

Modelo transteórico del cambio:

Un modelo para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias



Northeast & Caribbean (HHS Region 2)

ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL CARIBE



IRESA
INSTITUTE OF RESEARCH, EDUCATION
AND SERVICES IN ADDICTION

Para más información:

Nilsa Padilla-Elias, MPH

Coordinadora, Northeast and Caribbean ATTC

Tel: (787) 785-4211 / Fax: (787) 785-4222

Email: nilsa.padilla@uccaribe.edu

Relevo de responsabilidad

Esta publicación fue preparada por el Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center (ATTC) bajo el acuerdo cooperativo con la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Todo el material incluido en esta publicación, excepto el tomado de recursos con derechos de autor, es de dominio público y no se puede reproducir ni copiar sin el permiso de SAMHSA o los autores. Citar la fuente es apreciado.

Cita sugerida: Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center. (Febrero, 2021). El Modelo Transteórico del Cambio: Un modelo para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Instituto de Investigación, Educación y Servicios en Adicción, Universidad Central del Caribe, Bayamón, PR.

Al momento de esta publicación, el Sr. Tom Coderre sirve como Secretario Adjunto Interino de SAMHSA; Michael Chaple, Ph.D. sirve como Director e Ibis S. Carrión González, Psy.D. como Co-directora del Northeast and Caribbean ATTC.

Las opiniones que se expresan en este documento es el punto de vista de los autores y no reflejan necesariamente la posición oficial de CSAT o de cualquier otro renglón del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés). las opiniones expresadas en este documento no tienen la intención ni debe inferior apoyo o endoso oficial de parte del DHHS, SAMHSA o CSAT.

Para más información u obtener copias de esta publicación visite:
<https://attcnetwork.org/centers/northeast-caribbean-attc/home>

Reconocimientos:

Reconocemos por su contribución en el desarrollo de este producto:

Angelita Colón-Ortiz, Psy.D., Psicóloga Clínica

Equipo de Puerto Rico e Islas Vírgenes Estadounidenses del Northeast and Caribbean ATTC:

Ibis S. Carrión-González, Psy.D. – Co-Directora

Nilsa Padilla-Elías, M.P.A. – Coordinadora Interina de Asistencia
Técnica y Adiestramiento

Índice

	Página
Objetivos	04
Introducción	04
El cambio	05
Dimensiones del cambio	06
Etapas de cambio	07
Precontemplación	08
Contemplación	10
Preparación	11
Acción	12
Mantenimiento	15
Procesos del cambio	17
Proceso experiencial	18
Balance decisional	19
Autoeficacia	20
Proceso conductual	20
Niveles de cambio	24
Contexto del cambio	26
Medida de éxito a largo plazo	27
Entrevista Motivacional	29
Conclusión	29
Referencias	30

Objetivos del módulo:

- 1 Conocer el Modelo Transteórico del Cambio y considerarlo una herramienta eficaz para el manejo del cambio en personas con trastornos por consumo de sustancias.
- 2 Comprender el Modelo Transteórico del Cambio y su aplicación práctica en el manejo de conductas relacionadas al trastorno por consumo de sustancias.
- 3 Desarrollar las destrezas y el conocimiento necesario para utilizar el Modelo Transteórico del Cambio en el manejo de personas con trastornos por uso problemático de sustancias.

Introducción

Numerosos estudios e investigaciones han evidenciado la importancia de trabajar efectivamente con las personas con trastornos por consumo de sustancias. Es imprescindible utilizar modelos basados en evidencia que científicamente hayan demostrado efectividad. El Modelo Transteórico del Cambio surge por el interés de comprender y explicar la dinámica del cambio en el manejo de las conductas de personas con trastornos por uso problemático de sustancias.

En la década de los 70 la responsabilidad del cambio recaía exclusivamente en el individuo. Se consideraba que si una persona con trastorno por consumo de sustancias no respondía afirmativamente al tratamiento ofrecido se debía a su falta de interés, pobre motivación, estilo o personalidad. El cambio se establecía como uno obligado sin considerar la opinión de la persona ya que por su uso de sustancias se definía desde la perspectiva de enfermedad. El Modelo Transteórico del Cambio tiene como premisa que el cambio es un proceso y las personas tienen diferentes niveles de motivación e intención de cambio.

En el 1979 James O. Prochaska y Carlo DiClemente publican el libro *Sistemas de Psicoterapia: un Análisis Transteórico*. En este se analiza de forma comparativa las mejores 18 teorías en psicoterapia y cambio conductual. En 1982 los autores publican el libro *Enfoque Transteórico del Cambio*. En este formulan hipótesis que establecen que los cambios de conducta siguen unas etapas a las que denominaron etapas del cambio. Los autores buscaban entender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismos o a partir de ayuda profesional. En el año 1984 los autores presentaron en un congreso el Modelo Transteórico del Cambio. En el año 1994 los autores junto a John Norcross publican "Changing for Good" en el que definen el cambio como cualquier actividad iniciada para ayudar a modificar pensamientos, sentimientos y conductas. Desde el 1979 hasta el presente se han publicado innumerables artículos y libros sobre el Modelo Transteórico del Cambio que lo han convertido en uno de los modelos, basado en la evidencia, más utilizados y recomendados para manejar conductas nocivas incluyendo el trastorno por consumo de sustancias.

El cambio

Los seres humanos constantemente afrontan el reto del cambio. En ocasiones lo promueven y lo asumen con todas sus consecuencias y en otras la resistencia surge como mecanismo para no afrontarlo. Las personas con trastornos por consumo de sustancias constantemente son presionadas a cambiar y cesar el consumo de sustancias de forma definitiva. Se asume que deben comprometerse a dejar atrás la conducta nociva por el bienestar de otros y por sí mismos. Tradicionalmente las personas con conductas nocivas y situaciones relacionadas con el uso problemático de sustancias han sido estigmatizadas y evaluadas desde una perspectiva moral, así como de falta de voluntad. Se les ha considerado como individuos incapaces de tomar decisiones a favor de su bienestar. Desde esta perspectiva el cambio era impuesto por las personas de ayuda y no se consideraba la opinión de la persona ni el derecho a tomar decisiones sobre su vida.

Los procesos fundamentales y de sobrevivencia de la vida se relacionan con respirar, beber, comer y moverse. Las conductas que amenazan la salud de las personas se relacionan con fumar, abuso de alcohol, dietas poco saludables, falta de actividad y estrés (Prochaska. J.O & Prochaska J.M., 2016). El estrés es el factor común que impulsa a las personas a respirar, beber o comer en niveles tóxicos. Se requiere estrategias para comprender este factor y ayudar a las personas a reconocer las variables que afectan su nivel de estrés para promover cambio.

El Modelo Transteórico del Cambio está basado en la evidencia y se recomienda para el manejo de los trastornos por consumo de sustancias. El modelo ha demostrado ser útil para cambiar estilos de vida poco saludables y para ayudar a entender las razones por las que los individuos muchas veces fracasan, pese a querer lograr cambios en su vida. Prochaska, Norcross y DiClemente (1994) definen cambio como un proceso interno psicológico, que inicia cuando el individuo afronta una situación nueva que requiere ajustes y modificación de los pensamientos, emociones y conductas. Esto implica ver a la persona desde una perspectiva holística, como un ser humano integral ubicado en su contexto social. El cambio obligado o presionado por factores externos no implica modificación del punto de vista, ideas, pensamientos o creencias de la persona. Estos autores indican que las personas cambian de forma voluntaria cuando muestran preocupación sobre la necesidad e importancia de cambiar; están convencidas de que el cambio les traerá beneficios; organizan un plan de acción y asumen el compromiso de ponerlo en práctica. DiClemente (2018) señala que el proceso adictivo involucra múltiples determinantes que representan distintos dominios del funcionamiento de una persona que fluctúan desde aspectos internos del individuo, como la autoestima y neurobiología, hasta las influencias sociales. El proceso adictivo se plantea, entonces, como uno biopsicosocial.

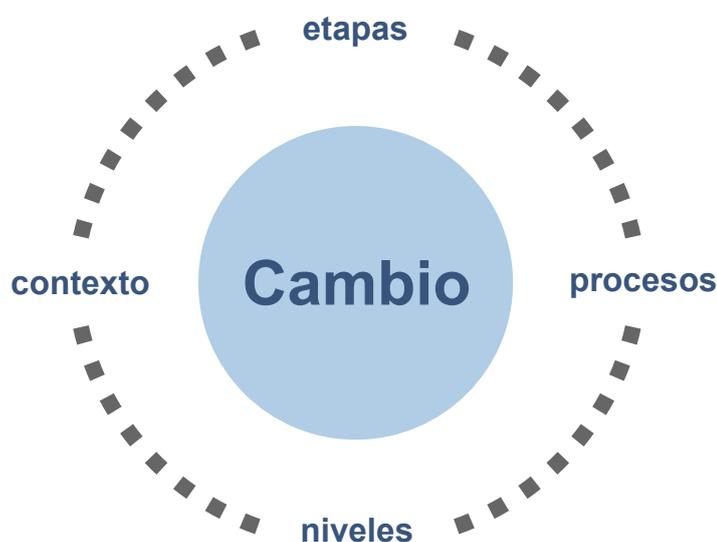
El cambio forma parte de la vida. Es natural sentir apego a lo conocido y aunque las personas reconozcan las consecuencias de sus conductas nocivas pueden preferir mantenerse en una zona confortable. De esta manera mantienen la estabilidad y seguridad en su vida. Decidir a favor del cambio puede tener el efecto de crear inestabilidad, inseguridad y miedo a afrontar lo desconocido. Es necesario comprender lo anterior para entender que la resistencia es parte natural y esperada del proceso del cambio. Un individuo puede reconocer que una conducta particular resulta nociva; sin embargo, el apego a lo conocido puede tener el efecto de que se cierre a evaluar o aceptar otras posibilidades permaneciendo en la conducta de riesgo. Esta ambivalencia o presencia simultánea de los motivos a favor y en contra del cambio es normal que ocurra. Cuando la persona comienza a visualizar y adaptarse a la posibilidad de una realidad distinta disminuye la resistencia; y, entonces puede contemplar realizar cambios.

