional y la convivencia comunitaria, generando un impacto integral en el proceso de cambio conductual.

Los resultados también evidenciaron que la estructura y la disciplina propias del modelo de comunidad terapéutica han favorecido una motivación sostenida en la mayoría de los participantes. Por lo tanto, se recomienda mantener y reforzar la organización de rutinas diarias, las actividades ocupacionales y la convivencia grupal, ya que estos factores se constituyen en elementos protectores frente a la recaída y la deserción, al favorecer la estructuración del tiempo, el sentido de responsabilidad y el fortalecimiento de vínculos sociales positivos (Redondo y Graña, 2015; Leva, 2022; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Además, se sugiere diversificar las actividades académicas y formativas dentro de la institución, articulando procesos de alfabetización, reintegración escolar y capacitación para el trabajo. Este aspecto cobra relevancia al considerar que una parte significativa de la muestra

presentó trayectorias educativas interrumpidas, situación que incrementa la vulnerabilidad frente al consumo problemático y dificulta la reinserción social.

En relación con las políticas institucionales, sería valioso explorar alternativas para ampliar la cobertura hacia población femenina o, en su defecto, generar alianzas estratégicas con programas que atiendan a mujeres. Si bien la Fundación Hacia una Nueva Vida ha establecido como política interna trabajar exclusivamente con hombres, los datos epidemiológicos nacionales evidencian que el consumo problemático de sustancias también afecta a mujeres jóvenes, quienes suelen tener menor acceso a programas residenciales debido al estigma social y a las responsabilidades de cuidado. Atender esta realidad contribuiría a construir respuestas más inclusivas y equitativas.

Desde una perspectiva de salud pública, los hallazgos de este estudio refuerzan la necesidad de fortalecer los programas residenciales intensivos como una estrategia eficaz para sostener la motivación al cambio en jóvenes consumidores de sustancias. En este marco, se recomienda a las autoridades gubernamentales y a las entidades territoriales de salud garantizar apoyo financiero y técnico a las comunidades terapéuticas, asegurando condiciones óptimas de infraestructura, personal especializado y continuidad en los procesos. Igualmente, se plantea la importancia de articular estos programas con acciones de prevención comunitaria, sensibilización familiar y disminución del estigma social, de manera que la rehabilitación sea asumida como un proceso integral que involucra tanto al individuo como a su entorno inmediato.

Se recomienda a la Fundación y otras instituciones con modelos similares fortalezcan un enfoque integral de atención, que combine la intervención clínica, el acompañamiento psicosocial, la reinserción académica y la formación en habilidades para la vida. Este tipo de estrategias no solo potencian la motivación de los jóvenes, sino que también favorecen una reintegración social sostenible y una reducción efectiva del riesgo de recaídas.

De manera complementaria a las recomendaciones clínicas e institucionales, resulta fundamental fortalecer el componente investigativo, con el fin de profundizar en la comprensión de los procesos de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, se recomienda el desarrollo de estudios con diseños longitudinales que permitan analizar la evolución de los niveles de depresión y la motivación al cambio a lo largo de las distintas fases del tratamiento, considerando que los resultados del presente estudio corresponden a un momento específico del proceso terapéutico. Este tipo de abordaje permitiría identificar patrones de cambio,

momentos críticos de recaída y factores asociados a la permanencia o abandono del tratamiento, superando las limitaciones propias de los diseños transversales.

Asimismo, se considera pertinente ampliar el análisis mediante la inclusión de variables psicosociales y contextuales adicionales, tales como las estrategias de afrontamiento, la calidad de la red de apoyo familiar, las condiciones socioeconómicas, las experiencias previas de tratamiento y los procesos de reintegración educativa y laboral. La incorporación de estas variables permitiría comprender de manera más integral la motivación al cambio, reconociendo su carácter multifactorial y su interacción con condiciones individuales y ambientales, tal como se evidenció en la discusión de los resultados del presente estudio.

De igual manera, se sugiere el desarrollo de estudios comparativos entre diferentes modalidades de intervención, como programas residenciales y ambulatorios, con el propósito de identificar la efectividad diferencial de cada enfoque según el perfil del usuario, el tipo de sustancia consumida y el contexto sociocultural. Este tipo de investigaciones contribuiría a optimizar la toma de decisiones en el diseño de programas terapéuticos y en la asignación de recursos dentro del sistema de salud.

