

Traducido de *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*.
Mark A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. Miller (Eds.), Washington, DC:
American Psychological Association, 1999, p. 227-255

¿COMO CAMBIAN LAS PERSONAS, Y COMO PODEMOS CAMBIAR NOSOTROS PARA AYUDAR A MUCHAS MAS PERSONAS?¹

James O. Prochaska

Un hallazgo fascinante en toda la ciencia de la psicoterapia es que sistemas de terapia muy diferentes producen resultados muy comunes (Smith, Glass y Miller, 1980). Este es un misterio de una magnitud considerable que ha persistido en el campo. Los diversos tratamientos de las personas, afectivo, conductual, cognitivo, psicodinámico, existencial, humanista, interpersonal o medicinal, tienen los mismos resultados, lo cual es un desafío a todas las teorías líderes en psicoterapia. Después de todo, ellas son las alternativas creadas por los mejores teóricos de la terapia en este siglo. ¿Están todas ellas en lo correcto, o son erróneas? ¿O el campo no sabe cómo funciona la terapia?

El “gran nexo” a través de los tratamientos sugiere que hay vías comunes para el cambio, independientemente de cómo las personas sean tratadas en la terapia. Al principio pensé que había factores comunes en la terapia. Sin embargo, me percaté que los clientes pasan menos del 1% de sus horas de vigilia en terapia. Después averigüé que menos del 25% de las personas con diagnóstico DSM-IV participa en psicoterapia. Después, advertí que menos del 10% de las poblaciones atormentadas por los mayores asesinos de nuestro tiempo (v.g., tabaquismo, estilo de vida sedentario y dietas poco saludables) buscan asistencia profesional. Dada las pocas personas que realmente participan en tratamientos, la búsqueda cambió desde cómo cambia la gente en terapia, a cómo cambia la gente.

Lo que el campo necesita más ahora es una teoría adecuada del cambio de comportamiento. El campo necesita una teoría que pueda ayudar a explicar cómo las personas cambian en y entre las sesiones de terapia. El campo necesita conocer cómo las personas cambian antes que comience la terapia, después que ésta finaliza, y cuando nunca hay terapia. Mi exploración evolucionó hacia la identificación de una teoría del cambio más amplia.

Esta indagación comenzó con un análisis comparativo de los sistemas principales de psicoterapia (Prochaska, 1979). Al realizar una búsqueda transteórica para diferenciar los procesos comunes de cambio a través de esos sistemas líderes, encontré que esos sistemas tenían mucho más que decir acerca de la personalidad y la psicoterapia. Es decir, hay más teorías acerca de por qué las personas no cambian que acerca de cómo las personas pueden cambiar. Ellas dan más énfasis a contenido de la terapia –como los sentimientos, fantasías, pensamientos, comportamientos abiertos y relaciones– que los procesos de cambio.

Sin embargo, se identificaron 10 procesos que se supuso que estaban entre los acercamientos más poderosos para producir cambio. Después estudiamos empíricamente cómo muchas personas aplicaban cada uno de esos 10 procesos de cambio (DiClemente y Prochaska, 1982). Comparamos personas que participaron en tratamientos profesionales con quienes cambiaron por sí mismos. Lo que descubrimos fue un fenómeno que no estaba contenido dentro de ninguna de las teorías líderes de la terapia. Las personas nos enseñaron que el cambio implica una progresión a través de una serie de fases. En las diferentes fases, las personas aplican procesos particulares para pasar a la fase siguiente (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983).

Desde esos hallazgos originales, ahora es posible predecir quién ingresa a terapia, acude a terapia, acaba la terapia, y la lleva a un buen término. Además, mis colegas y yo hemos desarrollado prácticas profesionales que pueden producir impactos significativos en poblaciones de personas con problemas de comportamiento. El tema de este capítulo es lo que hemos aprendido acerca de cómo las personas cambian y cómo podemos ayudar a más personas a cambiar.

Fases del Cambio

Descubrimos que el cambio es un proceso que se desarrolla a través del tiempo. Esto implica una progresión a través de seis fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización.