La motivación es un aspecto fundamental en el proceso del cambio. Miller y Rollnick (1991; 2013) la definen como el estado de buena disposición para cambiar. Es la suma de fuerzas internas y externas y otras influencias que mueven a una persona a estar lista, desear y ser capaz de lograr unas metas y comenzar un proceso de cambio. La motivación es multidimensional, abarca todas las urgencias y deseos internos de las personas, las presiones externas y las metas que influyen en el proceso, percepciones de riesgos y beneficios, así como las apreciaciones cognoscitivas. La motivación puede fluctuar a través del tiempo o dependiendo de la situación; y, puede ser influenciada por otras personas. Es interactiva o influenciada por interacciones sociales (amigos, familia); por factores internos (emociones y percepciones) y por factores externos (presiones externas y metas). La motivación es dinámica, fluctuante y puede ser modificada. Esto implica que una persona puede iniciar el proceso de cambio evidenciando alta motivación, pero posteriormente y por diversas razones disminuir la misma. Es importante indicar que el estilo del profesional de ayuda impacta, positiva o negativamente, la motivación de la persona. Usualmente cuando la persona no cumple o falla en su proceso se indica que perdió la motivación y se le responsabiliza por ello. Sin embargo, es necesario evaluar los aspectos antes mencionados y considerar el estilo y dinámica del profesional de ayuda como posibles factores a manejar para aumentar o mantener la motivación de la persona.

El Modelo Transteórico del Cambio conceptualiza el proceso del cambio como una secuencia de etapas a través de las cuales las personas progresan mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos. El modelo explica las fases que se necesita superar considerando la motivación como un factor importante en este cambio y asignándole al sujeto un rol activo, pues este es considerado como el principal actor en su cambio de comportamiento.

Dimensiones del cambio

El Modelo Transteórico del Cambio proporciona una concepción global de cambio en las conductas relacionadas con el uso problemático de sustancias. Este integra cuatro dimensiones que influyen en el cambio de conducta: etapas de cambio, proceso de cambio, niveles de cambio y contexto de cambio.



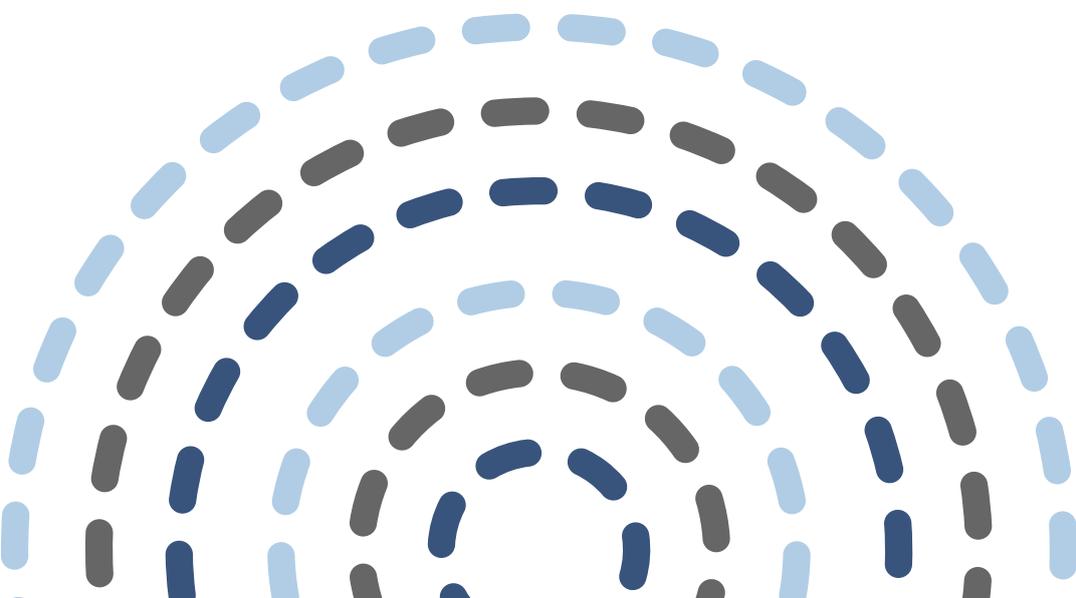
Etapas de cambio

Las etapas de cambio evidencian el proceso y progreso en el cambio de conducta. Las personas con el trastorno por consumo de sustancias aun cuando verbalizan intención de cambio atraviesan por distintas etapas que proveen información respecto a su proceso interno con relación al cambio. De acuerdo con el Modelo Transteórico del Cambio las etapas de cambio no representan un proceso lineal, sino cíclico, en el que la persona puede fluctuar entre las etapas por diversas razones o motivos. El cambio es un proceso individual y distinto para cada persona. Esto implica que, aunque dos personas expresen su intención de cambio respecto al uso de sustancias, de acuerdo con el modelo, pueden encontrarse en distintas etapas y las estrategias de trabajo deben ser diferentes. Así mismo, si una persona presenta un trastorno por consumo de diversas sustancias y expresa intención de cambio, puede estar en distintas etapas para cada una de estas. No hay un tiempo específico para pasar de una etapa a otra; incluso, algunas personas pueden mantenerse indefinidamente en una etapa aun cuando expresen intención de cambio. Así mismo, una persona puede mostrarse comprometida y motivada al cambio, adelantar en las etapas y posteriormente por diversas variables regresar a la etapa inicial. Esto puede generar frustración en el profesional de ayuda y considerar que la persona no presenta compromiso ni motivación hacia el cambio. Sin embargo, esto es parte normal y natural del proceso. La recurrencia, definida como regreso a la conducta o a los síntomas iniciales que se han estado trabajando, es una posibilidad latente, sin importar la etapa de cambio en que se encuentre la persona.

Cada etapa de cambio está definida por unas características particulares y específicas. Se requiere de unas acciones asertivas y específicas para lograr que la persona mantenga su intención de cambio y comprenda su proceso. Las etapas de cambio son: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

El reto del profesional de ayuda es determinar, luego de un avalúo, la etapa de cambio en que se encuentra la persona con relación al uso de sustancias. El profesional de ayuda debe evitar prejuicios, impresiones rápidas o ser pobre escucha para identificar la etapa de cambio. Según DiClemente (2004) existen unas preguntas base que deben ser incluidas en el avalúo/cernimiento:

1. ¿Qué cambio, si alguno, has realizado para dejar el uso de sustancias?
2. ¿De qué manera estás trabajando para manejar el uso de sustancias?
3. ¿Cómo o de qué modo has modificado la conducta en relación con el uso de sustancias?
4. ¿Consideras el uso de sustancias como un problema que necesita ser cambiado?
5. En este momento, ¿Cuán importante es para ti trabajar para lograr cambios en el uso de sustancias?
6. ¿Qué tan seguro(a) te sientes de poder realizar algún cambio con relación al uso de sustancias?



Precontemplación

Etapa precursora del cambio, en la que el individuo no presenta intención de cambiar su conducta en el futuro inmediato. No se reconoce la existencia de una conducta problemática, por lo que no se expresa la necesidad de cambio. Esto ocurre independientemente de las consecuencias de la conducta. Si se discute o analiza con la persona el impacto negativo de su conducta, recurrirá a diversos argumentos con el propósito de justificarla o minimizarla, presentando una actitud defensiva. Es usual escuchar el argumento de que podrá cambiar su conducta cuando lo desee, por lo que rechaza cualquier acercamiento o intención de ayuda. Es común escuchar verbalizaciones como: “no tengo problemas que necesite cambiar”, “puedo tener mis fallas, pero quién no las tiene”. El mecanismo de defensa observado en la precontemplación es la negación y racionalización. El individuo no reconoce que tiene un problema, no evidencia conciencia de su conducta, por lo que no presenta disposición al cambio. En estas circunstancias la persona acude al profesional de ayuda presionado por otros que incluso condicionan la relación, cualquiera que sea, a que se someta a tratamiento. Desde esta perspectiva, la motivación de la persona es lograr disminuir o eliminar la presión externa, mientras considera mantener la conducta nociva. Una vez la presión externa cesa, la persona retorna a la conducta inicial. Di Clemente (1991, 2004) indicó que los precontempladores son personas con comportamientos adictivos (nocivos) que no están contemplando el cambio. Las personas en la etapa de precontemplación suelen ser etiquetados como poco cooperadores, resistentes, desmotivados y no listos para iniciar el proceso del cambio. Prochaska & Prochaska (2016) indican que son los profesionales de la salud los que no están listos para manejar a las personas con uso problemático de sustancias que están en la etapa de precontemplación. Se menciona que no están motivados para parear sus programas de acción o estrategias de ayuda a las necesidades de las personas que están en esta etapa.

Tradicionalmente y en un intento por lograr que la persona acepte que tiene problemas con el uso de sustancias se recurre a la confrontación. Sin embargo, esto tiene como efecto aumentar la defensividad y crear barreras en la relación profesional. En esta confrontación es común escuchar verbalizaciones como: “te vas a morir si no cambias tu conducta”, “mírate, te ves enfermo y tu familia está sufriendo por ti”. La persona se siente atacada, incomprendida, por lo que su tendencia natural será defenderse. La raíz lingüística de confrontar es estar cara a cara. Esto implica, por definición, permitir a la persona estar cara a cara con la situación y no bloquearla. Desde esta perspectiva la confrontación es una meta de consejería y no una técnica o estilo particular (TIP 35, 2019); no es un cara a cara entre el profesional de ayuda y la persona. Se trata, entonces, de que la persona esté cara a cara con la situación para que la pueda analizar y comprender; no cara a cara con el profesional de ayuda. Es importante demostrar a la persona un genuino interés en lo que expresa, piensa y siente; así como mostrar un estilo empático y compasivo cuyo propósito sea que el individuo reflexione en un ambiente de aceptación y respeto.

Las estrategias de las personas en precontemplación para mantenerse en el uso de sustancias reflejan su actitud de no aceptar la existencia de una conducta nociva. La Tabla 1 muestra los tipos de personas en precontemplación y las metas a desarrollar en interés de avanzar a la próxima etapa de acuerdo con DiClemente (2004). Las personas en etapa de precontemplación no están considerando el cambio como una opción por lo que utilizan estrategias particulares para minimizar las consecuencias negativas de la conducta nociva. Es un reto mayor dialogar con una persona sobre cambio cuando esta no acepta que sus conductas ameritan ser cambiadas. La meta entonces es ayudarlos a entender la existencia de dificultades o problemas, evaluar las consecuencias de su conducta, sin confrontar, juzgar o etiquetar. Esto evita que la persona aumente su nivel de resistencia y acepte dialogar sobre sus preocupaciones. Para lograr esto es necesario crear un ambiente de aceptación, empatía y comprensión en el que la persona pueda explorar sus ideas, emociones, creencias y valores sobre la conducta adictiva, así como la ambivalencia con relación al cambio. El profesional de ayuda debe tener como meta aumentar la motivación al cambio de la persona; así como aumentar el interés y la esperanza de cambio. Las intervenciones deben focalizar en los procesos internos, el aumento de conciencia, la auto-reevaluación y la reevaluación ambiental.

