



EL MODELO DE LOS ESTADIOS DEL CAMBIO EN LA RECUPERACIÓN DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

A MODEL OF STAGES OF CHANGE IN ADDICTION PROGRAMS

Juan Díaz Salabert
*Centro Provincial de
Drogodependencias de Málaga*

Resumen. En el presente trabajo se presenta un modelo del cambio intencional del comportamiento y su aplicación a la recuperación de las conductas adictivas. Desarrollado inicialmente por James O. Prochaska y Carlo DiClemente, este modelo tiene su origen en un intento de integración de distintas escuelas psicoterapéuticas, por lo que fue denominado Modelo Transteórico por estos autores. Dicho modelo trata de explicar la estructura del cambio de comportamiento, proponiendo tres dimensiones básicas para su análisis: los procesos, los estadios y los niveles del cambio. De ellas, la de los estadios del cambio, variable temporal que señala la importancia de las etapas previas al cambio conductual manifestado, es la que ha recibido más atención en la literatura científica y en la práctica clínica. En este trabajo se describen dichas dimensiones del cambio y la relación existente entre ellas, y dos conocidas variables mediadoras: el balance decisional, y las expectativas de autoeficacia. Por último, se reflexiona en este artículo sobre la complementariedad existente entre este modelo y el concepto de determinismo recíproco de la Teoría Cognitivo Social, proponiendo, desde esta perspectiva, sugerencias para mejorar la atención a las personas con conductas adictivas en función de su situación en el proceso global del cambio.

Abstract. This paper presents a model of intentional behavioral change and its application to the recovery of addictive behaviors. This model, developed initially by James O. Prochaska and Carlo DiClemente, has its origin in an attempt to integrate different schools of psychotherapy and has been entitled, the "Transtheoretical Model" by these authors. This model tries to explain the structure of the change suggesting three basic dimensions in its analysis: the process, the stages, and the levels of change. Of the three, the "stages of change", as a temporary variable which demonstrates the importance of the previous stages in reference to the manifested change, has received most attention in scientific literature and in clinical practice. This paper describes these dimensions of change and the relationship which exists between them and two known mediating variables: the decisional balance and the self-efficacy.

Finally, this article comments on the way this model can be seen as a complement to the concept of "reciprocal determinism" of the Social Cognitive Theory, proposing, from this perspective, suggestions to improve the attention given to people with addictive behaviors, according to their situation in the global process of change.

LA BÚSQUEDA DE UN PUNTO DE ENCUENTRO: EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

La composición multidisciplinar de los equipos de atención a los problemas derivados del uso de drogas, característica necesaria de estos equipos para dar respuesta a la complejidad

multidimensional de este fenómeno, plantea importantes problemas de comunicación entre profesionales provenientes de diferentes disciplinas (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, etc.). Con frecuencia, su formación teórica sobre el origen, mantenimiento y tratamiento de las conductas adictivas es distinta,

reflejando la variedad de enfoques existente en esta materia. El empeño en tender puentes entre las diferentes formas de trabajar de los componentes de los equipos multidisciplinares logra progresivamente una aceptable sintonía en la práctica clínica, pero se enfrenta a serias dificultades cuando se trata de compartir conceptos y modelos teóricos.

Las afirmaciones realizadas por estudiosos de las teorías psicológicas en los años setenta, sobre la necesidad de una construcción dialéctica que supere el pluralismo conceptual de la psicología mediante la integración de conceptos y estrategias complementarias de las distintas teorías (Royce, 1999), siguen plenamente vigentes en el inicio de este nuevo siglo. Aunque en las dos últimas décadas han ocurrido algunos cambios en las relativas hegemonías de las teorías de la personalidad existentes, aún somos testigos de la existencia de barreras aparentemente insalvables entre las distintas escuelas psicológicas. La confusión que provoca esta fragmentación es creciente en el terreno de la psicoterapia aplicada, dada la extensa oferta actual de técnicas de ayuda y consejo psicológico. Dicha oferta se ha incrementado de treinta o cuarenta tipos de psicoterapias existentes a finales de los años cincuenta a más de ciento cincuenta en 1978 y a cerca de cuatrocientos en la actualidad (Prochaska y Norcross, 1999).

Ateniéndonos únicamente a las escuelas más reconocidas, podemos observar en la siguiente tabla, a modo de ejemplo, la dispersión en la opción por escuelas u orientaciones teóricas de referencia que guían a los profesionales de la psicote-

rapia en E.E.U.U (Norcross, Karg, y Prochaska, 1997). Podemos suponer que nuestra realidad no sea muy diferente.

La opción Ecléctico/Integradora es la elegida por la mayoría de los profesionales que participaron en el estudio. Es patente el deseo de un importante número de los psicoterapeutas entrevistados de lograr una integración, o al menos, la complementariedad de los distintos enfoques teóricos. En el proceso de combinar diferentes enfoques terapéuticos, pueden distinguirse las aproximaciones realizadas desde un enfoque de eclecticismo técnico, de las realizadas desde una perspectiva de integración teórica.

Desde un punto de vista ecléctico, se busca mejorar la eficacia de la indicación del mejor tratamiento, para cada persona y problema, en relación con los datos conocidos de lo que ha funcionado mejor en el pasado con otros sujetos de características y problemas similares. Desde un enfoque integrador, se pretende integrar dos o más sistemas de psicoterapia con la esperanza de que el resultado sea mejor que los constituyentes por separado, con el explícito intento de integrar las teorías subyacentes a las psicoterapias y no solo las técnicas propuestas por cada una de ellas. La principal diferencia entre eclecticismo e integración es la que hay entre pragmatismo empírico y flexibilidad teórica. La integración se refiere al compromiso de creación teórica y conceptual más allá de la mezcla pragmática de procedimientos que propone el eclecticismo.

Es ejemplo de una fructífera postura ecléctica, la obra de Arnold Lazarus (Lazarus, 1976) que desarrolló la utiliza-

Tabla 1
Orientación teórica primaria de los psicoterapeutas americanos

ORIENTACIÓN TEÓRICA	PSICÓLOGOS CLÍNICOS	PSICÓLOGOS COUNSELING	PSIQUIATRAS	TRABAJADORES SOCIALES	CONSEJEROS
ADLERIANA	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
CONDUCTUAL	13 %	8 %	1 %	4 %	6 %
COGNITIVA	24 %	11 %	1 %	4 %	10 %
ECLÉCTICO-INTEGRADORA	27 %	40 %	53 %	34 %	37 %
EXISTENCIAL-HUMANÍSTICA	3 %	6 %	1 %	3 %	13 %
GESTALT	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
INTERPERSONAL	5 %	2 %	3 %	1 %	1 %
PSICOANALÍTICA PSICODINÁMICA	18 %	12 %	35 %	33 %	11 %
ROGERIANA	1 %	8 %	0 %	2 %	8 %
SISTÉMICA	4 %	5 %	1 %	13 %	7 %
OTRAS	3 %	4 %	3 %	4 %	3 %

ción de procesos de cambio derivados de distintos sistemas psicoterapéuticos en el marco de su Terapia Multimodal. Entre otras propuestas antecedentes de un acercamiento integrador, podemos señalar la de Paul Wachtel, que en 1977, publicó "Psicoanálisis y Terapia de conducta. Hacia una integración" (Wachtel, 1977). Desde entonces, ha continuado trabajando en la integración sinérgica de los conceptos "insight" y "acción", incluyendo constructos sistémicos en lo referente a las relaciones interpersonales.

En este arduo, aunque loable empeño, se enmarca el Modelo Transteórico propuesto por James O. Prochaska y Carlo Diclemente (Prochaska y DiClemente, 1983, 1986). Su modelo global del cambio del comportamiento es considerado simplista y sencillamente ateorico por algunos (Davidson, 1992), pero otros llegan a afirmar que ha producido un cambio de paradigma en el área del estudio y tratamiento de las conductas adictivas (Orford, 1992). Muchos coinciden en reconocer a este modelo una gran capacidad de atracción y generación de interés entre los profesionales de este campo, en el que está inspirando acercamientos novedosos a la evaluación y tratamiento de los problemas relacionados con las adicciones y otros estilos de vida poco saludables.