PRE-CONTEMPLACIÓN

La pre-contemplación es la fase en la cual las personas no están interesadas en cambiar o tomar acciones en el futuro cercano, generalmente medido en términos de "los siguientes 6 meses." Las personas pueden estar en esta fase porque no están informados o están mal informados acerca de las consecuencias de sus comportamientos. Pueden haber intentado cambiar en diversas oportunidades y se han desmoralizado en sus habilidades para lograrlo. También pueden estar defensivos, negando que existe un problema. Las personas en esta fase evitan la lectura, hablar o pensar en sus comportamientos de elevado riesgo. A menudo son caracterizados en otras teorías como clientes resistentes, no motivados o que no están preparados para la terapia o los programas de promoción de la salud. Los programas de tratamiento tradicional no estaban diseñados para esos individuos y, por lo mismo, no estaban especialmente motivados para encajar con las necesidades de aquellos.

Las personas en la fase de pre-contemplación subestiman los beneficios del cambio o sobre-estiman los costos. Típicamente, no están conscientes que cometen esos errores. Si no están conscientes que están equivocados, será difícil que cambien. Muchas personas permanecen en la fase de pre-contemplación durante años, dañando en forma considerable sus cuerpos, a sí mismos y a otros.

No existe una motivación inherente para que las personas progresen de una fase a la siguiente. A diferencia de las fases del desarrollo humano, en el cual los niños progresan desde el

gateo al caminar, aunque gatean muy bien y aprender a caminar puede ser difícil y doloroso. Sin embargo, hemos encontrado dos fuerzas principales que pueden motivar al progreso de las personas. En primer lugar, están los eventos del desarrollo. Por ejemplo, en nuestra investigación, la edad promedio de los hombres fumadores que alcanzaron una mantención por largo tiempo (v.g., mantención constante de la abstinencia) es 39 años. Ellos consideraron si querían morir en la forma en que habían estado viviendo, o mejorar la calidad y la cantidad de la segunda mitad de su vida.

Los eventos ambientales son otra fuerza que ocurre en forma natural. Un ejemplo favorito es una pareja a la cual seguimos, donde ambos eran muy fumadores. Su perro añoso murió de cáncer al pulmón. Esto eventualmente llevó a la esposa a dejar de fumar. Por su parte, el esposo compró un perro nuevo. Incluso los mismos sucesos pueden ser procesados en forma diferente por las diferentes personas.

Durante muchos años circuló la creencia entre los profesionales y los no profesionales que las personas con adicciones debían tocar fondo antes que estuvieran motivados para el cambio. Como resultado de esto, la familia, los amigos y los médicos esperaban sin hacer nada que ocurriera la crisis. En realidad, sin embargo, ¿cuántas veces un individuo llega a los 39 años o tiene un perro que fallece? Cuando las personas muestran los primeros signos de una enfermedad física seria (v.g., cáncer o una enfermedad cardiovascular), la preocupación de los demás puede aumentar rápidamente para ayudarlos a buscar intervenciones tempranas. Las intervenciones tempranas a menudo son salvadoras de la vida, y esperar que esos pacientes toquen fondo es impensable. En forma similar, ahora existe una tercera opción que para ayudar a los pacientes adictos pre-contemplativos a progresar. La tercera opción, una intervención planeada, es discutida posteriormente en este capítulo.

CONTEMPLACIÓN

La contemplación es la fase en la cual las personas intentan cambiar en los 6 meses siguientes. Aunque están muy conscientes de los pro del cambio, también están muy conscientes de los contra. Cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su conciencia de los costos del cambio puede aumentar. No existe un "cambio gratis." El equilibrio entre los costos y los beneficios del cambio puede provocar una ambivalencia profunda. Esta ambivalencia puede reflejar una relación del tipo odio-amor, como con una sustancia adictiva o una relación destructiva, y puede inmovilizar a las personas en esta fase durante largos períodos. A menudo nosotros caracterizamos a este fenómeno como contemplación crónica o dilación conductual. Esos individuos, al igual que los que están en la fase de pre-contemplación, no están preparados para los programas orientados a la acción, el paradigma dominante de tratamiento.