Tipos de personas en precontemplación

Tipos de personas en precontemplación	Metas
<p>1. Enamorados:</p> <p>Están a gusto con su estilo de vida, disfrutan de la diversión y el estado de alegría que entienden les proporciona el uso de las sustancias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Aumentar conciencia de las consecuencias del estilo de vida. b. Aumentar conocimiento sobre los efectos e impacto de las sustancias a nivel neurofisiológico, psicoemocional, familiar y social.
<p>2. Reacios:</p> <p>Muestran gran sensibilidad al efecto de las sustancias en sus vidas, pero carecen de conocimiento sobre el problema. Muestran renuencia a realizar cambios en su estilo de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Establecer ventajas y desventajas sobre el uso de las sustancias. b. Aumentar conciencia sobre las dimensiones del problema. c. Aumentar conocimiento sobre los efectos e impacto de las sustancias a nivel neurofisiológico, psicoemocional, familiar y social.
<p>3. Rebeldes:</p> <p>Invierten mucha energía y pasión en mantener su derecho a tomar sus propias decisiones. Temen perder el control de sus vidas y resienten que otros le digan lo que debe hacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Enfatizar en el control personal. b. Aumentar conciencia sobre la libertad personal. c. Analizar las consecuencias de la conducta nociva.
<p>4. Resignados:</p> <p>Están abrumados y desesperanzados acerca del cambio y la energía que este requiere. Están abrumados por sus problemas, incluyendo su relación con las sustancias psicoactivas. Han intentado previamente cambiar la conducta nociva, ya sea buscando ayuda o por su cuenta y no han logrado el resultado esperado. Creen firmemente en que nada puede funcionar para ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Desarrollar o recuperar esperanza y optimismo en relación con la posibilidad de cambio. b. Explorar barreras que impidan nuevos comienzos.
<p>5. Racionales:</p> <p>Ofrecen contundentes razones para mantener la conducta nociva. Afirman de manera convincente que su relación con las sustancias no es un problema. Debaten y utilizan excelentes argumentos para demostrar que no tienen que cambiar su conducta nociva. Tienden a ser confrontativos y argumentan que las sustancias son un problema para otros, pero no para ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Reflexionar, no argumentar, sobre el impacto de las sustancias. b. Focalizar en la persona, no en su conducta. c. Reconocer y validar los argumentos de la persona; y, replantearlos para promover autoanálisis.

Contemplación

Etapa de cambio en la que la persona muestra conciencia de la posibilidad de un problema con el uso de las sustancias y está considerando comenzar a afrontarlo, aunque no verbaliza el compromiso de tomar acción. La persona puede estar considerando solucionar el problema, lo comprende, ve las causas y piensa sobre posibles soluciones, pero no está listo para asumir el cambio. Se evidencia ambivalencia e inseguridad en relación con el problema y asumir el cambio. Las expresiones de las personas en la etapa de contemplación están acompañadas de la conjunción “pero”; por ejemplo: “creo que debo hacer algo, pero...”; el uso de la cocaína me está ocasionando algunos problemas, pero...”.

En la etapa de contemplación la persona puede escuchar información sobre su conducta nociva; y, comenzar a analizar y comparar su comportamiento con sus valores y el impacto que tiene en las personas que lo rodean. Aunque pueden comenzar a evaluar las ventajas y desventajas de su uso de sustancias, tienden a favorecer los aspectos positivos de su conducta. La persona presenta un proceso interno reflexivo del impacto de su conducta nociva, pero no está considerando iniciar el cambio. La ambivalencia se define como la presencia simultánea de los motivos a favor y en contra del cambio. Se trata de sentirse de dos maneras diferentes respecto a algo o alguien. La ambivalencia es parte normal del cambio porque independientemente de las consecuencias negativas de la conducta, esta cumple con un rol importante para la persona. De tal modo que, aunque la persona reconozca que el uso de las sustancias afecta su relación familiar y le trae problemas económicos y de salud, también representa su forma de socializar y tener amigos, así como un escape al estrés familiar. El dilema surge cuando la persona desea tener buena relación familiar, poder cumplir con los compromisos económicos y mantener buena salud; pero, no quiere perder la interacción social y la relación con sus amigos. Las drogas cumplen una función y forman parte de la historia de vida de la persona. El profesional de ayuda debe lograr comprender lo anterior y ayudar a la persona a resolver su dilema, de tal modo que pueda desarrollar destrezas que lo ayuden a manejar sus circunstancias de vida. Si el enfoque es sólo en el discurso del impacto negativo de las drogas, se estaría obviando la historia de la persona, así como las razones y motivos que lo convirtieron en el ser humano que es al presente.

En esta etapa el profesional de ayuda debe normalizar la ambivalencia y asistir a la persona a evaluar el balance decisional mediante: evaluación de las ventajas y desventajas del uso de sustancias, promover cambio en la motivación extrínseca a intrínseca, evaluación de los valores personales del individuo, énfasis en la libre elección, responsabilidad y autoeficacia de la persona. Debe haber un esfuerzo para extraer planteamientos automotivacionales en cuanto a la intención y compromiso de la persona. La meta es inclinar la balanza decisional a favor del cambio.

Es necesario que el profesional de ayuda acepte y comprenda que cada persona es quien mejor entiende su patrón e historial de uso de sustancias. Se debe aceptar que la persona tiene la sabiduría y el conocimiento necesario para generar el plan de cambio en sintonía con el profesional de ayuda. Cuando la persona siente el deseo, tiene la intención y la motivación para cambiar su conducta, no necesariamente requiere del profesional de ayuda. Por lo tanto, el profesional de ayuda debe agradecer la oportunidad que recibe de la persona de poder colaborar y acompañarla en su proceso. Esto requiere que el profesional de ayuda mantenga una actitud colaborativa no directiva y que mantenga una escucha reflexiva. En el TIP 35 (2019) se indica que la recuperación natural puede ocurrir con un tratamiento limitado. En muchas ocasiones las personas toman decisiones de cambio sin recibir ayuda profesional. Un individuo que ve morir a un hermano o amigo por una sobredosis puede decidir alejarse de las drogas; del mismo modo si es perseguido por otra persona o grupo; si ha sido amenazado o lastimado puede decidir alejarse de ese ambiente en forma dramática.

En las etapas de precontemplación y contemplación se tiene el objetivo de aumentar conciencia y comprensión sobre la conducta nociva. Le corresponde al profesional de ayuda establecer una relación de confianza y empatía; así como un ambiente de aceptación incondicional en el que la persona se sienta comprendida y apoyada, sin que se le juzgue o critique de manera negativa. Las personas rechazan que se le indique o imponga lo que tienen o deben hacer, ellos parten de la premisa de que tienen el conocimiento y experiencia para tomar sus decisiones. En términos simples son adultos esperando ser tratados con respeto, no como niños a los que se les indica lo que deben hacer porque carecen de la capacidad de tomar decisiones. En un ambiente en el que se les critique o intente llevar en alguna dirección mostrarán resistencia. Por eso es importante dialogar sobre la conducta nociva en sus múltiples dimensiones, desde la perspectiva de la persona, y no en cómo se observa la persona o las críticas de sus allegados. La opinión del profesional de ayuda respecto al efecto de las sustancias y como se observa la persona no es importante. Si el profesional de ayuda intenta convencer a la persona que está enferma, necesita ayuda o debe ser internada en un programa de tratamiento probablemente reciba respuestas defensivas o llenas de coraje y resentimiento. Otra respuesta observable es cuando la persona no discute ni argumenta sobre lo que se le indica y de forma pasiva acepta todas las recomendaciones. Sin embargo, en la práctica no regresa a sus citas o evade completar los acuerdos realizados. El Modelo Transteórico del Cambio promueve el respeto hacia el individuo por lo que no es aceptable presionar a la persona en alguna dirección, ofrecer consejos no solicitados ni enfatizar en las conductas incorrectas con la expectativa de que las cambie o modifique lo más pronto posible. El cambio de conducta es un proceso de vida, por lo tanto, es a largo plazo. No se debe creer que porque una persona completó un tratamiento significa que cambió su conducta. El profesional de ayuda debe examinar los pensamientos, actitudes y conducta de la persona. Debe, además, evaluar si la conducta es consistente con las actividades y pensamientos de la persona.

Preparación

Etapa de cambio en la que existe conciencia del problema y la persona se compromete con la posibilidad de cambiar la conducta nociva. La persona está lista para el cambio en el futuro inmediato, pero aún no está segura de la decisión a tomar o los pasos a seguir. En esta etapa es importante clarificar las metas y estrategias de la persona con relación al cambio; presentar las posibles opciones; negociar el plan; reducir las posibles barreras que puedan afectar el proceso de cambio; establecer apoyo social/familiar/laboral/económico y alternativas de manejo y considerar las expectativas del tratamiento y el rol de la persona.

La meta es establecer un plan de acción eficaz en colaboración con la persona, a implementarse en el futuro inmediato y aumentar el compromiso al cambio. No obstante, tener un plan que parezca efectivo no necesariamente implica cambio. La persona está inmersa en un proceso interno de cambio. Para el profesional de ayuda uno de los retos de esta etapa es el asistir a la persona en el manejo de la impulsividad y baja tolerancia ante la búsqueda de gratificación inmediata, típico de los individuos con trastorno por uso de sustancias. En todas las etapas es necesario evaluar constantemente la motivación de la persona para garantizar la sintonía con la meta que se está trabajando. Es un error creer que porque la persona verbaliza intención de cambio y establece el plan a seguir no tendrá una recurrencia al uso de sustancias o regrese a cuestionar si realmente necesita hacer algún cambio.



Cuando la persona hace una declaración de cambio en voz alta, aunque sólo sea con el profesional de ayuda, aumenta su compromiso a la meta. Cuando otros conocen sobre la decisión de la persona, aumenta la expectativa de la acción. Sin embargo, esta verbalización debe ser confirmada con la persona. A estos fines puede ser útil hacer preguntas o intervenciones como “Tu decisión de realizar cambios a la conducta adictiva parece ser firme, háblame de eso”; ¿Dónde sientes que estás en el proceso? y ¿Qué te gustaría hacer ahora? Establecer fechas es sumamente importante porque implica el compromiso para la acción. Si la persona rechaza establecer fecha o no cumple con lo establecido es indicador de que se movió a la etapa de contemplación.