Prochaska y Diclemente proponen un modelo de explicación de la forma en que se produce el cambio intencional del comportamiento, es decir, del cambio de conducta decidido por el propio individuo, participe en cualquier tipo de psicoterapia, o no reciba ningún tipo de intervención terapéutica. La supresión o modificación de las conductas problemáticas o patológicas sin la participación en un tratamiento ha sido denominada remisión espontánea y es un fenómeno reiteradamente citado. La ocurrencia de este cambio de comportamiento, en la dirección de lo considerado saludable, no consiste en un fenómeno debido al azar, sino que implica cierta influencia externa y un claro compromiso personal (Orford, 1985, Tuchfeld, 1981). Este proceso intencionado de cambio es diferente del cambio de comportamiento relacionado con el desarrollo o con la imposición social. Su estructura y principios dinámicos se proponen en el Modelo Transteórico como la estructura y principios comunes que ocurren en el cambio de comportamiento con intervención terapéutica, o sin ella.

El proceso de cambio de conductas menos saludables a otras más saludables se ha comprendido frecuentemente como un movimiento de un estado estable a otro. Esta concepción dicotómica, que no tiene en cuenta la dinámica previa y posterior del proceso, produce una pobre comprensión del fenómeno y genera dificultades a la hora de intervenir en su optimización. La consideración única del consumo o de la abstinencia ha provocado serios equívocos al atender a personas con conductas adictivas y al intentar evaluar los programas de tratamiento en esta área.

Diversos autores han subrayado la existencia de distintas fases o estadios en el abandono de una conducta adictiva, señalando que este cambio de comportamientos no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada y tratando de desarrollar un modelo global que cubra todo el curso del proceso de cambio. Con este fin, se reunieron en 1984 un grupo de teóricos, investigadores y terapeutas en un congreso internacional en Escocia. El libro que se creó a partir de este congreso fue una señal del *zeitgeist* (Miller y Heather, 1986), y constituyó un intento de integración de los distintos sistemas de psicoterapia aplicados hasta entonces al tratamiento de las adicciones.

Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1986, Prochaska y Prochaska, 1993) nos proponen que un modelo global de cambio para la comprensión de las conductas adictivas debe satisfacer las siguientes demandas:

- Ser aplicable a un amplio rango de formas de cambio: desde la máxima intervención de los programas tradicionales de rehabilitación hasta la automodificación del comportamiento adictivo sin ayuda especializada.
- Ser aplicable a las diversas conductas adictivas: desde el abuso de alcohol y la dependencia a cualquier sustancia (nicotina, heroína, cocaína...) hasta otros comportamientos adictivos no farmacológicos como la hiperfagia o el juego patológico.
- Ser útil como síntesis de los distintos modelos de cambio de los que se dispone actualmente para las conductas problemáticas: especialmente de aquellos con vocación de explicación global del cambio.

Servir como síntesis de los distintos modelos de tratamiento que se utilizan actualmente para las conductas adictivas: por tanto, ha de facilitar la integración de la intervención terapéutica fragmentada hasta ahora en un número excesivo de alternativas y de tratamientos que compiten entre sí.
- Cubrir todo el proceso del cambio: desde que el individuo comienza a percibir su comportamiento como problemático hasta que el problema no existe.
- Estar abierto al progreso: incorporando e integrando las variables que se comprueben significativas en la explicación de la forma en la que las personas modifican sus conductas adictivas.

El modelo transteórico del cambio, que según sus autores satisface las exigencias relacionadas, tiene su origen en los estudios de James O. Prochaska a finales de los años setenta en la Universidad de Rhode Island (Prochaska, 1978). Implicado en el movimiento de búsqueda de estrategias y teorías integradoras de los distintos métodos de psicoterapia existentes en ese momento, James O. Prochaska se propuso la realización de un análisis de los principales sistemas de psicoterapia con el declarado espíritu de encontrar lo mejor de cada uno de ellos. Este espíritu

fundamenta el término transteórico utilizado posteriormente para denominar el modelo desarrollado con Carlo DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1984).

El trabajo de Prochaska se centró inicialmente en la determinación de un conjunto común de procesos de cambio propuestos por los enfoques terapéuticos más aceptados. Los estudios realizados por James O. Prochaska y Carlo DiClemente, en los inicios de los años ochenta, dirigidos a la búsqueda de soporte empírico de la utilización diferencial de dichos procesos de cambio se centraron en la investigación sobre como la gente intenta cambiar sus conductas adictivas con tratamiento profesional o por sí mismas (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983). Como resultado de sus estudios y análisis teóricos, propusieron un modelo que pretende describir y explicar tridimensionalmente (procesos, estadios, y niveles del cambio) la estructura del cambio intencional del comportamiento (Prochaska, y DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

LA ESTRUCTURA DEL CAMBIO

Los procesos de cambio

La primera dimensión establecida en este modelo (Prochaska, 1978) consistió en los denominados "procesos del cambio". Inicialmente derivados de un análisis teórico de los sistemas de psicoterapia predominantes a finales de los setenta, fueron modificados en función de los estudios empíricos realizados algunos años después. Se definieron como "aquellas actividades abiertas o encubiertas en las que los individuos se implican para modificar sentimientos, pensamientos, conductas o relaciones interpersonales, relativos a conductas o estilos de vida problemáticos" (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Dichos procesos de cambio representan un nivel intermedio de abstracción entre las teorías globales y las técnicas específicas.

Los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico son los diez siguientes:

1. *Aumento de la concienciación*: Intensificación del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a las conductas adictivas y a los beneficios de modificarla.
2. *Autoreevaluación*: Valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva en los valores y autoconcepto del adicto. Reconocimiento de la mejoría que representa para su vida el abandono del hábito adictivo.
3. *Reevaluación ambiental*: Valoración del impacto de la conducta adictiva sobre el comportamiento interpersonal y sobre las personas significativas del individuo. Reconocimiento de los beneficios para dichas relaciones derivados de la modificación de la conducta adictiva.

4. *Relieve dramático*: Experimentación y expresión de relaciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencias de los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.
5. *Autoliberación*: Compromiso personal y aumento de percepción de la propia capacidad para decidir y elegir. Creencia en que uno mismo es un elemento esencial en el cambio de la conducta adictiva, ya que se poseen, o se pueden adquirir, las habilidades necesarias para cambiar.
6. *Liberación social*: Toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles, por lo que implica también un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger nuevos cursos de Acción.
7. *Manejo de contingencias*: Puesta en marcha de estrategias conductuales dirigidas a aumentar la probabilidad de que ocurra una determinada conducta relacionada con el cambio. Auto y/o heterorrefuerzo de dichas conductas.
8. *Relaciones de ayuda*: Existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el cambio de la conducta adictiva.
9. *Contracondicionamiento*: Modificación de las respuestas elicítadas por los estímulos condicionados asociados, generando y desarrollando conductas alternativas.
10. *Control de estímulos*: Evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la realización de la conducta adictiva.

Estos diez procesos de cambio pueden organizarse con relación a dos factores de segundo orden (Prochaska, Velicer, DiClemente, y Fava, 1988):

- a) Procesos de cambio cognitivos (aumento de la concienciación, autoreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social).
- b) Procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, y control de estímulos).

Prochaska y Norcross (1999), en su afán integrador, han propuesto una agrupación de los procesos de cambio en cinco procesos básicos que podrían tener cada uno una vertiente experiencial y otra ambiental como se refleja en la siguiente tabla.

PROCESOS DE CAMBIO	ÁREA EXPERIENCIAL	ÁREA AMBIENTAL
Concienciación	Feedback	Educación
Catharsis	Experiencia emocional correctiva	Relieve dramático
Elección	Autoliberación	Liberación social
Estímulos condicionados	Contracondicionamiento	Control de Estímulos
Control de contingencias	Reevaluación	Manejo de Contingencias

Según los fundadores del Modelo Transteórico, las principales escuelas de psicoterapia divergen más en el contenido a cambiar que en los procesos indicados para cambiarlo. Dichas divergencias responden más a la variedad existente de teorías de personalidad que a la existencia de una multitud de procesos de cambio que constituyan la esencia de la tarea psicoterapéutica. Aunque los seres humanos utilizamos varios procesos de cambio distintos para superar nuestros problemas, la mayoría de los sistemas de psicoterapia enfatizan únicamente la utilización de dos o tres de estos procesos. Los psicoterapeutas deberíamos ser capaces de comprender un conjunto mayor de procesos de cambio y de manejar distintas técnicas para optimizar su utilización cuando sea apropiado.

En la tabla siguiente, se pueden observar cuales de los procesos de cambio propuestos por el Modelo Transteórico son mas favorecidos en las principales escuelas de psicoterapia (Prochaska y Norcross, 1999).