Por otra parte, resulta relevante profundizar en el análisis de las trayectorias postratamiento, mediante estudios de seguimiento a mediano y largo plazo que evalúen los procesos de reintegración social, educativa y laboral, así como la sostenibilidad de los cambios alcanzados durante la rehabilitación. Este enfoque permitiría identificar factores protectores frente a la recaída y evaluar el impacto real de los programas terapéuticos más allá del egreso institucional.

### Referencias

- Arcela, L. (2024). Estadios de cambio y estrategias de afrontamiento en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de la región Tumbes, 2023. [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio Untumbes: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/server/api/core/bitstreams/20a0d7d4-9078-4b5f-9fb>
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Obot, I., y Strang, J. (2010). La política de drogas y el bien público. Organización Panamericana de la Salud: [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052010-Politica\\_Drogas\\_Bien\\_Publico.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052010-Politica_Drogas_Bien_Publico.pdf)
- Barlow, D. (2014). Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (5a ed.). The Guilford Press
- Basurto, J. (2017). Propiedades psicométricas de la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA en adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima sur. [Trabajo de grado, Universidad Autónoma del Perú] Repositorio autónoma: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/412>

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II) [Database record]. APA PsycTests.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M., . . . Gradolí, V. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
- Campo, A., Oviedo, H., y Herazo, E. (2019). Consumo de alcohol y factores psicosociales asociados en estudiantes universitarios. Universidad de la Costa.
- Castillo, J., y Terán, M. (2024). Explorando la educación social con los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas del barrio Exporcol, Tumaco. [Trabajo de grado, Universidad de Nariño] Repositorio Udenar: <https://sapiens.udenar.edu.co:5078/#/repositorio>
- Contreras, C., Molina, M., y Cano, A. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24(1), 31-38. <https://doi.org/10.20882/adicciones.115>
- Davis, L., Uezato, A., Newell, J., y Frazier, E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 21(1), 14-18. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f32408>
- de Gasca, C. (2023). ESTUDIOS INCORPORADOS A LA (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO). <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/09f03ef1-5a05-4f23-8788-598cb3b76ff3/content>
- DiClemente, C., y Hughes, S. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse*, 2(2), 217-235. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(05)80057-4)
- Escobar, M. (2024). Bienestar psicológico, conciencia corporal y corporeidad en adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. [Trabajo de grado,

- Universidad de Nariño] Repositorio Udenar:  
<https://sapiens.udenar.edu.co:5078/#/repositorio>
- Fernández, C. O. B. (2025). Psicoterapia y complejidad. Letrame Grupo Editorial. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3xdVEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=La+presente+investigaci%C3%B3n+se+enmarca+en+la+l%C3%ADnea+de+Psicolog%C3%ADa+Cl%C3%ADnica+y+de+la+Salud+del+programa+de+Psicolog%C3%ADa+de+la+I.U.+CESMAG,+la+cual,+tomando+como+referente+la+teor%C3%ADa+de+la+complejidad+de+Mor%C3%ADn&ots=aVmv65I3hF&sig=3nK\\_qF6ZHDckZzteV6nOxCHLAe4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3xdVEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=La+presente+investigaci%C3%B3n+se+enmarca+en+la+l%C3%ADnea+de+Psicolog%C3%ADa+Cl%C3%ADnica+y+de+la+Salud+del+programa+de+Psicolog%C3%ADa+de+la+I.U.+CESMAG,+la+cual,+tomando+como+referente+la+teor%C3%ADa+de+la+complejidad+de+Mor%C3%ADn&ots=aVmv65I3hF&sig=3nK_qF6ZHDckZzteV6nOxCHLAe4#v=onepage&q&f=false)
- Fernández, M. M., González, V. M., Álvarez, M. C. R., Silva, S. S., Correa, C. S., Montoya, J. J. V., ... & Bernal, D. R. (2026). Trastorno depresivo mayor y trastorno por uso de sustancias. Prevalencia y factores asociados a la patología dual en población general. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745025000770>
- Fuentes, S. (2024). Revisión sistemática de literatura sobre los factores determinantes en el tratamiento de adicciones. [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia] Repositorio UCC: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/3a0047fa-833e-42d0-a3a3-477789769f39/content>
- García, L., Piqueras, J. A., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *Revista CES Psicología*, 1(1), 70–93. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/64>
- González, P. (2015). Evaluación clínica de la personalidad del drogodependiente a través del MMPI-2. [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. Repositorio USAL: [https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/128336/DPETP\\_Gonz%C3%A1lezRomero\\_P\\_Evaluaci%C3%B3ncl%C3%ADnica.pdf](https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/128336/DPETP_Gonz%C3%A1lezRomero_P_Evaluaci%C3%B3ncl%C3%ADnica.pdf)
- Guenzel, N., y McChargue, D. (2023). Addiction Relapse Prevention. *StatPearls*. <https://europepmc.org/article/MED/31855344/NBK430685>
- Guzmán, F., Bracamontes, K., Ibarra, O., y Candia, J. (2022). Intenciones del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes del noroeste de México. *RIDEC*, 15(2), 9-17. <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/ridec-2022-volumen-15->