Una vez la persona está en la etapa de preparación, se debe presentar la variedad de alternativas que estén disponibles para manejar su conducta nociva. Junto con la persona es importante analizar las ventajas y desventajas de cada opción, contestar sus dudas y preguntas, ofrecer literatura sobre los programas existentes, discutir la recomendación de evaluación médica y otras posibles opciones.

Es importante ayudar a la persona a visualizar el cambio. El profesional de ayuda debe motivar a la persona a realizar afirmaciones que lo ayuden a visualizar el éxito con relación al plan. El plan acordado debe ser específico, individualizado y funcional desde la perspectiva de la persona. Las necesidades específicas de la persona deben ser consideradas y se deben establecer alternativas para el mejor manejo de estas. El plan de acción debe incluir un plan de cambio y un plan de tratamiento. El plan de cambio se refiere a los cambios que la persona realizará en su cotidianidad más allá del tratamiento. Se debe incluir el cambio específico deseado por la persona, las personas de apoyo y cómo harían esto. La persona debe tener el plan de cambio consigo y repasarlo cuantas veces sea necesario. El profesional de ayuda debe constantemente analizar con la persona las necesidades o situaciones del diario vivir y las destrezas que puede requerir para el manejo de estas. (Véase Tabla 2). El plan de tratamiento incluye el uso que la persona dará a las alternativas de tratamiento para apoyar el plan de cambio. En este se debe considerar opciones como programa residencial o programa ambulatorio; terapia individual, grupal o ambas; reuniones familiares o pasés al hogar.

Es necesario analizar el hábito y patrón de uso de sustancias del individuo. Se debe evaluar las situaciones que usualmente, según la persona, la llevan al uso de sustancias; momentos del día, así como el ambiente que la persona frecuenta como parte de su proceso de consumo de sustancias. La efectividad del plan realizado en la etapa de preparación sólo puede ser evaluada en la etapa de acción.

Acción

Etapa de cambio en la que la persona muestra disposición para modificar la conducta nociva e implantar el plan previamente trabajado. En el inicio de esta etapa la persona experimenta dolor y angustia; y, siente que recibe poco refuerzo positivo. El individuo está iniciando la ruptura a nivel fisiológico, psicológico y social de la conducta adictiva. En estos inicios de la etapa es sumamente importante el apoyo profesional que la persona reciba para que pueda mantener el compromiso con el cambio. Una persona puede detener el uso de sustancias y el profesional de ayuda creer que está en la etapa de acción. Sin embargo, la persona detuvo el uso para demostrarle a alguien o incluso al profesional de ayuda que no tiene problemas con las drogas y puede dejarlo cuando así lo desee. Esta persona está en la etapa de precontemplación.

Los aspectos importantes del proceso conductual son observables en esta etapa: toma de decisiones respecto al diario vivir, evitar los eventos que desencadenan en el uso de sustancias; aprender nuevas formas de responder a los estímulos internos y externos; desarrollar nuevas relaciones que promuevan el cambio; y, aprender a manejar las relaciones que promueven el uso de sustancias.

En la etapa de acción la persona muestra conciencia del problema y está dirigida a implementar los cambios necesarios para dejar atrás la conducta nociva. La persona persevera en el compromiso adquirido y realiza cambios observables. Se evidencia compromiso por afianzar un estilo de vida saludable. El profesional de ayuda debe promover una visión realista de cambio a través de pequeños pasos. Es necesario ayudar a la persona a identificar situaciones de alto riesgo y desarrollar estrategias adecuadas de manejo. Cuando la persona comienza a implementar el plan establecido es normal que tenga dudas, se cuestione si es correcto lo que está haciendo; incluso puede volver a evaluar si realmente su uso de sustancias amerita tanto esfuerzo de su parte. En estas circunstancias es importante explorar con la persona los aspectos del plan de acción y tratamiento que son funcionales y los que no lo son y hacer los ajustes pertinentes. La meta es lograr la solución de los problemas y apoyar la autoeficacia.

El plan de acción y de tratamiento establecidos puede chocar con la realidad de la vida cotidiana de la persona y en su reinserción a un ambiente menos restrictivo. Es importante, entonces, utilizar técnicas como acupuntura, meditación, estrategias de relajación, “mindfulness” y otras que puedan ser de beneficio para la persona. El uso de refuerzo positivo es necesario en los inicios de esta etapa. Las conductas adictivas han sido consistentemente reforzadas y esa es una de las razones por lo que son tan difíciles de extinguir. Las personas en la etapa de acción necesitan que sus nuevas conductas sean reforzadas. Es importante observar micro cambios en la persona como cumplir con el horario y frecuencia de las citas; mejoría en su apariencia física; aumento de sus verbalizaciones respecto a temas de su interés y asistencia a actividades no relacionadas con sustancias y con personas con estilos de vida saludables, entre otros.. Es necesario que el profesional de ayuda genere conciencia en la persona de los cambios que está presentando y se promueva el autoreforzo. Luego de un promedio de tiempo entre tres a seis meses observándose los cambios en la persona implica que ha tolerado la ruptura inicial de la conducta adictiva y está iniciando un nuevo patrón conductual. Una vez se establece estos nuevos cambios la persona entra a la próxima etapa.

DiClemente (2003) presenta un ejemplo de un plan de acción a ser completado por la persona (Véase Tabla 2).

Ejemplo de plan de acción

<p>1. Cambios que quiero hacer en mi vida en relación con el uso de sustancias y conductas relacionadas. (sea específico y lo más concreto posible con cada cambio)</p>	
<p>2. Razones más importantes de por qué quiero hacer los cambios (enumere las razones)</p>	
<p>3. Los pasos que planifico seguir para lograr el cambio (especifique cada paso y cómo lograrlo)</p>	
<p>4. Personas que pueden ayudarme: (Especifique las personas que no estén relacionadas con el uso de sustancias y lo que cada una aportará para lograr el cambio)</p>	<p>Nombre de personas:</p> <p>Posibles formas de ayudar:</p>
<p>5. El plan estará funcionando si... (Especifique los resultados que se espera observar)</p>	
<p>6. Aspectos que pueden interferir con el plan: (Especifique los aspectos concretos y medibles que pueden afectar el plan)</p>	

Mantenimiento

Es la etapa en la que la persona consolida las ganancias obtenidas durante las etapas previas. El individuo ha alcanzado las metas iniciales establecidas en el plan de trabajo y está trabajando para mantener lo logrado. El profesional de ayuda debe asistir a la persona a identificar y evaluar fuentes de placer y sana diversión en un ambiente libre de sustancias. De esta manera la persona podrá sostener el cambio a través del tiempo y en una amplia variedad de situaciones. La meta es lograr mantener el cambio a largo plazo y continuar practicando el nuevo patrón de conducta. En esta etapa la persona valora los aspectos gratificantes de su nuevo estilo de vida; mantiene la conciencia sobre el problema; disminuye la insidia o el deseo de consumir sustancias; aumenta la atención a la prevención de la recurrencia; muestra mayor adherencia al cambio y mantiene la abstinencia. Si se observa lo anterior, implica que la persona está inmersa y comprometida con su recuperación.

En esta etapa se puede observar un aumento significativo en la confianza, disminución del deseo, insidia o tentación de usar sustancias, así como el involucramiento activo en el desarrollo de un nuevo estilo de vida. El que la persona esté presentando un cambio sustancial en su conducta no significa que no requiera de seguimiento. Por los cambios presentados y los logros obtenidos la persona puede presentar un alto nivel de confianza y descuidar aspectos importantes que ya ha trabajado. La sobreconfianza puede tener como resultado que el individuo se exponga de forma innecesaria a personas, lugares y situaciones que puedan inducirlo a la recurrencia. Esto pone en riesgo el compromiso de la persona con el cambio y puede provocar que abandone el plan establecido en la etapa de acción. El profesional de ayuda debe continuar ofreciendo refuerzo positivo; dando seguimiento a la solución de problemas que estén impactando a la persona, evaluar cualquier situación que amenace la sobriedad y continuar repasando las metas a largo plazo.

En ese instante es importante examinar y trabajar con los asuntos relacionados a la historia de vida de la persona. Esto es, los asuntos no resueltos; así como problemas de pareja, abuso en la niñez, depresión, ansiedad, destrezas sociales y otros problemas familiares y ambientales que pueden causar estrés. La persona puede sentir un vacío en su vida al alejarse de la conducta adictiva; deja atrás o se distancia de las personas, lugares y rutinas que antes conformaban su vida. El aspecto espiritual puede ser un factor significativo en esta etapa. Las recomendaciones del profesional de ayuda deben estar sujetas a los principios y deseos de la persona. Por ello, es necesario explorar sus valores, creencias y deseos. Estos pueden diferir del sistema de valores y creencias del profesional de ayuda, pero se trata del sistema de creencias de la persona. No se debe intentar trazar una ruta espiritual específica para la persona. Cada persona decide de acuerdo con su sistema de valores y creencias.

Ayudar a la persona a desarrollar o aumentar destrezas laborales o académicas es sumamente importante. Esto puede implicar referir a la persona a otros profesionales que lo ayuden al desarrollo de diversas destrezas. En la etapa de mantenimiento el individuo debe ser capaz de poder conectar con otros recursos de ayuda. La etapa de mantenimiento va más allá de que la persona presente cambios en la conducta relacionada al uso de sustancias. Para sostener la recuperación es esencial que la persona esté saludable y con los pies en tierra con relación a su historial de uso de sustancias. La tarea en esta etapa es que la persona pueda integrar el cambio en el contexto total de su vida y prevenir la recurrencia. La recuperación y la sobriedad deben ser parte integral de la nueva vida. La mejor protección contra la recurrencia es el crecimiento personal y el auto desarrollo; así como la certeza de que pueden solicitar ayuda cada vez que sienta necesitarlo.