TEORÍA	PROCESOS PRIMARIOS DE CAMBIO	TÉCNICAS REPRESENTATIVAS
<i>Psicoanalítica</i>	- Incremento de conciencia - Relieve dramático	- Análisis de resistencias - Asociación libre - Interpretación de los sueños
<i>Humanística/ Existencial</i>	- Liberación social - Autoliberación	- Clarificación y reflexión - Empatía y calidez - Libre experimentación
<i>Gestalt/ Experiencial</i>	- Autoreevaluación - Relieve dramático	- Elección y feedback - Confrontación - Enfoque
<i>Cognitiva</i>	- Autoreevaluación - Contracondicionamiento	- Educación - Identificación de pensamientos irracionales - Reestructuración cognitiva
<i>Conductista</i>	- Control de estímulos - Control de Contingencias - Contracondicionamiento	- Asertividad - Entrenamiento en relajación - Manejo de reforzadores - Entrenamiento en autocontrol

Los estadios del cambio

Aunque el objetivo inicial de los trabajos de Prochaska (Prochaska, 1978) fuera la delimitación de un conjunto común de procesos de cambio, ha sido otra dimensión del Modelo Transteórico la que ha producido mayor interés en la comunidad profesional dedicada al tratamiento de las conductas adictivas: la de los "los estadios o fases del cambio". De hecho, el modelo que Prochaska y DiClemente continúan de-

nominando transteórico, es llamado por otros autores, modelo de los estadios del cambio.

En estudios comparativos entre individuos fumadores que realizaron el cambio por si mismos, o que participaron en dos programas comercializados, se investigó la utilización diferencial de los procesos de cambio. Se encontró que ambos grupos de sujetos identificaron estadios o etapas comunes que habían experimentado durante el proceso de dejar de fumar (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983). Estos resultados fueron replicados con poblaciones que trataban de solucionar otros problemas psicológicos (Prochaska y DiClemente, 1985). En otro estudio con pacientes de psiquiatría general ambulatoria (McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989) los autores encontraron que el estadio de cambio en que se encontraba el paciente predijo mejor el progreso alcanzado después de cuatro meses de terapia que los diagnósticos DSM-III o que la gravedad de los síntomas.

Los estadios del cambio fueron valorados inicialmente mediante una medida continua con escalas separadas para cada estadio (McConaughy, Prochaska, y Velicer, 1983). Posteriormente, y debido a la complejidad de los perfiles que aporta esta escala, se ha desarrollado una medida categórica más simple que evalúa el estadio del cambio en el que se encuentra el sujeto mediante una serie de preguntas mutuamente excluyentes (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez, y Rossi, 1991). Durante el desarrollo del primer instrumento de evaluación con una muestra de pacientes psiquiátricos, se observó solo la presencia de cuatro estadios bien definidos que fueron denominados: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. No se pudo generar una escala para evaluar el supuesto estadio situado entre los de contemplación y acción. Los autores trabajaron con un modelo de solo cuatro estadios durante siete años.

Los mismos estadios fueron delimitados en un grupo de alcohólicos (DiClemente y Hughes, 1990). En este trabajo se identificó, mediante el análisis factorial, un perfil común para cada estadio, pero un grupo de pacientes puntuó alto tanto en contemplación como en acción. Los autores del modelo Transteórico concluyeron que este perfil representa a los sujetos en un estadio distinto a ambos que inicialmente denominaron de determinación, refiriéndose posteriormente a este estadio con el término de Preparación. La investigación apoyó la importancia, tanto teórica como clínica, de incorporar al modelo este quinto estadio del cambio.

Otros autores han desarrollado un cuestionario específicamente dirigido a la evaluación del estadio de Preparación (Rollnick, Heather, Gold, y Hall, 1992). Las puntuaciones de esta escala mostraron intercorrelaciones significativamente mayores en estadios adyacentes del cambio que en estadios no adyacentes. Este cuestionario proporciona una

medida, corta y útil, de preparación para el cambio que ha sido usada en el contexto de intervenciones breves con bebedores problemáticos.

A continuación se describen los estadios del cambio propuestos actualmente por el Modelo Transteórico (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992):

1. *Precontemplación*: En este estadio los adictos no se plantean modificar su conducta ya que no son conscientes, o lo son mínimamente, de que dicha conducta representa un problema. No se trata pues, de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema. Por esta razón no acuden a tratamiento, o si lo hacen es presionados por circunstancias ambientales, abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones.
2. *Contemplación*: En este estadio los adictos son conscientes de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, se encuentran más abiertos a la información sobre su comportamiento adictivo.
3. *Preparación*: Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis, por ejemplo), aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia, por ejemplo) para considerar que se encuentra en la fase de Acción.
4. *Acción*: Se trata de la etapa en la que el individuo cambia con o sin ayuda especializada su conducta y el estilo de vida asociado. Esta etapa requiere un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.
5. *Mantenimiento*: En este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático. No consiste en una ausencia de cambio, sino en una continuación activa del mismo, aunque de menor actividad.

El éxito en el cambio conlleva un progresivo avance desde la precontemplación a la contemplación, de ésta a la preparación, después a la acción, y finalmente al estadio de mantenimiento. Frecuentemente, los programas terapéuticos tradicionales han tratado a sus clientes como si ya estuvieran preparados para entrar en el estadio de acción. Pero, cuando se clasifica a los individuos en diferentes estadios del cambio, el grado de éxito alcanzado después del tratamiento se relaciona significativamente con el estadio en el que se encontraban los sujetos previamente. Judith Ockene

y sus colaboradores informaron que solo el 22% de los fumadores que se encontraba en estadio de precontemplación antes de tratamiento permanecía sin fumar a los seis meses del seguimiento. En cambio, un 44% de los que estaban en estado de contemplación, y alrededor del 80% de los que estaban en preparación, no fumaba al cabo de seis meses (Ockene, Ockene, y Krystellar, 1989).

El curso del cambio fue concebido inicialmente como una progresión lineal a través de los estadios. Aunque esta progresión lineal es posible, se trata más bien de un fenómeno raro dentro de las conductas adictivas. Ya en 1971, en un conocido estudio, (Hunt, Barnett, y Branch, 1971) se informó que con un amplio abanico de terapias entre el 60% y el 80% de los alcohólicos, de los adictos a la heroína y de los fumadores de tabaco, recaía dentro del primer año después del tratamiento. La mayoría de la gente que inicia la acción para modificar sus adicciones no mantiene exitosamente sus logros en el primer intento. La recaída es la regla más que la excepción en las adicciones. Entre los fumadores, por ejemplo, se ha observado una media de tres a cuatro intentos de acción antes de llegar a un mantenimiento a largo plazo (Schachter, 1982). La recaída y el reciclado a través de los estadios ocurren muy frecuentemente cuando los individuos intentan modificar o cesar sus conductas adictivas. La constatación de la dificultad existente para poder realizar un curso único por los estadios del cambio hace que sea precisa, para alcanzar una adecuada comprensión del proceso global de cambio, la descripción de dos importantes momentos en este proceso:

La Recaída:

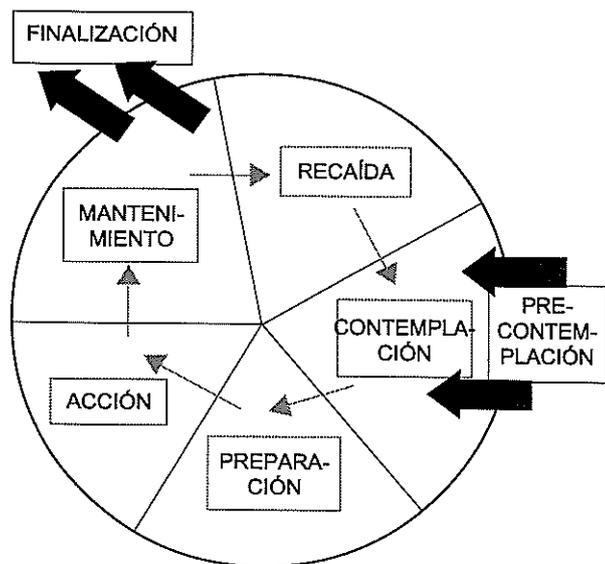
La recaída ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, provocando una vuelta hacia estadios previos. Frecuentemente al de contemplación, o al de preparación, pero en algunas ocasiones al de precontemplación.

La Finalización:

Si se consiguen estabilizar los cambios conductuales más allá de la fase de mantenimiento, se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la inexistencia de tentaciones a través de cualquiera de las situaciones problema. Es decir, la absoluta extinción de la conducta adictiva sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento.