PREPARACIÓN

En esta fase, las personas intentan tomar acciones en el futuro inmediato, usualmente medido en términos del "mes siguiente." En forma típica, han tomado alguna acción significativa en el año anterior. Los individuos en la fase de preparación tienen un plan de acción, como asistir a un

grupo de recuperación, consultar a un consejero, hablar con su médico, comprar un libro de auto-ayuda, o apoyarse en un enfoque de auto-cambio. Esas son las personas que son los mejores reclutas para los programas de tratamiento breve orientados a la acción. Están listos para usarlos.

ACCIÓN

La acción es la fase en la cual las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses. Debido a que la acción es observable, a menudo los cambios conductuales han sido igualados con la fase de acción. Sin embargo, en el modelo transteórico, la acción es solamente una de las seis fases. No todas las modificaciones del comportamiento son acción. No cuenta la simple mejoría estadística. Por el contrario, debe haber una mejoría clínica real, donde el criterio ideal de la acción debe ser la recuperación.

La aceptación de un criterio débil para la acción exitosa puede tener consecuencias serias. Por ejemplo, en Escocia un colega llevó a cabo un innovador programa clínico para beber en forma controlada. Anunció su programa en los periódicos y en una semana estaba inundado con más de 800 reclutas. En el tiempo, él estaba agrado con su tasa de terminación [del programa], pero no con sus resultados. La dramática reducción en el beber que se había anticipado no ocurría. Mi esposa propuso que su criterio de beber en forma controlada podría ser el problema. En respuesta, él consideró que la sugerencia era etnocéntrica, como un ejemplo de la imposición de los estándares estadounidenses a los ciudadanos escoceses. A su vez, el criterio que él usó para el beber controlado en Escocia era ¡algo menos de 50 tragos por semana para los hombres y algo menos de 35 para las mujeres!

El criterio escogido también tiene consecuencias para las profesiones de la salud mental. El hallazgo de resultados comunes entre las diversas terapias es la motivación para este volumen.² Además, el hallazgo de resultados comunes se origina, en parte, en la confianza de la mejoría estadística versus la mejoría clínica real. El uso de criterios estadísticos permite concluir al campo que existe una espléndida relación entre los sistemas terapéuticos. Entonces era razonable decir, "Todos han ganado, y todos deben tener premios."

Por otro lado, los meta-análisis que usan esos criterios también concluyen que los resultados no dependen de la duración de la terapia, ni de la educación o la experiencia de los terapeutas. De este modo, se ha llegado a la conclusión acerca del tratamiento: Se encontrará en la terapia breve y en los terapeutas baratos. ¡Hemos ganado algún premio!

MANTENCIÓN

En la fase de mantención, las personas están trabajando para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como lo hace con frecuencia las personas en la fase de acción. Están menos tentados a las recaídas y se confían más en que pueden continuar con el cambio. Basado en los reportes de autoeficacia y tentación experimentada, se ha estimado que la fase de mantención dura entre 6 meses a 5 años.

Una razón común para las personas que recaen tempranamente en la fase de mantención es que no están bien preparados para prolongar los esfuerzos necesarios para avanzar en la mantención. Muchos piensan que lo peor ocurrirá dentro de unas pocas semanas o unos pocos meses. Si ellos cesan muy temprano en sus esfuerzos, tienen un gran riesgo de recaída.

Para preparar a las personas para lo que viene, puede estimulárselas a comparar los problemas crónicos, como las adicciones, con correr una maratón. Los maratonistas pueden querer entrar en la Maratón de Boston. Si tienen poca o ninguna preparación, saben que no tendrán éxito y no entran en la carrera. Si tienen alguna preparación, podrían correr algunas millas antes de abandonarla. Solamente aquellos bien preparados podrían mantener sus esfuerzos milla tras milla.

Continuando con la metáfora de la Maratón de Boston, las personas saben que tienen que estar bien preparadas si quieren sobrevivir a la Colina Destroza-Corazones, en la milla 20 de iniciada la carrera. Podemos preguntar, entonces, ¿cuál es el equivalente conductual de Colina Destroza Corazones? La mejor evidencia que tenemos respecto a los problemas es que la mayoría de las recaídas ocurren en momentos de aflicción emocional. Las épocas de depresión, ansiedad, rabia, aburrimiento, soledad, estrés y angustia, son los momentos cuando los individuos están en mayor riesgo emocional y psicológico.