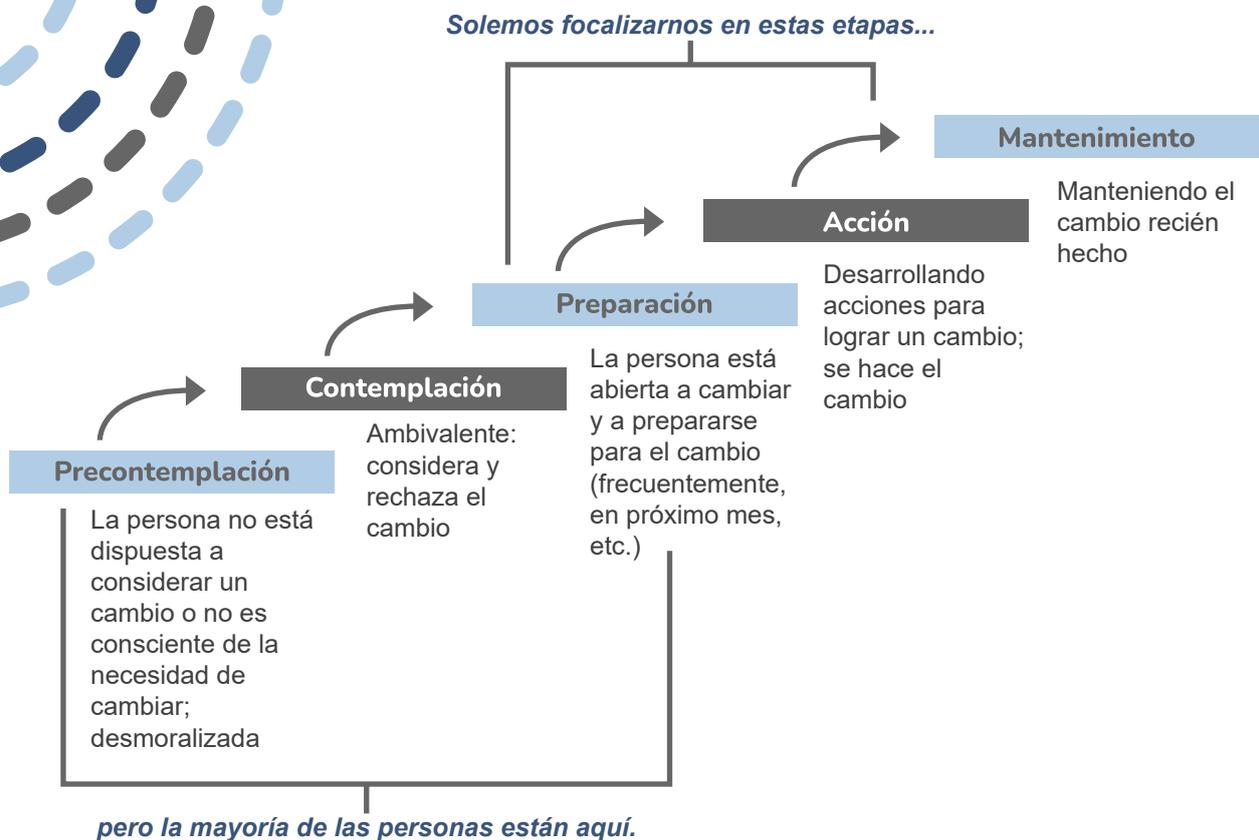
La Tabla 3 evidencia el movimiento entre las etapas, los aspectos a ser trabajados y las estrategias mínimas necesarias para asistir a la persona en su proceso de cambio.

Movimiento entre las etapas de cambio

Etapas	Objetivos	Estrategias
De la Contemplación a la Preparación	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la motivación intrínseca - Promover que la persona establezca una dirección para vivir sin uso de sustancias. - Analizar costos y beneficios de dejar el uso de sustancias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mostrar interés, empatía y compasión hacia la persona. 2. Analizar aspectos positivos, así como capacidades de la persona. 3. Discutir efectos de las drogas en la vida de la persona. 4. Evaluar y considerar factores protectivos: involucramiento religioso/espiritual, buenas relaciones familiares, buenas destrezas de autocontrol, amistades sin uso de drogas, estabilidad económica.
De la Preparación a la Acción	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar disposición de la persona para disminuir o dejar el uso de las sustancias. - Fortalecer la relación profesional de ayuda-persona, de tal modo que en equipo puedan desarrollar el plan de trabajo. - Reconocer y manejar las señales que indiquen que la persona está lista para el cambio: deja de argumentar, defenderse y resistirse al cambio; decidido a seguir el plan; hace planteamientos automotivacionales, pregunta sobre el cambio; dialoga sobre visualizaciones de cambio y manejo de posibles dificultades. - Inicia cambios como modo de experimentar: asiste a reuniones de A.A./N.A.; detiene el uso por varios días. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ofrecer opciones y alternativas para el manejo del cambio. 2. Redactar y establecer un contrato que establezca los pasos para dejar el uso de sustancias. 3. Establecer estrategias para manejar las barreras que puedan afectar el proceso. 4. Identificar y reclutar apoyo social, 5. Continuar educando sobre el tratamiento y plan de trabajo. 6. Continuar trabajando con la motivación.
De la Acción al Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener a la persona en el tratamiento. -Planificar la estabilización. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar trabajando la empatía, compasión y aceptación de la persona. 2. Repasar constantemente el plan establecido. 3. Discutir las preguntas y problemas que surjan. 4. Examinar e interpretar la falta de cumplimiento. 5. Asegurar recursos de apoyo.

Modelo etapas de cambio

Prochaska & DiClemente



Procesos del cambio:

Los procesos del cambio se relacionan con las experiencias y actividades que permiten a la persona moverse a través de las etapas de cambio (DiClemente, 2004). El proceso del cambio implica cualquier actividad, observable y no observable, que se inicia para modificar pensamientos, sentimientos y conductas. Los procesos de cambio se dividen en dos grupos: proceso experiencial/cognitivo y proceso conductual. Cada grupo está compuesto de cinco procesos específicos.

Rueda del Cambio



Proceso experiencial

El proceso experiencial se relaciona con la forma en que las personas piensan y sienten respecto a la conducta problema. Ese proceso interno es importante y necesario en las primeras etapas del cambio. Se compone de cinco procesos:

- 1. Concienciación:** Se relaciona con el aumento de conciencia respecto a la conducta relacionada a los problemas ocasionados por el consumo de sustancias; entender los efectos y consecuencias negativas del uso de las sustancias; aumentar la comprensión y percepción del problema mediante información obtenida a través de diversos medios como artículos escritos, libros, programas de televisión, charlas, internet, etc.
- 2. Despertar emocional:** Se relaciona con: Expresar y experimentar sentimientos relacionados con los problemas sobre el uso de sustancias y posibles soluciones a través de psicodramas, juego de roles y otros ejercicios. Cuando el individuo experimenta una situación de fuerte impacto emocional, como puede ser afrontar la muerte de un amigo por consecuencia del uso de sustancias; la motivación al cambio aumenta. Sin embargo, esta motivación es en respuesta al impacto emocional experimentado y no necesariamente a haber aumentado conciencia sobre su conducta.
- 3. Auto-revaluación:** La persona compara su conducta con sus valores y metas para ver la existencia de conflicto. En este sentido la persona clarifica sus valores y creencias; y, evalúa cómo la conducta problema se contrapone a sus valores y metas personales. La persona logra una visión emocional de la conducta problema y comienza a visualizar en quién podría convertirse si realizara el cambio. El individuo comienza a reconocer como el uso de sustancias afecta su vida y aumenta la percepción de que existen otras conductas alternas para manejar sus situaciones; ej. Ejercicios de relajación, zumba y otros para manejar la ansiedad.
- 4. Revaluación del ambiente y autorevaluación:** El individuo aumenta conciencia respecto a cómo su conducta impacta a otros y al ambiente que le rodea. Así mismo, la persona vuelve a reevaluar las consecuencias asociadas con dejar la conducta. Ésta aumenta conciencia y evalúa los efectos positivos y negativos que su conducta tiene en las personas que le rodean y en su entorno. Cuando la persona reconoce que su conducta es importante o puede ser nociva para otros aumenta la motivación al cambio.
- 5. Liberación social:** Este proceso se refiere a que la persona reconozca y acepte las normas sociales que fomentan el cambio en su conducta. La persona reconoce que la sociedad apoya conductas saludables y que existen alternativas en su entorno social que promueven el cambio y su mantenimiento.

Balance decisional

El proceso experiencial es uno interno en el que se observan unos marcadores de cambio que deben ser considerados: balance decisional y autoeficacia. El balance decisional se define como la evaluación que se realiza de las ventajas y desventajas respecto al cambio de conducta. Es un importante marcador de movimiento en las etapas de cambio iniciales (Precontemplación y Contemplación) (DiClemente, 2003,2018). Existen otros marcadores de cambio que también deben ser considerados: motivación extrínseca, motivación intrínseca, racionalización, creencias y barreras para el cambio y minimización de los daños como consecuencia del uso de sustancias.

Existen instrumentos formales que pueden ayudar a identificar una amplia gama de ventajas y desventajas respecto al cambio. Lo importante es que el profesional de ayuda pueda establecer la etapa de cambio en que se encuentra la persona y, de ser necesario, pueda repasarla posteriormente. DiClemente (2003, 2018) presenta un ejercicio sencillo que ayuda a la persona y al profesional de ayuda a comprender en qué etapa de cambio se encuentra el individuo. La persona es quien completa el ejercicio. Puede ser asistido por el profesional de ayuda en la redacción, pero no en el contenido. De ser necesario haga preguntas abiertas, estas son aquellas que no se contestan con sí o no y estimulan a la persona a expresarse sobre el problema.