En la figura siguiente se trata de representar gráficamente el carácter cíclico del movimiento a través de los distintos estadios del cambio.

Figura 1
El ciclo del cambio



Solo el 15% de los fumadores que recayeron en una investigación sobre el autocambio, regresaron al estadio de pre-contemplación (Prochaska y DiClemente, 1986). Esta investigación indica que la mayoría de los sujetos en recaída, el 85% de los fumadores del estudio, se reciclan a la contemplación o la preparación. Con frecuencia, comienzan rápidamente a considerar planes para un nuevo intento de acción mientras intentan aprender de sus esfuerzos recientes. Para tomar otro ejemplo, un 60% de las personas que habían hecho resoluciones de año nuevo fracasadas volvieron a realizarlas al siguiente año (Norcross, y Vangarelli, 1989).

Los estadios representan la dimensión evolutiva del modelo indicando un curso de acción en el abandono de las conductas adictivas que no es lineal, pero tampoco meramente iterativo. Se trata de un proceso recursivo, donde los estados terminales generan nuevos estados o causas iniciales, tal y como define este término Alfredo Fierro (Fierro, 1993).

Un modelo en espiral puede representar el curso cíclico, pero abierto, del cambio, sugiriendo que la mayoría de los sujetos que recaen, ni evoluciona en círculos eternamente, ni regresa de nuevo donde comenzó. En cada ciclo a través de los estadios se puede aprender de los errores e intentar algo diferente la siguiente vez. En cualquier cohorte de individuos, el número de éxitos continúa incrementándose con el paso del tiempo. Cada estadio representa tanto un periodo de tiempo, como un conjunto de tareas necesarias para el movimiento al siguiente estadio. Aunque el tiempo que un individuo invierte en cada estadio puede variar, las tareas

que han de ser cumplidas son propuestas como invariables. El tratamiento de las conductas adictivas avanzará suavemente si el paciente y el terapeuta se centran en el mismo estadio de cambio. Se presentarán focos de resistencia durante la terapia cuando el paciente y el terapeuta trabajen desde distintos estadios. Un terapeuta muy directivo y orientado a la acción se encontrará con pacientes que, situados en el estadio de contemplación, sean muy resistentes a la terapia. Desde la perspectiva del paciente, el terapeuta se está moviendo demasiado rápido. Por otra parte, un terapeuta especializado en la concienciación y la comprensión tenderá a considerar al paciente preparado para la acción como resistente a los aspectos del *insight* de la terapia. El paciente recibirá la advertencia de que está actuando impulsivamente. Desde el punto de vista del paciente, el terapeuta se está moviendo demasiado despacio. Tanto los terapeutas como los pacientes pueden estancarse en un determinado estadio de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993).

Los niveles del cambio

Esta dimensión del cambio se refiere al contenido específico del cambio. Es decir, a aquellas conductas a las que el sujeto aplica los procesos de cambio con el objetivo de modificarlas. Aunque se puedan identificar y aislar algunas conductas adictivas, estas conductas se producen en el contexto de áreas del comportamiento interrelacionados de la actividad humana. Los "niveles de cambio" propuestos por el Modelo Transteórico representan una organización jerárquica de los cinco niveles en los que comúnmente se localizan las evaluaciones e intervenciones psicoterapéuticas. A continuación se relacionan los niveles del cambio propuestos por el Modelo Transteórico y algunas de las áreas del comportamiento que incluye cada uno:

1. *Síntoma/Situación*: (Patrón de uso de sustancias u otros síntomas, factores micro y macro ambientales ...).
2. *Cogniciones desadaptativas*: (expectativas, creencias, autoevaluaciones, ...).
3. *Conflictos interpersonales*: (interacciones diádicas, hostilidad, asertividad, ...).
4. *Conflictos sistémicos/familiares*: (Familia de origen, problemas legales, red de apoyo social, empleo...).
5. *Conflictos intrapersonales*: (autoestima, autoconcepto, personalidad, ...).

Cada escuela de psicoterapia ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles y ha centrado su intervención en su resolución. Desde el punto de vista del modelo transteórico, lo determinante, para la optimización del proceso de cambio, será que terapeutas y clientes se pongan de acuerdo en la conducta o conductas a las que atribuir el problema o daño, y por tanto en el nivel o niveles que modificar para solucionarlo.

Prochaska y DiClemente plantean una serie de estrategias para optimizar la intervención desde la perspectiva de la dimensión de los niveles del cambio. Como regla general, proponen el inicio por el nivel de síntoma/situación, ya que el cambio suele ser más rápido en este nivel de problema que es más consciente, contemporáneo y la razón más frecuente para iniciar la terapia. A medida de que nos vayamos centrando en un punto más bajo de la jerarquía de los niveles más se alejarán los determinantes del problema de la conciencia del individuo. Al profundizar en niveles inferiores, nos encontraremos con determinantes que pertenecen a momentos más alejados en la historia, y el problema puede encontrarse más interrelacionado con la percepción de uno mismo. En consecuencia, se puede predecir que cuanto más profundo sea el nivel que debe ser cambiado más larga y compleja será la intervención terapéutica y mayor la resistencia por parte del paciente (Prochaska y Prochaska, 1993). Por otro lado, los niveles del cambio no están totalmente separados unos de otros. Es probable que el cambio en uno de los niveles produzca cambios en los demás. Los síntomas pueden relacionarse con conflictos intrapersonales. Las cogniciones desadaptativas pueden reflejar las creencias o normas de la familia/sistema. La valoración individual de la retroalimentación del cambio en los distintos niveles, facilitará la complementariedad de las intervenciones interdisciplinarias.

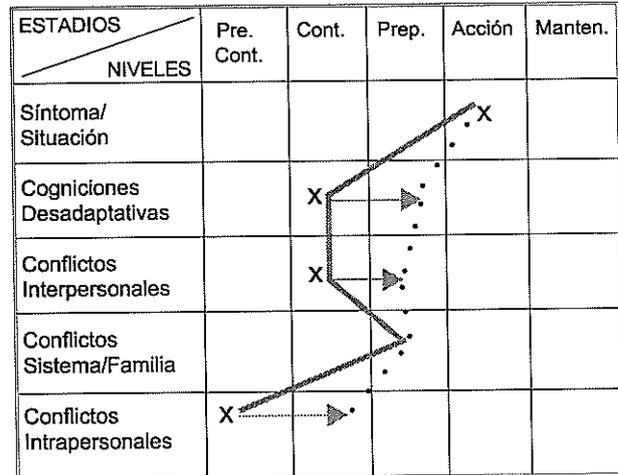
Al contrario de lo que ocurre con la dimensión de los procesos de cambio, íntimamente relacionada con la de los estadios, la dimensión de los niveles del cambio es relativamente independiente de las otras dos. Aunque lo más frecuente sea que el nivel de síntoma/situación se encuentre más avanzado en la intención del cambio, podemos encontrar consumidores de drogas con un perfil variable de intención y motivación para la realización de cambios en distintos niveles, y por tanto en estadios diferentes según el nivel que valoremos. En el contexto de una intervención multidisciplinar, será importante tener en cuenta este perfil de disposición diferencial hacia el cambio. La valoración de este perfil motivacional puede ser esencial desde los primeros momentos de acogida e inicio del tratamiento para el objetivo de optimizar la sinergia del abordaje multidisciplinar. Este perfil de Estadios/Niveles de cambio, puede constituirse en un elemento importante en el diagnóstico, planificación y evaluación de la intervención. Un hipotético ejemplo se refleja en la figura número 2.

Las estrategias básicas propuestas por el Modelo Transteórico para intervenir en múltiples niveles de cambio son tres (Prochaska y Prochaska, 1993):

- Cambio sucesivo de niveles: La terapia se centra inicialmente en los síntomas del paciente y en las situaciones que mantienen estos síntomas. Si los procesos se aplican eficientemente en el primer nivel, y el paciente progresa

Figura 2

Perfil de disposición hacia el cambio según niveles



hacia los siguientes estadios del cambio, la terapia podrá completarse sin necesidad de trasladarse a un nivel más complejo de análisis. Si este enfoque se muestra ineficaz, el foco de la terapia debe trasladarse a otros niveles y así sucesivamente hasta alcanzar el cambio deseado.