numero-2/originales-1-intenciones-del-consumo-de-alcohol-tabaco-y-marihuana-en-adolescentes-del-noroeste-de-mexico

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación (6a ed.). McGrawHill Education.

Hernández-Holguín, D. M., López, B. E. A., y Martínez-Hernández, Á. (2023). Salud mental colectiva: una revisión del concepto en la literatura académica de Brasil, Colombia y España. *Saúde e Sociedade*, 32, e210693es.<https://www.scielo.org/article/sausoc/2023.v32n3/e210693es/>

Herrera, C. (2024). Manual de intervención para adolescentes con problemas de consumo de drogas de Nueva Loja. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/61b6947e-6010-419d-8d8b-8808fc04f6e8/content>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2021). ABC: Consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Dirección de Niñez. [https://www.icbf.gov.co/system/files/abc\\_consumo\\_de\\_sustancias psicoactivas spa.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/abc_consumo_de_sustancias psicoactivas spa.pdf)

Jaramillo, T. B. Distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento como herramientas de post-diagnóstico e intervención en trastornos ansiosos. *Psicoterapia Integrativa*, 92. <https://www.icpsi.cl/wp-content/uploads/2025/01/ACPI-2024.pdf#page=92>

Kazdin, A. (2017). *Research Design in Clinical Psychology*. Pearson.

Leva, C. (2022). Depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra. [Trabajo de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio UNFV: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5862>

Ley 1098 de 2006. (2006, 8 de noviembre). Congreso de Colombia. Diario Oficial No. 46.446: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

Ley 1566 de 2012. (2012, 31 de julio). Congreso de Colombia. Diario Oficial No. 48.508: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4867>

Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Congreso de Colombia. Diario Oficial No. 48.680: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1616\\_2013.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html)

Lozano Sanjuan, M. P. (2023). Eficacia de la entrevista motivacional para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con trastorno mental grave (Doctoral dissertation).

<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/28816/Tesis312988.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Maldonado, G. (2023). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en educandos del nivel secundario de una institución educativa pública, Pucallpa 2022. [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio UCV: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/116360>
- Martínez, J. (2020). El reto de la psicoterapia de los trastornos de la personalidad drogodependientes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(2), 1-19. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343631>
- Medina, Ó., y Rubio, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 550-561. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a07.pdf>
- Miller, W. (2017). Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. [https://web.vocespara.info/comparte/2017\\_vcs/Drogodependencias\\_y\\_adicciones/Mejorando\\_la\\_motivacion\\_para\\_el\\_cambio\\_en\\_el\\_tratamiento\\_de\\_abuso\\_de\\_sustancias.pdf](https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/Mejorando_la_motivacion_para_el_cambio_en_el_tratamiento_de_abuso_de_sustancias.pdf)
- Miller, W., y Rollnick, S. (2015). La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar (3a ed.). Ediciones Paidós.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2023). Plan Nacional sobre Drogas 2023–2030. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Paginas/Politica-Nacional-Drogas-2023-2033.aspx>
- Ministerio de Justicia y Derecho. (2019). Estudio Nacional de Consumo de SPA. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Eje 1. Herramientas para hacer prevención y mitigación. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/cartilla-participante-prevencion-mitigacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Consumo de drogas es un tema de salud mental. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Consumo-de-drogas-es-un-tema-de-salud->

mental.aspx

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2003). Tratamiento del abuso de drogas: Un manual para la planificación e implementación de servicios. <https://www.unodc.org/docs/treatment/Guides.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). Uso de sustancias. <https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>

Parte, V. I. I., y Apéndice, B. Acerca del lenguaje Parte I.¿ Qué es la entrevista motivacional?.