Ejercicio

Nombre: _____

Fecha: _____

Continuar el uso de sustancias	Detener el uso de sustancias
Ventajas:	Ventajas:
Desventajas:	Desventajas:

Autoeficacia

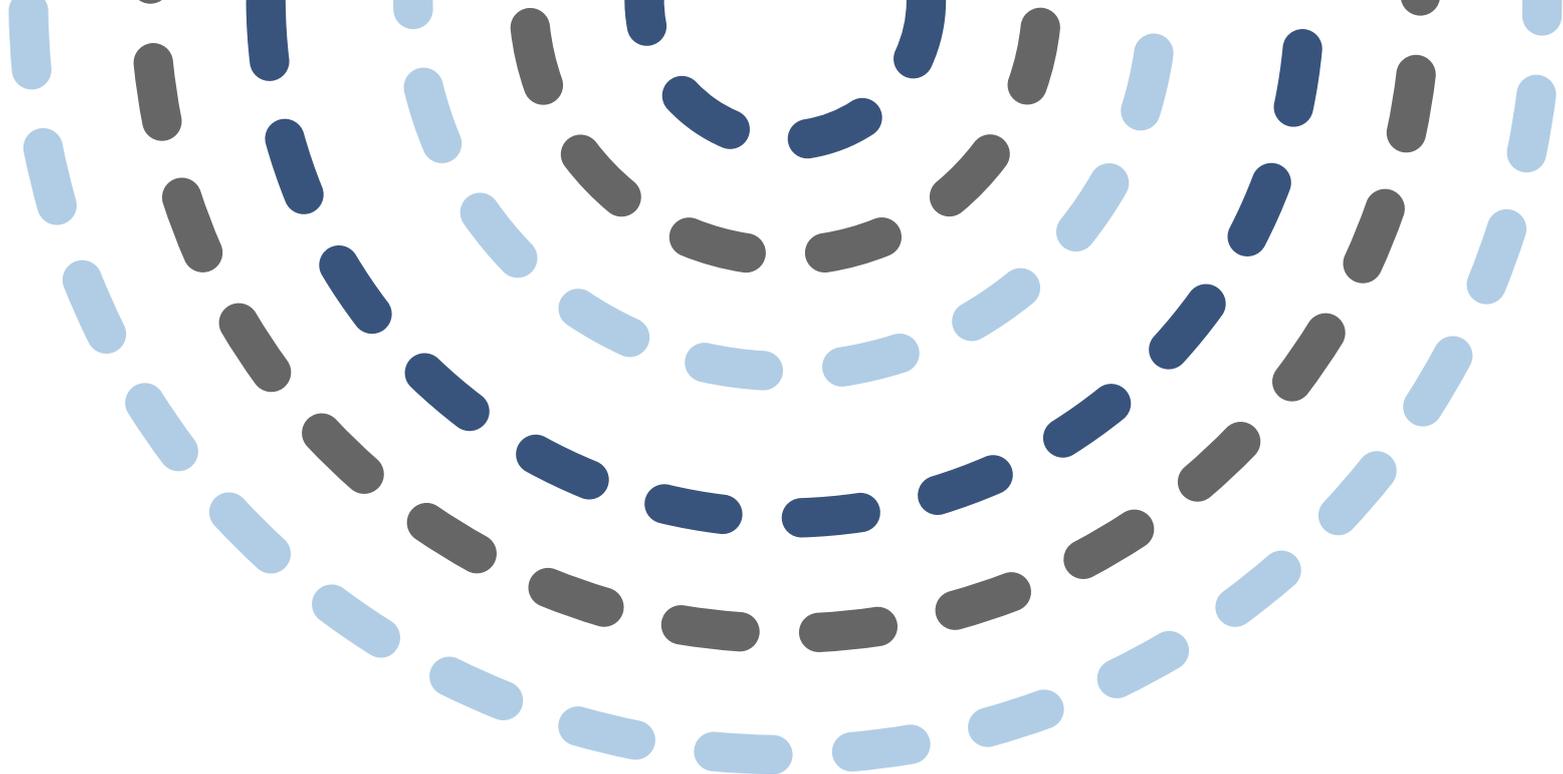
La autoeficacia es un término desarrollado en la teoría del aprendizaje social por el psicólogo Albert Bandura y se define como la capacidad y confianza de la persona para lograr el cambio. Es un predictor de éxito a largo plazo. De acuerdo con DiClemente (2003) la autoeficacia es un predictor de vulnerabilidad para recurrencia, por lo que ofrece la oportunidad de poder trabajar la prevención. La autoeficacia es acompañada por el marcador de la tentación; esta representa el deseo o inclinación para volver a utilizar sustancias en una situación particular. Puede resultar muy útil medir los niveles de tentación en situaciones relevantes para integrarlo en el plan de cambio en la etapa de preparación y prevenir éxito en las etapas de acción y mantenimiento. En las primeras etapas del cambio la autoeficacia juega un rol importante. Las personas que tienen poca confianza para realizar cambios en el uso de sustancias permanecen en la etapa de precontemplación y se muestran desesperanzados sobre cambiar la conducta nociva.

El profesional de ayuda debe evaluar objetivamente las verbalizaciones de la persona. En ocasiones la persona expresa lo que entiende el profesional de ayuda y allegados quieren escuchar. A veces sólo expresan en voz alta sus deseos de que las cosas sean diferentes. Esto puede confundirse con autoeficacia. No obstante, al intentar trabajar el plan son superficiales y evidencian poco compromiso hacia el cambio. Por esto, es meritorio tener una escucha reflexiva en la que se observe tanto el contexto como el contenido de lo que la persona expresa.

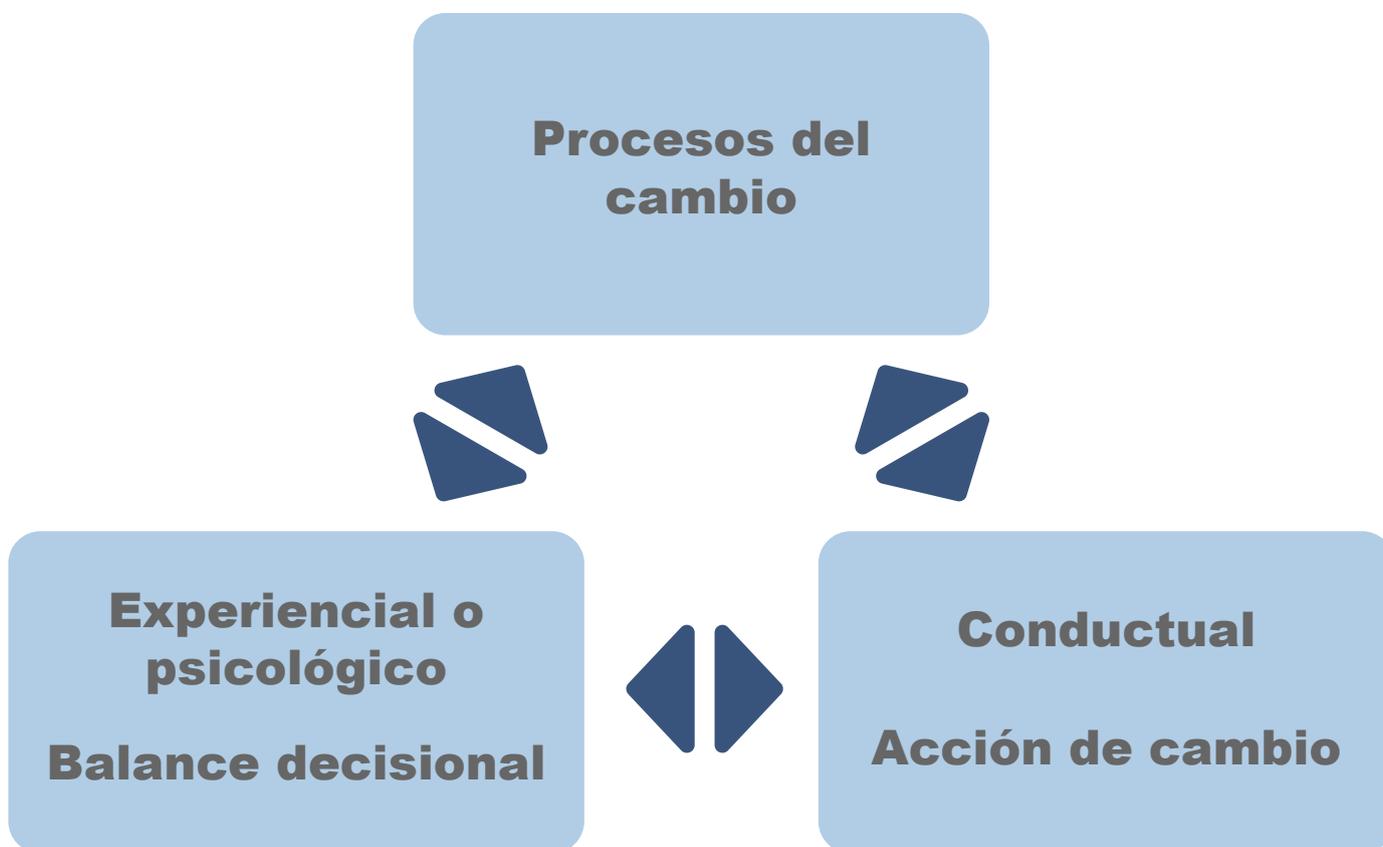
Proceso conductual

El proceso conductual se define como los aspectos observables o las acciones externas que la persona realiza. En el proceso conductual se agrupan cinco procesos de cambio:

- 1. Control de estímulos:** Se refiere a cuando la persona altera o evita situaciones o señales que pueden ser detonantes para el uso de sustancias. La persona debe adquirir destrezas para evitar en forma activa y asertiva lugares y personas que implican riesgo. Se requiere que se promuevan actividades que apoyan el cambio en la conducta y en el estilo de vida de la persona. Un ejemplo de esto es que la persona decida hacer ejercicios en vez de usar sustancias.
- 2. Contracondicionamiento:** Se observa cuando las personas cambian sus respuestas a un detonante y se sustituye la conducta usando alternativas razonables. Es cuando la persona sustituye una conducta poco saludable por una saludable; ejemplo de esto es cuando la persona realiza ejercicios de relajación cuando tiene coraje en vez de usar sustancias.
- 3. Manejo del refuerzo o control de estímulos:** Se refiere a reforzar los cambios positivos de las conductas nocivas ya sea de forma inmediata y directa o a través de las consecuencias.
- 4. Autoliberación:** Este proceso se refiere a tomar una decisión y asumir la responsabilidad y compromiso de realizar un cambio en la conducta nociva. Se trata de creer en la capacidad para cambiar y actuar asumiendo que se logrará lo planificado.
- 5. Relaciones de ayuda:** Se relaciona con promover relaciones interpersonales que provean y sirvan de apoyo, aceptación y estímulo. Esto incluye buscar y recibir apoyo de la familia, amigos y pares con el propósito de mantener o iniciar las conductas positivas. Ejemplo de lo anterior es que la persona tenga contacto con grupos de apoyo, servicios psicológicos, pastorales y otros, según su necesidad.



Los procesos experiencial y conductual deben ser considerados como pieza fundamental para lograr el movimiento a través de las etapas de cambio.