- Nivel clave: Si la evidencia disponible señala un nivel clave de causalidad de un problema y el paciente se compromete a trabajarlo, el terapeuta deberá ocuparse casi exclusivamente de este nivel.
- Impacto máximo: En algunos casos clínicos complejos, es evidente la implicación de múltiples niveles como causa, o efecto, de los problemas del paciente. En este caso, se pueden diseñar intervenciones dirigidas a tratar múltiples niveles de cambio con el objeto de conseguir el máximo impacto de una forma sinérgica en lugar de secuencial.

LA DINÁMICA DEL CAMBIO

Las variables mediadoras del cambio

Las dimensiones propuestas por el Modelo Transteórico (Procesos, Estadios, y Niveles), hacen referencia al cómo, cuándo, y qué se cambia. Dichas dimensiones componen la estructura del cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) y proporcionan un marco conceptual, en el que encuadrar la intervención terapéutica en las conductas adictivas, que puede ser asumido y compartido por profesionales de distintas disciplinas y formaciones teóricas. Según el enfoque transteórico, un tratamiento global consistirá en la incentivación diferencial de los procesos de cambio adecuados a cada uno de los estadios dependiendo del nivel del problema que esté siendo tratado en cada momento. La

integración de las tres dimensiones del modelo permite la aplicación de un modelo de intervención jerárquica y sistemática en el contexto de un amplio abanico de estrategias e instrumentos terapéuticos. La adecuada selección de los procedimientos y herramientas a utilizar requiere una profundización en el conocimiento de otras variables, y de su interrelación, que han mostrado ser determinantes del curso del cambio. Los autores del Modelo Transteórico han incluido en sus investigaciones dos variables cognitivas desarrolladas anteriormente por otros autores que han llegado a tener un importante peso específico, empírico y teórico, en su modelo: El "Balance Decisional" y las "Expectativas de Autoeficacia".

El balance decisional

El proceso de cambio intencional está ineludiblemente ligado al proceso de toma de decisiones respecto al mantenimiento o modificación del comportamiento. Los autores del Modelo Transteórico han tenido en cuenta las variables ligadas a este proceso de toma de decisiones enfocándolo desde la perspectiva desarrollada por Janis y Mann a finales de los años setenta. La hoja de Balance Decisional de incentivos se propone por estos autores (Janis y Mann, 1977) como un esquema general para representar los aspectos motivacional y cognitivo de la toma de decisiones por el ser humano. Estos autores proponen ocho categorías de cuestiones que tenemos en consideración en la toma de decisiones sobre el propio comportamiento:

- Beneficios instrumentales para uno mismo.
- Beneficios instrumentales para los demás.
- Aprobación por parte de uno mismo.
- Aprobación por parte de los demás.
- Costes instrumentales para uno mismo.
- Costes para los demás.
- Desaprobación por parte de uno mismo.
- Desaprobación por parte de los demás.

Basándose en este fundamento teórico, se construyó una medida de 24 ítems para estudiar el proceso de toma de decisión en el abandono del tabaco (Velicer, DiClemente, Prochaska, y Brandenburg, 1985). En este estudio, se identificaron y etiquetaron dos escalas: los Pros y los Contras de fumar. Estas dos variables son factores ortogonales o independientes. Se puede puntuar alto en una y bajo en la otra, alto en ambas, o bajo en las dos. Estas escalas fueron capaces de diferenciar entre cinco grupos de sujetos representando los distintos estadios del cambio. También predijeron el consumo o la abstinencia a los seis meses de seguimiento.

La percepción de los pros y los contras de la conducta problema tiene una gran importancia para el avance en el proceso del cambio en los estadios de precontemplación, contemplación y preparación. Sin embargo, durante los es-

tadios de acción y de mantenimiento, el balance decisional pierde importancia como predictor del éxito (Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpil, y Norcross, 1985).

En el estadio de precontemplación, existen claramente más pros que contras para fumar. La magnitud percibida de los contras aumenta durante la contemplación hasta que se iguala con los pros. En este momento, el balance decisional puede estar en equilibrio, lo que disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. Esta es la razón por la que la mayoría de los sujetos suelen permanecer largo tiempo en el estadio de contemplación. En el estadio de preparación, la percepción de los contras supera a la de los pros. Durante la acción, los contras se mantienen más altos que los pros, aunque la importancia del balance decisional en la predicción del cambio disminuya. Finalmente, al lograrse el mantenimiento del cambio, la influencia de esta variable sigue reduciéndose, siempre que se mantenga claramente el balance contrario a la conducta adictiva.

El balance decisional se ha mostrado también relevante cuando lo que se toma en consideración no son las ventajas e inconvenientes de mantener la conducta problema sino de la alternativa, es decir del cambio. Prochaska y un amplio número de colaboradores investigó la generalización del modelo transteórico a través de doce problemas de conducta (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenblom y Rossi, 1994). En este estudio, se analizó la relación existente entre el avance a través de los estadios del cambio y el balance decisional de realizar el cambio a la conducta más saludable o adaptativa. Las conductas estudiadas fueron: fumar tabaco, consumo de cocaína, control de peso, dietas altas de grasa, conducta delincuente adolescente, sexo seguro, uso de condón, uso de pantallas solares, exposición al gas radón, adquisición de ejercicio, *screening* de mamografía, y prácticas preventivas de médicos con fumadores.

Del microanálisis de los resultados de este estudio, Prochaska (1994) propone dos principios que regularían el progreso de la precontemplación a la acción.

- El principio denominado fuerte, que establece que la progresión de la precontemplación a la acción es función del incremento aproximado de una desviación típica en la percepción de los pros del cambio de conducta.
- El principio débil, que establece que la progresión de la precontemplación a la acción es función de la disminución aproximada de media desviación típica en la percepción de los contras del cambio de conducta.

Se puede señalar que, entendido como percepción de las consecuencias futuras de una conducta alternativa, el balance decisional coincide con el concepto de "expectativas de resultados" propuesto por Albert Bandura. En su Teoría Cognitivo-Social (Bandura, 1986), dicha variable contribuye a determinar el inicio y mantenimiento de la conducta

humana en interacción con otra importante variable mediadora entre el ambiente y la conducta: las "expectativas de autoeficacia" (Bandura, 1977, 1982).

Las expectativas de autoeficacia

Bandura sostiene que el pensamiento autorreferencial constituye un mediador de primer orden entre el conocimiento y la acción. En sus propias palabras, "la autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes" (Bandura, 1986). La autoeficacia es definida como un proceso cognitivo de evaluaciones o apreciaciones percibidas que las personas hacen sobre su competencia para realizar adecuadamente una tarea en una situación específica. La percepción de eficacia personal influye en la elección, el esfuerzo dedicado, los pensamientos, las reacciones emocionales y las conductas ejecutadas ante una situación conflictiva. Bandura diferencia la autoeficacia de otros constructos relacionados, como la autoestima o el autoconcepto, remarcando que la autoeficacia se refiere a la competencia percibida en situaciones específicas, mientras que estos otros constructos se refieren a una autoimagen global a través de una amplia variedad de situaciones. Este énfasis en los juicios para tareas o situaciones específicas subraya la importancia como determinantes directos de la conducta de los "estados" (interacciones entre la persona y el ambiente inmediato) en contraste con los "rasgos" (tendencias disposicionales a largo plazo).

Las expectativas de autoeficacia ante situaciones evocadoras de tentación y deseo han sido subrayadas como mediadores esenciales para la recuperación de las adicciones por diversos autores relacionados con el tratamiento cognitivo-conductual de estos trastornos (Annis y Davis, 1988; Marlatt y Gordons, 1985). Se ha encontrado una relación significativa entre las evaluaciones de la autoeficacia y el mantenimiento exitoso del abandono del tabaco (DiClemente, 1981, 1986; Condiotte y Lichenstein, 1981) y del alcohol (Annis y Davis, 1989). El concepto de tentación ha sido ampliamente desarrollado por los autores que se han dedicado a la conceptualización y diseño de los programas de prevención de recaídas. Se han descrito componentes afectivos (respuestas condicionadas directas y compensatorias) y cognitivos (expectativas de resultados) para explicar la tentación y el deseo compulsivo de consumo (Powell, Bradley y Gray, 1992).