Prochaska, J., y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

Prochaska, J., y DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Redondo, N., y Graña, J. (2015). Consumo de alcohol, sustancias ilegales y violencia hacia la pareja en una muestra de maltratadores en tratamiento psicológico. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 27(1), 27-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5052515>

Rengifo, J. R., Fenton, S. J., Pinilla, M., Aranguren, J. P., Jackson, P., Carranza, F., ... y Casav, G. (2022). Sistema de salud mental para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en un país de conflicto: El caso de Colombia. In *En V Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales: Democracia, justicia e igualdad* (pp. 411-432). <https://congreso.flacso.edu.uy/wp-content/uploads/2023/05/EJE100241291.pdf>

Resolución 089 de 2019. (2019, 16 de enero). Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>

Resolución 4886 de 2018. (2018, 7 de noviembre). Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

- Rojas, V. R. P., Silva, E. F. M., y Cordova, R. M. S. (2025). La Salud Mental en las Estrategias de Aprendizaje y Motivación Académica en Estudiantes Universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(5), 13926-13947. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/20552>
- Rubio González, J., Vega Álvarez, A., Weishaupt Barraza, V., Muñoz Rocco, D., y Ramos Thompson, G. (2022). Experiencias latinoamericanas en la prevención de la suicidalidad en jóvenes y adolescentes: una revisión teórica. *Psicogente*, 25(47), 198-225. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-0137202200010019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-0137202200010019&script=sci_arttext)
- Sánchez, A., y Torres, P. (2023). Prevalencia de síntomas asociados a la depresión y ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicoactivas en deshabitación, ingresados a centros de atención y rehabilitación por consumo de drogas y alcohol en la ciudad de Bucaramanga. [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia] Repositorio UCC: <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/225a2ef1-9a3e-43d3-9dbc-97e5f2c655dd>
- Sanz, J., Navarro, M., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.
- Soto, J. (2021). Prevalencia de síntomas depresivos y consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de la Universidad de los Andes durante el COVID-19. [Trabajo de grado, Universidad de los Andes] Repositorio Uniandes: <https://repository.uniandes.edu.co/entities/publication/878f3c22-7007-4d1f-a96a-d515666675be>
- Tambling, R., y Ketring, S. (2014). University of Rhode Island Change Assessment Scale-- Revised (R-URICA, URICA) [Database record]. APA PsycTests.
- Universidad Nacional de Loja. (2019). Plan de prevención integral al uso y consumo de drogas en la UNL. <https://unl.edu.ec/sites/default/files/servicios-tecnologicos/2021-12/4%20PLAN%20DE%20PREVENCION%20INTEGRAL%20DE%20DROGAS%20UNL%202019.pdf>

Vallejos, M., Orbegoso, C., y Capa, W. (2019). Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) validez y confiabilidad en drogadependientes. [https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev\\_psicologia\\_cv/v09\\_2007/pdf/a05.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a05.pdf)

Vázquez, A., Hubert, C., Portillo-Romero, A., Valdez-Santiago, R., Barrientos-Gutiérrez, T., & Villalobos, A. (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. *salud pública de México*, 65, s117-s125. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14827>

## **Anexos**

### **Anexo A. Carta de aceptación**



Cuidado Básico Residencial  
Para El Consumidor De Sustancias Psicoactivas  
Nit. 9340536-9  
Cod. Hab. 528850180201

Yacuanquer, 3 de abril de 2025

Magister:  
**DIEGO MAURICIO PANTOJA**  
Director Programa de Psicología  
Universidad CESMAG

**REF:** Aceptación De Investigación De Estudiantes De Psicología.

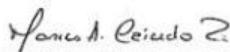
Atento y cordial saludo,

Por medio del presente me permito indicar que la **IPS - Fundación Hacia Una Nueva Vida**, ubicada en el Municipio de Yacuanquer, ha considerado aceptar a Giselle Vanesa Flórez Burgos, Angela Sofía Vargas Delgado y Arley Fernando Taimbud Paz, estudiantes de Psicología de la Universidad CESMAG, para que puedan llevar a cabo el desarrollo de las actividades pertinentes para dar cumplimiento al objetivo de la investigación expuesta en su solicitud.