Dimensiones del cambio: Etapas y procesos de cambio

Etapas	Procesos	Estrategias
<p>Precontemplación</p> <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumentar conciencia sobre necesidad del cambio. -Aumentar conocimiento sobre el patrón conductual. -Realizar análisis sobre posibilidad de cambio. <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Considerar el cambio respecto al uso de sustancias. -Aumentar interés y esperanza de lograr el cambio deseado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Elevación de conciencia -Alivio emocional -Autorevaluación <p>Balance decisional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar proceso empático. 2. Educar sobre el uso de sustancias y sus consecuencias. 3. Aumentar conocimiento sobre las dimensiones del problema. 4. Establecer ventajas y desventajas sobre el uso de sustancias.
<p>Contemplación</p> <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar ventajas y desventajas del uso de sustancias, así como costos y beneficios del cambio. -Tomar decisiones respecto al uso de sustancias. <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los problemas relacionados al uso de sustancias y considerar las soluciones que lo acerquen a la decisión del cambio. -Inclinar la balanza decisional al cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Autorevaluación -Reevaluación ambiental -Liberación social <p>Balance decisional</p> <p>Autoeficacia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer y trabajar la ambivalencia. 2. Continuar fortaleciendo la empatía. 3. Conocer y clarificar los valores de la persona y evaluar si hay contradicción sobre el hábito de uso de sustancias. 4. Considerar razones para vivir sin uso de sustancias y riesgos de continuar con el uso de éstas 5. Analizar y promover la toma de decisiones.
<p>Preparación</p> <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar compromiso y crear un plan de acción. <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer un plan de acción con pasos específicos que pueda implantarse a corto plazo. - Mantener el compromiso con el cambio y con un plan eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> -Control de estímulos -Contracondicionamiento -Relaciones de ayuda <p>Autoeficacia</p> <p>Autoliberación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer metas a corto y largo plazo. 2. Continuar promoviendo la toma de decisiones. 3. Establecer posibles soluciones a los problemas identificados. 4. Continuar analizando con la persona las creencias respecto a sus capacidades para lograr el éxito en la tarea relacionada a dejar el uso de sustancias.

Etapas	Procesos	Estrategias
<p>Acción</p> <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer estrategias de cambio. - Revisar el plan de trabajo. - Mantener el compromiso de cambio sin importar las dificultades que surjan. <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener una acción exitosa para cambiar el patrón de uso de sustancias por un nuevo patrón por un periodo de 3 a 6 meses. - Solucionar problemas y apoyar la autoeficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Control de estímulos -Contracondicionamiento -Manejo del refuerzo positivo -Relaciones de ayuda <p>Autoeficacia Autoliberación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructuración del ambiente y establecer sistema de apoyo como involucramiento de personas que promuevan el cambio positivo, grupos de apoyo, cambio de lugares y personas, etc. 2. Trabajar con actividades y técnicas como ejercicios de relajación y juegos de roles. 3. Planificar la prevención de recurrencia al uso de sustancias.
<p>Mantenimiento</p> <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sostener el cambio a través del tiempo y de diversas situaciones. -Integrar la nueva conducta a la vida de la persona. -Evitar lapsos o recurrencia al antiguo patrón de conducta respecto al uso de sustancias. <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostener el nuevo patrón de conducta sobre el uso de sustancias a largo plazo. - Prevenir la recurrencia y resolver problemas de contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Control de estímulos -Contracondicionamiento -Manejo de refuerzo positivo -Relaciones de ayuda <p>Autoeficacia Autoliberación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar destrezas sociales. 2. Aumentar destrezas de comunicación. 3. Clarificar y desarrollar destrezas para manejar nuevas necesidades. 4. Identificar y prevenir situaciones de recurrencia. 5. Continuar fortaleciendo la autoeficacia.

Niveles del cambio:

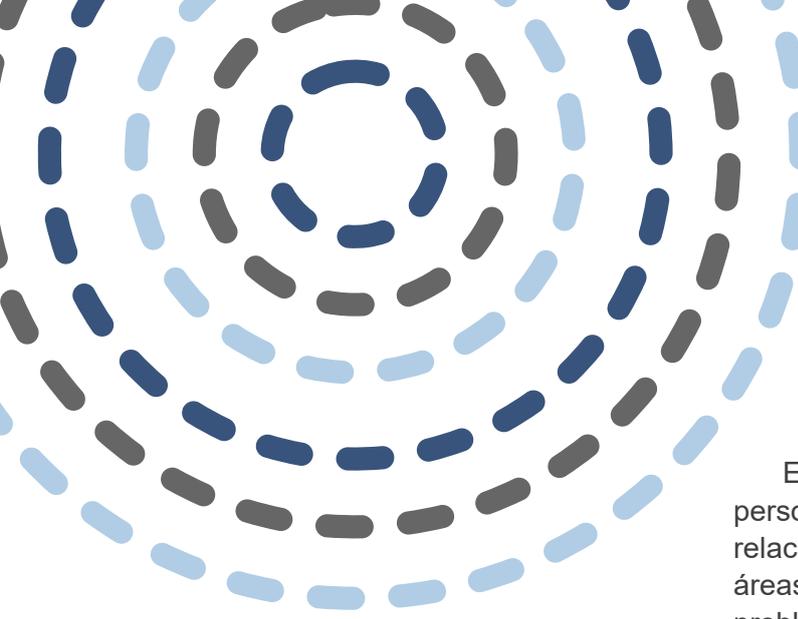
Se relaciona con los cambios que se necesitan para modificar las conductas identificadas como perjudiciales para la persona. Es una jerarquía de cinco niveles interrelacionados entre sí. Esta interrelación implica que al realizar cambios en un nivel por consecuencia otro nivel puede cambiar; en adición, uno o varios de los niveles pueden estar en balance y no requerir intervención. Estos niveles van desde lo más superficial al más profundo. Estos niveles son:

- 1. Problemas o síntomas situacionales:** Se relaciona con los eventos, problemas o situaciones provocadoras de estrés; en este se encuentra el patrón de hábitos nocivos. Las personas intentan cambiar estos problemas o hábitos nocivos por sí solos. Es la razón, en la mayoría de las ocasiones, por la que las personas solicitan o buscan algún tipo de ayuda. Es el nivel más accesible a la conciencia y por el que la persona ofrece menos resistencia al proceso de ayuda. Así mismo, puede ser un provocador de estrés que puede afectar el bienestar alcanzado y precipitar la recurrencia al uso de sustancias. Ejemplo: El manejo del dinero y el riesgo de perder vivienda, o libertad por deuda de pensión alimentaria; problema marital por periodos de ausencia constante y no estar presente en momentos significativos; pérdida de empleo por ausentismo o tardanzas; problemas legales por arresto por posesión de sustancias, entre otros.
- 2. Pensamientos mal adaptativos:** Se relaciona con el sistema de creencias, expectativas, autoevaluación y análisis de las experiencias de vida de la persona. Tiene que ver con el nivel de maduración de la persona y el reconocimiento del impacto de su conducta para sí mismo y su entorno. Ejemplo: La persona puede creer que la forma de socializar o divertirse es utilizando sustancias. Puede creer que si cambia esa conducta se quedará solo.
- 3. Conflictos interpersonales actuales:** Se relaciona con la forma de interactuar con quienes lo rodean y el manejo de sus circunstancias actuales. Indicadores como hostilidad, agresividad, falta de atención, impulsividad, asertividad son algunos de los que pueden estar afectando las relaciones interpersonales del individuo y que limitan su desarrollo a nivel social, laboral, familiar o académico. Ejemplo: Discutir con otros, familia, vecinos o desconocidos, por cualquier motivo. No poder acceder algún servicio por no poder esperar su turno y discutir con quienes le atenderán.
- 4. Conflictos en la familia:** Se relaciona con la dinámica con la familia de origen, problemas legales, red de apoyo social y laboral. Los traumas familiares de la niñez y adolescencia son factores provocadores de estrés individual y familiar. El estilo de crianza y dinámica al presente puede ser factor precipitante para la recurrencia. A su vez, la dinámica familiar, los conflictos intrafamiliares y el manejo de las nuevas conductas y cambios realizados puede ser detonante de nuevos conflictos. Ejemplo: discusiones por falta de apoyo económico; robo de artículos del hogar; historial de violencia doméstica, de abuso físico o sexual, entre otros.
- 5. Conflictos intrapersonales:** Es la relación de la persona consigo misma, sus aspectos internos como autoestima, autoconcepto y personalidad, entre otros; y el manejo de las emociones relacionadas a sus conductas. Son aquellos aspectos observables que conforman el estilo de la persona. Ejemplo: prestar atención a detalles como autoestima, estilo de vestir de la persona, higiene, verbalizaciones de sí misma. manejo de la confianza y comentarios relacionados a intentos de sobrepasar los límites, entre otros.

La dimensión de los niveles permite trazar un perfil de la persona respecto a estilo, manejo de diversas circunstancias cotidianas, destrezas sociales y aspectos de posibles experiencias de trauma. Prochaska y Norcross (2007) establecen que los niveles de cambio permiten identificar que tan compleja podría ser la intervención. El nivel de dificultad al trabajar con problemas situacionales es menor que cuando se trabaja con, por ejemplo, los conflictos intrapersonales. En el primero la persona tiene un mayor nivel de conciencia que en el segundo, por lo que mostrará menor resistencia. Para trabajar en los niveles que requieren intervenciones a largo plazo se recomienda contar con un equipo interdisciplinario y motivar a la persona a mantenerse en el proceso.

Niveles de cambio





Contexto del cambio:

El contexto del cambio considera la vida completa de la persona y el impacto que tiene en el proceso de cambio. Se relaciona con una visión holística que permite conectar con otras áreas de problemas de la persona y relacionarlas con el uso problemático de las sustancias. Esto ayuda a establecer las

fortalezas y áreas a mejorar de la persona. Sin embargo, aun cuando se identifiquen diversas áreas de dificultad o problemas para la persona, se debe permanecer comprometido con el manejo de lo relacionado al uso de sustancias. De otra manera, el profesional de ayuda puede diluirse entre las áreas identificadas como problema y perder de perspectiva el plan de trabajo establecido y relacionado con el problema por uso problemático de sustancias. Por lo tanto, es importante permanecer enfocado en el cambio primario que se ha identificado con la persona como área a mejorar. El contexto del cambio incluye cinco áreas de funcionamiento:

- 1. Situación de vida actual:** Incluye el estatus emocional y mental de la persona. Se toma en consideración las fortalezas y necesidades en diversas áreas: financiera, capacidad intelectual, recursos educativos, habilidades de afrontamiento, nivel de ansiedad y depresión. Mientras más recursos tenga la persona en estas áreas, más fortalezas y apoyo tendrá para manejar el cambio. Mientras menos barreras y problemas tenga que afrontar la persona, más probabilidad de movimiento tendrá en las etapas de cambio. Por ejemplo: Una persona que utiliza sustancias ilegales para manejar la ansiedad se mantendrá en la misma etapa de cambio si no tiene alternativas para manejar los síntomas ansiogénicos. Si la persona comienza a desarrollar destrezas para disminuir o manejar la ansiedad asistiendo a clases de meditación, acupuntura, “mindfulness” u otras puede lograr los cambios deseados y establecidos en el plan.
- 2. Creencias y actitudes:** Es una evaluación del sistema de valores, creencias religiosas y otros aspectos que influyen el proceso de toma de decisiones. Se debe incluir las creencias de la persona respecto a cómo debe ocurrir el cambio, religión, espiritualidad, Dios o un ser superior y familia. Esto ofrece información que ayuda a entender las razones por las que una persona puede o no lograr moverse a través de las etapas del cambio. El sistema de valores y creencias influyen en la toma decisiva de la persona y es particularmente significativo en la etapa de contemplación.
- 3. Relaciones interpersonales:** Se define como la interacción del individuo con las personas significativas de su vida. Esto incluye la pareja sentimental, amistades, padres, hijos, hermanos y otros. Estos pueden ser los recursos de apoyo hacia el cambio y son particularmente pertinentes para moverse de la etapa de contemplación a la etapa de preparación.
- 4. Sistema Social:** Se refiere al sistema familiar, la red social, laboral y otros sistemas sociales que pueden estimular el cambio o sostenerlo. La familia, en particular, puede ser el motor que promueva el cambio y apoye el tratamiento o plan de trabajo, pero también puede ser el detonante que provoque la recurrencia al uso de sustancias. Una familia disfuncional que tenga normalizado el uso de sustancias tiene altas probabilidades de afectar el progreso de la persona hacia el cambio.