La relación entre la intensidad de la tentación y de la autoeficacia es compleja y varía para los sujetos situados en diferentes estadios del cambio. En un estudio dirigido a examinar la autoeficacia en el autocambio de la conducta de fumar, se encontró una clara correlación inversa entre la autoeficacia total y las puntuaciones de tentación en los contempladores ($r = -0.65$) y los recaídos ($r = -0.67$), pero no para los abstinentes recientes ($r = 0.18$). (DiClemente, Pro-

chaska y Gibertini, 1985). En el estadio de precontemplación, existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la alta intensidad de la tentación, que se reduce en los estadios de contemplación y llega a un cierto equilibrio en la preparación. Cuando se entra en el estadio de acción, el equilibrio entre tentación y autoeficacia se pierde, aumenta drásticamente la autoeficacia, y la tentación disminuye de forma gradual. En el estadio de mantenimiento se invierte absolutamente el patrón de la precontemplación: la tentación disminuye al mínimo, mientras que la autoeficacia alcanza su punto máximo (DiClemente, 1986).

Este patrón de variación de la autoeficacia según el estadio del cambio ha sido también encontrada en un estudio realizado en nuestra comunidad con adictos a los opiáceos (Díaz, 1998). En este mismo estudio, se encontró una relación inversa entre la autoeficacia y la frecuencia e intensidad de deseos de consumo ocurridos en la semana previa.

Las expectativas de autoeficacia son un predictor del éxito en el cambio. En investigaciones sobre los estadios para el abandono del tabaco, las evaluaciones de autoeficacia resultaron ser predictores bastante válidos del paso de la preparación, a los estadios de acción y de mantenimiento, pero no del avance en los estadios previos (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985). La valoración de la autoeficacia tiene una implicación distinta en los primeros estadios de cambio cuando los individuos todavía no se han comprometido a actuar y no reciben feedback para aplicarlo a su autoevaluación. En el caso de los precontempladores, es difícil interpretar la eficacia en la abstinencia. Bajas puntuaciones en los cuestionarios de autoeficacia en este grupo de individuos pueden representar una combinación de percepción de incapacidad y de falta de interés. En el estadio de acción, los individuos son más capaces de evaluar directamente su capacidad y grado de autoconfianza ante eventuales situaciones de riesgo de recaída.

Por otro lado, las evaluaciones de la autoeficacia modulan el esfuerzo o la actividad de afrontamiento, pero no en un sentido unidireccional. Puntuaciones altas en sujetos situados en precontemplación y contemplación correlacionaron con una mayor actividad de los procesos de cambio. Sin embargo, en los estadios de acción y sobre todo de mantenimiento, los sujetos con una elevada autoeficacia para abstenirse del tabaco, presentaron una correlación negativa con la actividad de estos procesos. En consecuencia, la confianza en la propia eficacia influye en el esfuerzo empleado en los procesos de cambio en función del estadio en que se encuentre cada individuo (DiClemente, Prochaska, y Gibertini, 1985).

Integración de las dimensiones y las variables propuestas por el Modelo Transteórico

Los autores del Modelo Transteórico han estudiado en profundidad la relación existente entre los estadios y los procesos del cambio. El avance a través de los estadios viene determi-

nado prioritariamente, según el Modelo Transteórico, por la apropiada utilización diferencial de los procesos de cambio. Diferentes procesos han de ser intensificados durante distintos estadios del cambio. En el estadio de precontemplación, se da la menor utilización de los procesos de cambio. El paso al estadio de contemplación, requiere un incremento importante del aumento de concienciación, del relieve dramático, y quizás, del inicio de la reevaluación ambiental. La continuación de la utilización de estos procesos de cambio, en combinación con la autoreevaluación, es precisa para alcanzar el estadio de preparación. Para avanzar de éste al de acción, tiene especial importancia el proceso de autoliberación. La acción eficaz precisa de la utilización enérgica de todos los demás procesos de cambio: manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos. El mantenimiento exitoso requiere la continuidad de la utilización de estos procesos durante bastante tiempo, aunque progresivamente con menor intensidad (DiClemente y Prochaska, 1985).

Por otro lado, como se ha visto al describir las variables cognitivas mediadoras del cambio, tanto el balance en la toma de decisiones, como la autoeficacia, variarán en su consideración por parte del individuo según el estadio del cambio en el que éste se encuentre. La interacción entre los procesos y las variables mediadoras con los estadios del cambio nos permite realizar predicciones del avance a través de los estadios en función del estado de estas variables. Esta hipótesis ha obtenido confirmación empírica en diferentes estudios realizados con distintas poblaciones y problemas.

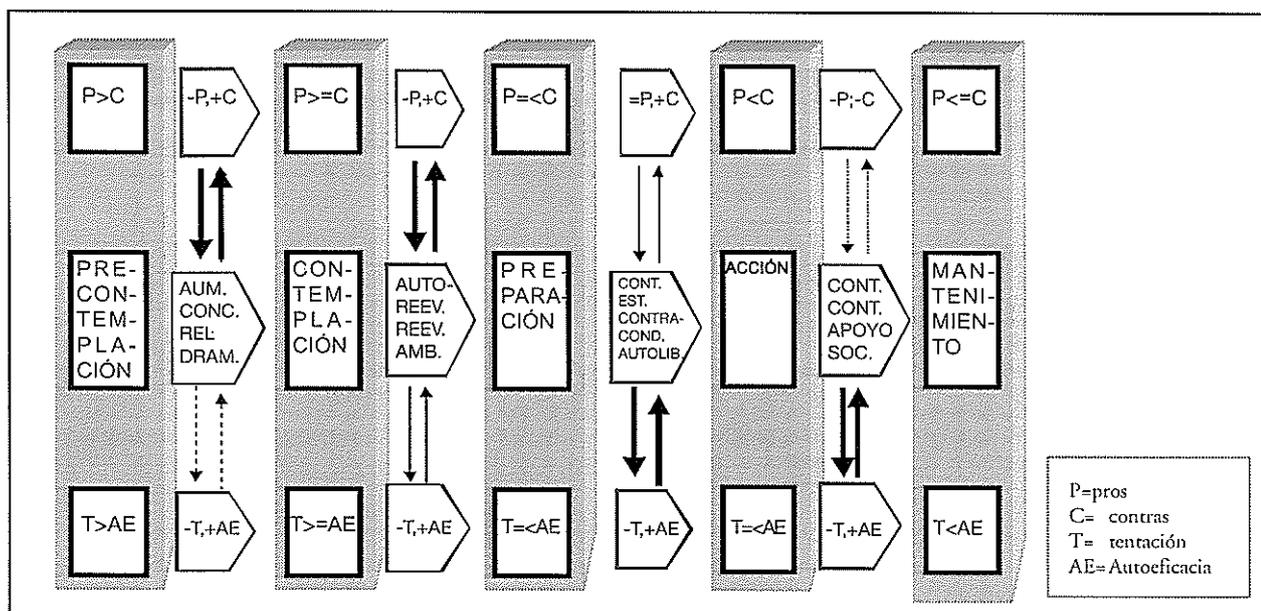
En un estudio longitudinal de dos años de duración, se encontraron seis funciones discriminantes que predijeron significativamente el avance a través de los estadios para un

período de seis meses (Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpil y Norcross, 1985). Las variables incluidas en dichas funciones fueron los diez procesos de cambio, las medidas de autoeficacia y tentación y las de balance en la toma de decisiones. Este hallazgo tiene un significado práctico considerable, ya que todas estas variables están abiertas al cambio. No son estructurales e inamovibles como el sexo, la edad o la historia del hábito. Al contrario, son susceptibles de modificación y pueden estar sometidas al autocontrol sin depender necesariamente de la intervención profesional.

Los patrones básicos de los procesos de cambio se pueden representar por la figura de una montaña. Su grado de utilización evoluciona en un patrón general de incremento coronado en un estadio particular de cambio, declinando después hasta los niveles de precontemplación (aunque no tanto si se usan estrategias de prevención de recaídas). La intensidad de la tentación y la percepción de los pros de fumar siguen un patrón lineal de disminución a lo largo de los estadios. La autoeficacia se incrementa progresivamente hasta su máximo valor en el mantenimiento. La percepción de los contras de la conducta adictiva también se incrementa a través de la evolución del curso del cambio, pero alcanza su punto máximo en la acción, estabilizándose o disminuyendo ligeramente en el estadio de mantenimiento (Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli y Rossi, 1991).

En la figura que se presenta a continuación se trata de integrar las distintas variables predictoras sugeridas por el Modelo Transteórico. En esta figura se pretende reflejar la dinámica del curso del cambio según los autores de este modelo, señalándose los procesos más determinantes para el avance de un estadio a otro, así como la influencia relativa, según el momento del cambio, de las variables cognitivas mediadoras.