Cabe mencionar que cuentan con el respectivo apoyo y colaboración de todo el equipo interdisciplinario para cumplir con los requerimientos del programa académico para ustedes asignado.

Por la atención brindada a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

  
**MÓNICA CAICEDO ROMERO**  
Directora  
Fundación hacia una Nueva Vida

**Anexo B.** *Consentimiento informado para participación en investigación*

Título del Proyecto:

Relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en mayores de edad en proceso de rehabilitación en la Fundación Hacia Una Nueva Vida en el municipio de Yaquer, durante los periodos I y II del año 2025.

**Investigadores:**

Vanessa Flores

Arley Taimbud

Ángela Vargas

Estudiantes del Programa de Psicología – Universidad CESMAG.

**Objetivo del Estudio:**

Este estudio tiene como propósito identificar la relación existente entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en jóvenes adultos que se encuentran en proceso de rehabilitación. Para ello se aplicarán dos instrumentos: la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment).

**Procedimiento:**

Se le solicitará su participación voluntaria mediante la aplicación de los dos cuestionarios mencionados. Estos instrumentos serán respondidos en un solo momento y de manera individual, teniendo una duración aproximada de 30 a 40 minutos en total.

**Confidencialidad:**

La información recopilada será tratada con estricta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines académicos e investigativos. Los resultados no permitirán identificar a ningún participante de manera individual. Los datos serán almacenados de forma segura y no serán compartidos fuera del marco de esta investigación.

**Voluntariedad:**

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas para su proceso o atención en la Fundación.

**Riesgos y Beneficios:**

No se prevé ningún riesgo significativo por su participación. Los posibles beneficios incluyen una mayor comprensión de su proceso de cambio y un aporte significativo al conocimiento académico y al fortalecimiento de programas de apoyo psicológico en contextos de rehabilitación.

Consentimiento:

Declaro que he sido informado(a) de manera clara sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos de esta investigación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha respondido satisfactoriamente. Autorizo libre y voluntariamente mi participación en el estudio, así como la aplicación de la Escala de Depresión de Beck y la Escala URICA.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Investigador(a) Responsable: \_\_\_\_\_

Cédula del Investigador(a): \_\_\_\_\_

**Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación ..... Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
  - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 5. Sentimientos de Culpa**
- 0 No me siento particularmente culpable.
  - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
  - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
- 0 No siento que este siendo castigado
  - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
  - 2 Espero ser castigado.
  - 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1He perdido la confianza en mí mismo.
  - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
  - 3 No me gusta a mí mismo.
- 8. Autocrítica**
- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
  - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
  - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
  - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
  - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
  - 2 Querría matarme
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

#### 11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### 12. Pérdida de Interés

- 4 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 5 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 6 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

#### 13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### 14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### 15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3ª . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

**Anexo D. Escala URICA****ESCALA URICA**

*Nombre y apellidos*

---

*Fecha*

---

Problema: Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

- Momento de la administración:*
- Evaluación
  - Final tratamiento
  - Seg. 6m
  - Seg. 1m
  - Seg. 12m
  - Seg. 3m
  - Seg. 24m

*Instrucciones:*

Este cuestionario sirve para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Cada afirmación describe cómo una persona se sentiría cuando empieza una terapia. Por favor, indique el grado en el que tiende a estar de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. En cada caso, realice su elección según se siente ahora, y no como se sentía en el pasado o cómo le gustaría sentirse. Por cada afirmación que se refiere a su “problema”, conteste según el problema especificado arriba.