5. Características personales duraderas: Se relaciona con las características básicas de personalidad las cuales pueden incluir impulsividad, compulsividad, nivel de conciencia, problemas de identidad, autoestima, extroversión o introversión, estilo de relacionarse con los demás y otros. Los efectos de esas características pueden observarse en el proceso decisional, en la planificación, percepción y ejecución del plan de acción.

Los patrones de conducta se dan en el contexto de la vida completa de una persona. El cambio en un hábito tiene implicaciones en diversos aspectos de la vida del individuo. Esto implica que si una persona logra cambiar y dejar atrás el uso de sustancias tendrá que reorganizar diversos aspectos de su vida. Si esto no ha sido contemplado y considerado la persona no podrá lograr el equilibrio en su vida y esto ser un detonante que lo impulse a regresar a la conducta inicial.

El profesional de ayuda debe analizar y entender los problemas de contexto de la persona y, de ser necesario: consultar, referir y trabajar en sintonía con un equipo interdisciplinario. Las situaciones de contexto pueden ocasionar recurrencia por lo que son un factor para manejar la prevención.

Medida de éxito a largo plazo

Las personas con trastornos por consumo de sustancias afrontan grandes retos para lograr vivir en recuperación. De forma constante deberán manejar el estrés en sus distintas manifestaciones sin recurrir al uso de drogas. Las estrategias que el profesional de ayuda trabajó en el proceso del cambio deben ser lo suficientemente significativas como para que la persona las utilice todas las veces que sea necesario. Durante el proceso de cambio el profesional de ayuda debe estar atento a indicadores que puedan predecir el éxito. Prochaska & Prochaska (2016) establecen los efectos que predicen el éxito a largo plazo: efecto del tratamiento, efecto del escenario, efecto del esfuerzo y efecto de la gravedad.

El efecto del tratamiento se relaciona con el programa en el que participe la persona. Si el individuo recibe tratamiento en un programa con modelos basados en la evidencia y con guías expertas la probabilidad de éxito aumenta. Un programa de tratamiento cuyos profesionales de ayuda realicen esfuerzos genuinos con respeto, compasión, aceptación y empatía para aumentar la motivación al cambio tendrá participantes comprometidos. Así mismo, un programa en el que se defina y entienda la etapa de cambio en que se encuentra cada participante y que entienda que la ambivalencia y la resistencia son parte del proceso; trabajará de forma individualizada y tendrá más probabilidad de éxito.

El efecto del escenario indica que, a mayor cantidad de personas insertadas en las etapas de cambio al comienzo del tratamiento, más probabilidad de éxito a nivel general. Es necesario identificar adecuadamente la etapa de cambio en que se encuentre la persona y a partir de esta establecer los objetivos de trabajo. Es esencial reevaluar constantemente la etapa de cambio para asegurar que la persona avance en el proceso. Si la persona retrocede en la etapa de cambio se debe reajustar las estrategias y considerar todas las opciones disponibles para dar continuidad procurando el bienestar de la persona.

El efecto del esfuerzo refleja el hecho de que cuando las personas trabajan con ahínco y determinación tienen mayor probabilidad de alcanzar el éxito. Para lograr que las personas con trastornos por uso de sustancias realicen su mejor esfuerzo es necesario no sólo mantener su motivación y compromiso con el cambio; sino comprender los problemas de contexto; mantener el optimismo y trabajar en la dirección correcta. El poder realizar los ejercicios y actividades necesarios con el propósito de avanzar a la próxima etapa manteniendo el tiempo y esfuerzos requeridos tiene como resultado progresar al siguiente nivel.

El efecto de severidad indica que aquellos individuos con menos hábitos severos tienen mayor probabilidad de alcanzar el éxito a largo plazo. A mayor severidad en los hábitos nocivos mayor será el estrés observado. No obstante, las personas intentan disminuir su estrés y por ello son más abiertos a aceptar ayuda buscando bienestar por lo que su motivación inmediata es mayor. Sin embargo, es necesario aceptar que a mayor severidad más complejo es el camino a la recuperación.

Prochaska & Prochaska (2016) hacen referencia al libro “Positivity” de 2009, de la profesora Barbara Frederickson de la Universidad de Carolina del Norte. La autora se expresa sobre la importancia de focalizar en los aspectos positivos de la vida y no en la búsqueda de la felicidad. En su libro identifica 10 emociones positivas que pueden ayudar a procurar el bienestar de una persona:

1. **Serenidad:** Es el resultado final de reducir el estrés negativo mediante el uso de estrategias positivas como la meditación, relajación y otras.
2. **Interés:** Es la búsqueda de algo novedoso o diferente que capture la atención y proporcione una nueva dimensión a su vida.
3. **Esperanza:** Es el deseo o anhelo de hacer de la cotidianidad algo mejor tomando mejores decisiones para manejar hábitos poco saludables; experimentar emociones y pensamientos positivos y tener un manejo más apropiado del estrés.
4. **Inspiración:** Es el reconocimiento de historias de superación y de poder atestiguar lo mejor de la naturaleza humana incluyendo la historia personal que puede convertirse en iluminación para otros.
5. **Asombro:** Es poder experimentar la sensación de admiración por una belleza inusual que inspire paz y tranquilidad. Ejemplo: Admirar una puesta de sol, el amanecer; disfrutar del mar, la naturaleza, etc.
6. **Esparcimiento/entretenimiento:** Es disfrutar de la diversión planificada con el propósito de expresar alegría a través de la risa.
7. **Gratitud:** Es el sentimiento de agradecimiento cuando se experimenta algo bueno que se obtiene ya sea a través del esfuerzo o de los regalos cotidianos que presenta la vida.
8. **Alegría:** Es la capacidad de identificar, promover y disfrutar de momentos, personas, recuerdos agradables, actividades y experiencias positivas.
9. **Orgullo:** Sentimiento que surge al alcanzar el éxito en aquello por lo que se ha estado trabajando e invirtiendo gran cantidad de tiempo. Se refiere a cada paso exitoso logrado contra aquello que pueda amenazar la salud y el bienestar.
10. **Amor:** Refleja el profundo apego y atracción que se siente hacia una persona especial, actividades, experiencias, ideas y asuntos en la vida. Se relaciona con amor hacia padres, hijos, pareja, amigos, maestros; amor a la música, viajes, naturaleza, cultura, cocinar, comer buena comida; amor a la libertad, a la vida, etc.

Los autores sugieren que se debe incluir estas emociones en el proceso de ayuda y promover que las personas las experimenten como alternativa para desarrollar un nuevo estilo de vida en recuperación. Al establecer el plan de trabajo en la etapa de acción es importante incluir destrezas para el manejo del estrés causado por la cotidianidad que promuevan bienestar y refuercen la recuperación. Cada persona intenta encontrar aquello que identifica como felicidad, sin embargo, esta puede ser una utopía o aquello que más se desea, pero se reconoce como inalcanzable. En ocasiones, incluso, se habla de felicidad sin poder identificar los factores que la componen. Los autores recomiendan dar importancia a los aspectos y emociones positivas de la vida que pueden lograr una mejor cotidianidad.

Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional es un acercamiento basado en la evidencia que es congruente con el Modelo Transteórico del Cambio. La unión de ambos ha demostrado ser útil para comprender y promover el cambio de conductas relacionadas al trastorno por uso de sustancias, así como otras conductas nocivas. Miller y Rollnick (2013) definen la entrevista motivacional como un estilo colaborativo para fortalecer la motivación intrínseca de una persona y acercarla al cambio. Es un estilo de interacción directiva, centrada en la persona, encaminada a explorar y resolver la ambivalencia relacionada al uso de sustancias y comenzar a realizar cambios positivos en la conducta. Las metas de la entrevista motivacional son: resolver la ambivalencia, evitar generar o aumentar la resistencia, motivar a la persona a hablar del cambio, aumentar la motivación y el compromiso para cambiar y, ayudar a avanzar en las etapas del cambio. De acuerdo con este acercamiento las destrezas de comunicación centradas en la persona son: preguntas abiertas, afirmaciones, escucha de forma reflexiva y resumen.

Conclusión:

El Modelo Transteórico del Cambio y la Entrevista Motivacional han probado, a través de la evidencia científica, ser herramientas efectivas en el manejo de personas con trastornos por uso de sustancias. Es responsabilidad de los profesionales de ayuda desarrollar las destrezas y el conocimiento necesario a través de adiestramientos, lecturas y prácticas de los modelos basados en la evidencia para poder ofrecer a las personas con trastornos por uso de sustancias un servicio con los más altos estándares de calidad.

Referencias:

DiClemente, C.C., (2018) *Addiction and Change. How Addictions Develop and Addicted People Recover.* The Guilford Press.

DiClemente, C.C. (2004). *Stages of Change and Addiction.* Hazelnut, Minnesota.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior.* N.Y., Guilford Press.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change (3ed).* N.Y. Guilford Press.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C., DiClemente, C.C (1994). *Changing for Good.* N.Y., William Morrow and Co., Inc.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (2007). *Sistemas de Psicoterapia: Un Análisis Transteórico.* Thomson/Brooks.

Prochaska, J.O., Prochaska, J.M. (2016). *Changing to Thrive.* Hazelden Publishing.

TIP 35 (2019). *Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment.* SAMHSA.