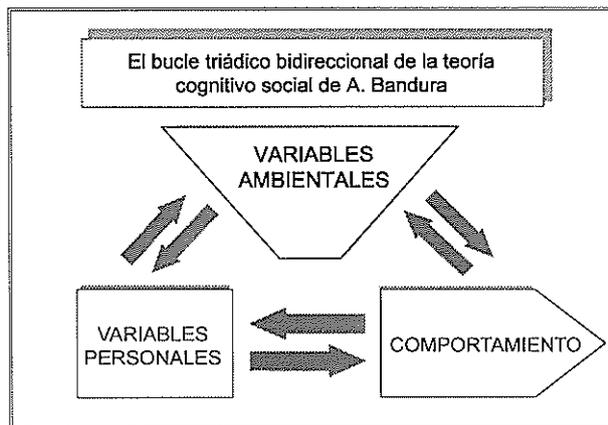
Figura 3



EL DETERMINISMO RECÍPROCO Y LOS ESTADIOS DEL CAMBIO

A la hora del desarrollo y la aplicación de programas de intervención que sean eficaces, surge la necesidad de elegir entre distintos tipos de estrategias y modalidades terapéuticas (Marlatt, 1988). Se plantean entonces, múltiples cuestiones sobre la forma de provocar las deseadas modificaciones en las variables implicadas en el curso del cambio. Un programa integral de intervención basado en el Modelo Transteórico precisa de la consideración de todas las variables que pueden influir de una manera determinante en el cambio de comportamiento. El modelo explicativo más comprehensivo respecto a la causación de nuevas conductas es, a nuestro entender, el del "Determinismo Recíproco" propuesto por la Teoría Cognitivo-Social, que se resume esquemáticamente en la siguiente figura. Según Bandura, "la conducta, los factores cognitivos y demás factores personales, y las influencias ambientales operan de forma interactiva como determinantes recíprocos. En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco hace referencia a la acción mutua desarrollada entre los factores causales" (Bandura, 1986).

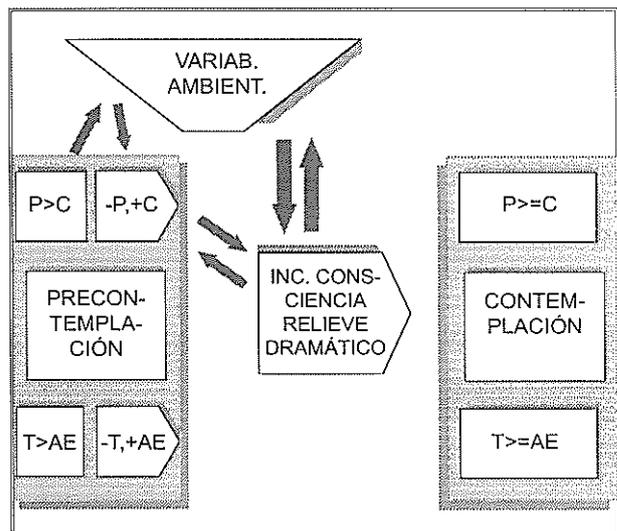
Figura 4
Determinismo recíproco



La aplicación de esta perspectiva de determinismo recíproco al patrón de cambio propuesto por el Modelo Transteórico nos permite organizar nuestras intervenciones para la optimización del progreso en el curso del cambio. Desde este punto de vista, tendremos dos posibles vías de intervención: la directamente dirigida a alterar cognitivamente y experiencialmente las variables personales y disposicionales (percepciones del balance en la toma de decisiones, y/o expectativas de autoeficacia fundamentalmente, según el Modelo Transteórico), y la dirigida a facilitar ambientalmente la puesta en marcha de los procesos de cambio más adecuados para el tránsito en cuestión.

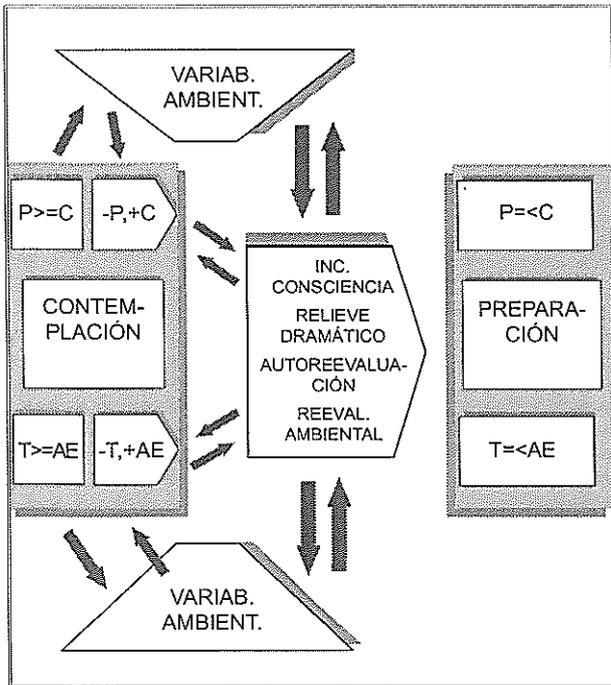
En el paso de la precontemplación a la contemplación, consideramos interesantes, entre las estrategias influyentes en el estado personal y disposicional del individuo, las propuestas por la "entrevista motivacional" (Miller y Rollnick, 1991, 1999), que están dirigidas a lograr una relación interpersonal que facilite la aceptación del feedback de los profesionales comunitarios con los que se ponga en contacto el sujeto. Entre las intervenciones facilitadoras de los procesos de cambio más adecuados a este momento, es prioritaria la captación de la atención de estos sujetos y la disponibilidad de información veraz y creíble capaz de provocar interés respecto al problema en cuestión. Las intervenciones dirigidas a la reducción de los daños y los riesgos (Newcombe, 1995), caracterizadas por perseguir avances en las conductas de salud en los términos que los afectados acepten y deseen, son especialmente adecuadas como marco para la potenciación de los procesos de cambio idóneos para este momento.

Figura 5



En el paso de la contemplación a la preparación, la influencia sobre las percepciones personales, con un alto componente de ambivalencia, sigue precisando de un acercamiento no intrusivo que evite la provocación del fenómeno de reactancia cognitiva (Brehm, 1966). No obstante, para apoyar el proceso de cambio es necesaria una cierta disonancia cognitiva (Festinger, 1957) que favorezca la reflexión sobre las ventajas e inconvenientes de la conducta problema y el inicio de la valoración de la propia capacidad para lograr cambios. La facilitación de estos cambios conductuales iniciales, con programas flexibles de sustitución farmacológica por ejemplo, puede permitir la reevaluación del propio comportamiento en relación, tanto con el entorno social más cercano, como con los propios valores y creencias personales.

Figura 6



En el paso de la preparación a la acción, la intervención terapéutica se debe basar en el progresivo apoyo de las expectativas de autoeficacia, en la potenciación del compromiso con el cambio y en el ofrecimiento de posibles planes de actuación. La facilitación de los recursos necesarios para la puesta en marcha de los procesos de cambio conductuales precisará de una creciente estructuración del programa de tratamiento, exigiendo una creciente implicación, por parte del sujeto, en el sistema terapéutico.

El adecuado paso de la acción al mantenimiento requiere del fundamento del apoyo de las expectativas de autoeficacia en logros reales del propio sujeto en la modificación de su comportamiento. Solo cuando el grado de motivación y compromiso sea el adecuado, será de utilidad el adiestramiento en habilidades concretas de afrontamiento, especialmente en aquellas relacionadas con la prevención de recaídas (Marlatt, y Gordons, 1985). El mantenimiento eficaz de los logros alcanzados precisará, desde el enfoque de la facilitación ambiental de los procesos del cambio, de la propia configuración del programa de tratamiento como parte de las contingencias de reforzamiento y de las relaciones de ayuda a potenciar por el sujeto. La estabilización definitiva del cambio de comportamiento requerirá una lenta y cuidadosa difuminación de la utilización de éstos y de todos los otros procesos que fueron necesarios para el avance a lo largo del curso global del cambio.