Hay CINCO posibles respuestas para cada uno de los ítems del cuestionario: “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Indeciso”, “De acuerdo”, “Muy de acuerdo”. Rodee con un círculo aquella opción que mejor describa cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

Hay CINCO posibles respuestas:

Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Indeciso 3	De acuerdo 4	Muy de acuerdo 5	
1. En mi opinión, no tengo ningún problema que necesite cambiar.	1	2	3	4	5
2. Pienso que podría estar preparado para alguna automejora.	1	2	3	4	5
3. Estoy haciendo algo sobre los problemas que me han estado preocupando.	1	2	3	4	5
4. Merecería la pena trabajar en mi problema.	1	2	3	4	5
5. Yo no soy el único problema. Para mí no tiene mucho sentido estar aquí <sup>1</sup> .	1	2	3	4	5
6. Me preocupa que pudiese volver a caer en un problema que ya he cambiado, por ello estoy aquí <sup>1</sup> solicitando ayuda.	1	2	3	4	5
7. Finalmente, estoy haciendo algo por mi problema.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que podría querer cambiar algo de mí mismo/a.	1	2	3	4	5
9. He tenido éxito al trabajar en mi problema, pero no estoy seguro/a de que pueda continuar este esfuerzo por mí mismo/a.	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando en ello.	1	2	3	4	5
11. Estar aquí <sup>1</sup> es una pérdida de tiempo para mí porque el problema no tiene que ver conmigo.	1	2	3	4	5
12. Espero que este lugar me ayudará a entenderme mejor a mí mismo/a.	1	2	3	4	5
13. Supongo que tengo defectos, pero realmente no hay nada que yo necesite cambiar.	1	2	3	4	5
14. Realmente estoy trabajando duro para cambiar.	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema y realmente pienso que debería trabajar en él.	1	2	3	4	5
16. No estoy progresando en lo que ya he cambiado tanto como yo hubiese esperado y estoy aquí <sup>1</sup> para prevenir una recaída en el problema.	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre tengo éxito a la hora de cambiar, al menos estoy trabajando por mi problema.	1	2	3	4	5
18. Pensaba que una vez hubiese resuelto el problema estaría libre de él, pero a veces aún me encuentro luchando contra él.	1	2	3	4	5
19. Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5
20. He empezado a trabajar en mi problema, pero me gustaría tener ayuda.	1	2	3	4	5
21. Quizá en este lugar sean capaces de ayudarme.	1	2	3	4	5
22. Ahora podría necesitar tener un apoyo que me ayudara a mantener los cambios que ya he hecho.	1	2	3	4	5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no pienso que lo sea.	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien aquí <sup>1</sup> tenga buenos consejos para mí.	1	2	3	4	5
25. Cualquier persona puede hablar sobre cambiar; en realidad yo estoy haciendo algo por conseguirlo.	1	2	3	4	5

26. Todo sobre la psicología es aburrido. ¿Por qué la gente no puede simplemente olvidarse de sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí <sup>1</sup> para evitar recaer en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que podría estar recayendo en un problema que pensaba que había resuelto.	1	2	3	4	5
29. Yo tengo preocupaciones, pero cualquiera las tiene. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.	1	2	3	4	5
31. Preferiría afrontar mis defectos e intentar cambiarlos.	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he intentado hacer para cambiar mi problema, una y otra vez vuelve a perseguirme.	1	2	3	4	5

#### Adaptación y validación española:

Mónica Gómez-Peña, Eva Penelo, Roser Granero, Fernando Fernández-Aranda, Eva Álvarez-Moya, Juan José Santamaría, Laura Moragas, Maria-Neus Aymamí, Blanca Bueno, Katarina Gunnard, José Manuel Menchón y Susana Jiménez-Murcia (2011). Motivation to change and pathological gambling: Analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 196-210.

 <p>UNIVERSIDAD <b>CESMAG</b> NIT: 800.109.387-7 VIGILADA MINEDUCACIÓN</p>	<b>CARTA DE ENTREGA TRABAJO DE GRADO O TRABAJO DE APLICACIÓN – ASESOR(A)</b>	<b>CÓDIGO:</b> AAC-BL-FR-032
		<b>VERSIÓN:</b> 1
		<b>FECHA:</b> 09/JUN/2022

San Juan de Pasto, 28 de abril de 2026.

Biblioteca  
**REMIGIO FIORE FORTEZZA OFM. CAP.**  
Universidad CESMAG  
Pasto

Saludo de paz y bien.