Figura 7

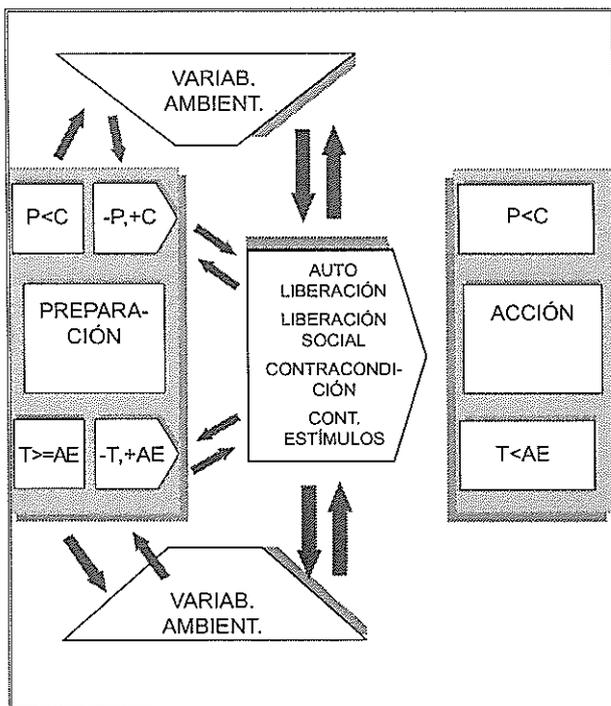
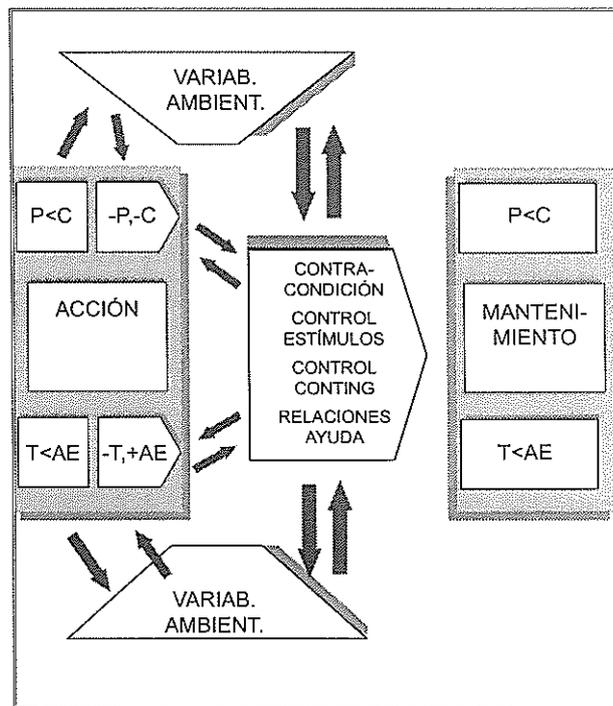


Figura 8



BIBLIOGRAFÍA

Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988): "Assessment of expectancies", en D.M. Donovan y G.A. Marlatt (eds.), *Assessment of addictive behaviors*, Nueva York, Guilford Press.

Annis, H. M. y Davis, C. (1.989): "Relapse prevention training: A Cognitive-Behavioral approach based on Self-Efficacy theory" en Daley, D. (Ed.). *Relapse : Conceptual, Research and clinical perspectives*, Toronto, Hawort Press.

Bandura, A. (1.977): "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1982): "Self-efficacy mechanism in human agency", *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A.(1986): *Pensamiento y acción*. Barcelona, Martínez Roca.

Brehm, J. (1966): *A Theory of psychological reactance*. Nueva York. Academic Press.

Conditte, M. y Lichtenstein, E. (1981): "Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs", *Journal of consulting and clinical psychology*, 49, 648-658.

Davidson, R.,(1992): "Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?", *British Journal of Addicción*, 87, 821-822.

Díaz, J., (1998): "Expectativas de autoeficacia ante situaciones de riesgo de consumo de heroína y proceso de cambio en heroínómanos", en *Libro de comunicaciones del V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Diputación de Cádiz.

DiClemente, C.C. (1981): "Self-Efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report", *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.

DiClemente, C.C. (1986): "Self-Efficacy and the addictive behavior", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.

DiClemente, C. C. y Hughes, S.O. (1990): "Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment", *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

DiClemente, C. C. y Prochaska, J.O. (1982): "Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance", *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

DiClemente, C. C. y Prochaska, J.O. (1985): "Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change". En S. Shiffman y T. A. Wills (eds), *Coping and substance use*, Londres, Academic Press.

DiClemente, C. C., Prochaska, J.O. y Gibertini, M.(1985): "Self-efficacy and the stages of self-change of smoking", *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M. M. y Rossi, J.S. (1991): "The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, and preparation stages of change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

Festinger, L. (1957): *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, Stanford University Press.

Fierro, A. (1993): *Para una ciencia del sujeto*, Barcelona, Anthropos.

Hunt, W. A., Barnett, L. W., y Branch, L. G. (1971): "Relapse rates in adicción programs", *Journal of Clinical Psychology*, 27, 355.

Janis, I.L. y Mann, L. (1977): *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*, Nueva York, Free Press.

Lazarus, A. (1976): *Multimodal Behavior Therapy*, Nueva York, Springer.

Marlatt A., y Gordons, J. (1.985): *Relapse Prevention*. Nueva York, Guilford Press.

Marlatt, G.A. (1988): "Matching clients to treatment: Treatment models and stages of change", en D.M. Donovan y G.A. Marlatt (eds.), *Assessment of addictive behaviors*, Nueva York, Guilford Press.

McConnaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1989): "Stages of change in psychotherapy: A follow-up report", *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 26, 494-503.

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983): "Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles", *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.

Miller, W. R., y Heather, N. (1986): *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (eds) (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, Nueva York, Guilford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (Comps) (1999): *Entrevista motivacional*, Barcelona, Paidós.

Newcombe, R. (1995): "La reducción de los daños relacionados con las drogas: un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación". En P. A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E. C. Burning y E. Drucker (Comps.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas*, Barcelona, Grup Igia.

Norcross, J. C. y Vangarelli, D. J., (1.989): "The resolution solution: Longitudinal examination of New Year's change attempts", *Journal of Substance Abuse*, 1, 127-134.

Norcross, J. C., Karg, R., y Prochaska, J. O. (1997): "Clinical psychologists in the 1990s". *The Clinical Psychologist*, 50 (2), 4-9.

Ockene, J., Ockene, I., y Krystellar, J. (1989): *The coronary artery smoking intervention study*, Worcester, National Heart Lung Blood Institute.

Orford, J., (1.985): *Excessive appetites: A psychological view of addictions*, Nueva York, Wiley.

Orford, J. (1992): "Davidson's dilemma", *British Journal of Addiction*, 87, 832-833.

Powell, J., Bradley, B. y Gray, J. (1992): "Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: An investigation of their relative contributions", *British Journal of Addiction*, 87, 1133-1144.

Prochaska, J. O. (1978): *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*, Homewood, Illinois, Dorsey Press.

Prochaska, J. O. (1994): "Strong and weak principles from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors", *Health Psychology*, 13, 1, 47-51.

- Prochaska, J. y DiClemente, C. C. (1983): "Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change", *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984): *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*, Homewood, Illinois, Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1985): "Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress". En S. Shiffman y T. A. Wills (eds.), *Coping and substance use*, Londres, Academic Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986): "Toward a comprehensive model of change", en W.R. Miller y N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992): "Stages of change in the modification of problem behaviors", en M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Newbury Park, California, Sage.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992): "In search of how people change. Applications to addictive behaviors", *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C.C., Velicer, W., Gimpil, S., y Norcross, J. C., (1985): "Predicting change in smoking status for self-changers". *Addictive Behaviors*, 10, 395-406.
- Prochaska, J. O., y Norcross, J. C. (1999): *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis*, Pacific Grove, Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993): "Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas", en Casas y M. Gossop (eds.), *Recatida y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*, Barcelona, Ediciones de Neurociencias, Citrán, FISP.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., y Fava, J. (1988): "Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Guadagnoli, E. y Rossi, J. S. (1991): "Patterns of change: Dynamic typology applied to the smoking cessation", *Multivariate Behavioral Research*, 26, 83-107.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W. Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenblom, D. y Rossi, S. R. (1994): "Stages of change and decisional balance to twelve problem behaviors", *Health Psychology*, 13, 1 39-46.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., y Hall, W. (1992): "Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers", *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Royce, J. R. (1999): "Cómo progresar mejor en la construcción de teoría en psicología", *Escritos de Psicología*, 1: 1-12.
- Schachter, T. L. (1982): "Recidivism and self-cure of smoking and obesity", *American Psychologist*, 37, 436-444.
- Tuchfeld, B., (1981): "Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications", *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 626-641.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Brandenburg, N. (1985): "A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Wachtel, P. L. (1977): *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*, Nueva York, Basic.