Por medio de la presente se hace entrega del Trabajo de Grado / Trabajo de Aplicación denominado Relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en mayores de edad en proceso de rehabilitación en la Fundación Hacia una Nueva Vida de Yacuanquer- Nariño, en el periodo I y II del año 2025, presentado por el las autoras Ángela Sofía Vargas Delgado y Giselle Vanessa Flórez Burgos del Programa Académico de Psicología al correo electrónico biblioteca.trabajosdegrado@unicesmag.edu.co. Manifiesto como asesora, que su contenido, resumen, anexos y formato PDF cumple con las especificaciones de calidad, guía de presentación de Trabajos de Grado o de Aplicación, establecidos por la Universidad CESMAG, por lo tanto, se solicita el paz y salvo respectivo.

Atentamente,

(Firma del Asesor)  


**Sandra Lorena González Villareal**  
Número de documento: 59817610  
Programa académico: Psicología  
Teléfono de contacto: 3006548013  
Correo electrónico: slgonzalez@unicesmag.edu.co



• **INTRODUCCIÓN**

**I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

- A. OBJETO O TEMA DE ESTUDIO
- B. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
- C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- D. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA
- E. OBJETIVOS
- F. JUSTIFICACIÓN

G. VIABILIDAD

H. DELIMITACIÓN

**II. MARCO TEÓRICO**

A. ANTECEDENTES

B. SUPUESTOS TEÓRICOS

C. VARIABLES DEL ESTUDIO

D. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

**III. METODOLOGÍA**

A. PARADIGMA

B. ENFOQUE

C. MÉTODO

D. TIPO DE INVESTIGACIÓN

E. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

F. POBLACIÓN

G. MUESTRA

H. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

I. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**IV. RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN**

A. Talento humano

B. Recursos físicos

C. Presupuesto

D. Financiación

**V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

A. Recopilar y caracterizar datos del observatorio de juventud

B. Definir los criterios para la recomendación de actividades

C. Diseñar la estructura de la plataforma

D. Wireframes

E. Integrar funcionalidad de sugerencia y registro de eventos .....


70

F. Crear interfaz de usuario para sugerir y participar en eventos

..... 73



G. Optimización de la plataforma y realización de pruebas iniciales .....	75
H. Integración de funciones finales .....	78
I. Implementación de plataforma piloto .....	84
J. Evaluación de la visibilidad y participación de eventos .....	85
K. Reajuste de funcionalidades según retroalimentación .....	88
L. Implementación de mejoras .....	90
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	92
CONCLUSIONES .....	94
RECOMENDACIONES .....	96
REFERENCIAS .....	97
ANEXOS .....	
	BIBLIOGRÁFICAS

 <b>UNIVERSIDAD CESMAG</b> <small>NIT: 800.109.387-7 VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>	<b>AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO O TRABAJOS DE APLICACIÓN EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>CÓDIGO:</b> AAC-BL-FR-031
		<b>VERSIÓN:</b> 1
		<b>FECHA:</b> 09/JUN/2022

<b>INFORMACIÓN DEL (LOS) AUTOR(ES)</b>	
<b>Nombres y apellidos del autor:</b> Angela Sofia Vargas Delgado	<b>Documento de identidad:</b> 1004235861
<b>Correo electrónico:</b> Angelavargas123d@gmail.com	<b>Número de contacto:</b> 3116184614
<b>Nombres y apellidos del autor:</b> Giselle Vanessa Florez Burgos	<b>Documento de identidad:</b> 1193405901
<b>Nombres y apellidos del asesor:</b> Sandra Lorena González Villareal	<b>Documento de identidad:</b> 59817610
<b>Correo electrónico:</b> slgonzalez@unicesmag.edu.co	<b>Número de contacto:</b> 3006548013
<b>Título del trabajo de grado:</b> Relación entre los niveles de depresión y la motivación al cambio en mayores de edad en proceso de rehabilitación en la Fundación Hacia una Nueva Vida de Yacuanquer- Nariño, en el periodo I y II del año 2025	
<b>Facultad y Programa Académico:</b> Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Programa de Psicología	

En mi (nuestra) calidad de autor(es) y/o titular (es) del derecho de autor del Trabajo de Grado o de Aplicación señalado en el encabezado, confiero (conferimos) a la Universidad CESMAG una licencia no exclusiva, limitada y gratuita, para la inclusión del trabajo de grado en el repositorio institucional. Por consiguiente, el alcance de la licencia que se otorga a través del presente documento, abarca las siguientes características:

- a) La autorización se otorga desde la fecha de suscripción del presente documento y durante todo el término en el que el (los) firmante(s) del presente documento conserve (mos) la titularidad de los derechos patrimoniales de autor. En el evento en el que deje (mos) de tener la titularidad de los derechos patrimoniales sobre el Trabajo de Grado o de Aplicación, me (nos) comprometo (comprometemos) a informar de manera inmediata sobre dicha situación a la Universidad CESMAG. Por consiguiente, hasta que no exista comunicación escrita de mi(nuestra) parte informando sobre dicha situación, la Universidad CESMAG se encontrará debidamente habilitada para continuar con la publicación del Trabajo de Grado o de Aplicación dentro del repositorio institucional. Conozco(conocemos) que esta autorización podrá revocarse en cualquier momento, siempre y cuando se eleve la solicitud por escrito para dicho fin ante la Universidad CESMAG. En estos eventos, la Universidad CESMAG cuenta con el plazo de un mes después de recibida la petición, para desmarcar la visualización del Trabajo de Grado o de Aplicación del repositorio institucional.
- b) Se autoriza a la Universidad CESMAG para publicar el Trabajo de Grado o de Aplicación en formato digital y teniendo en cuenta que uno de los medios de publicación del repositorio institucional es el internet, acepto(amos) que el Trabajo de Grado o de Aplicación circulará con un alcance mundial.
- c) Acepto (aceptamos) que la autorización que se otorga a través del presente documento se realiza a título gratuito, por lo tanto, renuncio(amos) a recibir emolumento alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y/o cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente autorización y de la licencia o programa a través del cual sea publicado el Trabajo de grado o de Aplicación.



- d) Manifiesto (manifestamos) que el Trabajo de Grado o de Aplicación es original realizado sin violar o usurpar derechos de autor de terceros y que ostento(amos) los derechos patrimoniales de autor sobre la misma. Por consiguiente, asumo(asumimos) toda la responsabilidad sobre su contenido ante la Universidad CESMAG y frente a terceros, manteniéndose indemne de cualquier reclamación que surja en virtud de la misma. En todo caso, la Universidad CESMAG se compromete a indicar siempre la autoría del escrito incluyendo nombre de(los) autor(es) y la fecha de publicación.
- e) Autorizo(autorizamos) a la Universidad CESMAG para incluir el Trabajo de Grado o de Aplicación en los índices y buscadores que se estimen necesarios para promover su difusión. Así mismo autorizo (autorizamos) a la Universidad CESMAG para que pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

**NOTA:** En los eventos en los que el trabajo de grado o de aplicación haya sido trabajado con el apoyo o patrocinio de una agencia, organización o cualquier otra entidad diferente a la Universidad CESMAG. Como autor(es) garantizo(amos) que he(hemos) cumplido con los derechos y obligaciones asumidos con dicha entidad y como consecuencia de ello dejo(dejamos) constancia que la autorización que se concede a través del presente escrito no interfiere ni transgrede derechos de terceros.

Como consecuencia de lo anterior, autorizo(autorizamos) la publicación, difusión, consulta y uso del Trabajo de Grado o de Aplicación por parte de la Universidad CESMAG y sus usuarios así:

- Permito(permitimos) que mi(nuestro) Trabajo de Grado o de Aplicación haga parte del catálogo de colección del repositorio digital de la Universidad CESMAG por lo tanto, su contenido será de acceso abierto donde podrá ser consultado, descargado y compartido con otras personas, siempre que se reconozca su autoría o reconocimiento con fines no comerciales.

En señal de conformidad, se suscribe este documento en San Juan de Pasto a los 28 días del mes de 04 del año 2026.

<i>Giselle Vanessa Florez Burgos</i>	<i>Angela Sofia Vargas Delgado</i>
Firma del autor	Firma del autor
Nombre del autor: Giselle Vanessa Florez Burgos	Nombre del autor: Angela Sofia Vargas Delgado
Firma del autor	Firma del autor
Nombre del autor:	Nombre del autor:
 Firma del asesor Nombre del asesor: <i>Josina González Villarreal</i>	