¿Cómo enfrentan los estadounidenses la presión emocional? El promedio de los estadounidenses bebe, come, fuma y toma drogas para manejar la angustia (Mellinger, Balter, Cisin y Perry, 1978). No es sorprendente, por lo tanto, que las personas en problemas, para sobreponerse a las condiciones crónicas tendrán un mayor riesgo de recaída cuando enfrentan el dolor y el trastorno psicológico. No podemos impedir que ocurra el sufrimiento. Sin embargo, podemos prevenir las recaídas si los pacientes están preparados para afrontar el sufrimiento sin apoyarse en sustancias adictivas u otras alternativas no saludables.

Si muchos estadounidenses se apoyan en comportamientos consumidores orales como una forma de manejar sus emociones, ¿cuál es comportamiento oral más saludable que podrían usar? Un modo que puede ayudar a prevenir las recaídas es hablar con otros acerca del sufrimiento. La terapia es una de las formas excelentes para tratar con el sufrimiento. Otra alternativa saludable que puede usarse es el ejercicio físico. La actividad física no solamente ayuda a manejar el ánimo, el estrés y la angustia, sino que un cliente más activo con 60 minutos de ejercicio por semana puede recibir más de 50 beneficios en su salud en general. El ejercicio debiera ser prescrito a todos los pacientes sedentarios. Una tercera alternativa saludable es alguna forma de relajación profunda, como la meditación, el yoga, la oración, los masajes o la relajación muscular profunda. Dejar que estrés y la tensión se vaya de los músculos y la mente ayuda al progreso en los momentos de tentación.

FINALIZACIÓN

En esta última fase, los individuos experimentan cero tentación y 100% de autoeficacia. Independientemente que estén deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, con rabia o estresados, tienen confianza que no retornarán a sus antiguas pautas ni saludables como una forma de afrontar esos

estados. Es como si nunca hubieran adquirido esas pautas al principio. En un estudio con antiguos fumadores y alcohólicos, encontramos que menos del 20% de cada grupo había alcanzado el criterio de no tentación y total autoeficacia (Snow, Prochaska y Rossi, 1992). Aunque la meta idea es estar curado para recuperarse, lo mejor para muchas personas es que puedan lograr una mantención de por vida.

Fases de las intervenciones planificadas

Las fases del modelo de cambio revisado más arriba pueden ser aplicadas para ayudar a muchas personas a alcanzar cada fase de la terapia, el tratamiento u otra intervención planificada. Las cinco fases incluyen: reclutamiento, retención, progreso, proceso y resultados.

RECLUTAMIENTO

Muy pocos estudios han prestado atención al reclutamiento –un esqueleto muy guardado en el armario de los programas de tratamiento profesional. Históricamente, esos programas reclutan o alcanzan a muy pocas personas. Como se reportó anteriormente, menos del 25% de las poblaciones con desórdenes diagnosticables por el DSM-IV entrarán en terapia formal durante su vida (Veroff, Douvon y Kulka, 1981a, 1981b). Con el tabaquismo, la más mortal de las adicciones, menos del 10% de los individuos participan en programas profesionales (U.S. Department of Health and Human Services, 1990).

Los problemas de salud mental y los problemas en la conducta saludable, como la depresión y las adicciones, están entre las condiciones contemporáneas más costosas –costosa para los individuos afligidos, sus familias y amigos, sus empleadores, sus comunidades y los sistemas de salud (Prochaska, 1997). Por esta razón, el manejo caso a caso como una política de rutina práctica ya no puede sostenerse más. Por el contrario, se requieren programas que recluten a esas personas.

Los sistemas gubernamentales y las compañías de seguros de salud están buscando modelos de poblaciones amplias para tratar esas condiciones. No obstante sus intenciones, cuando buscan la guía de los mejores ensayos clínicos ostensiblemente preparados para tratar los problemas crónicos en una población, ¿qué descubren? Los reportes de investigación tras investigación muestran resultados pobres (v.g., CMMIT Research Group, 1995; Ennett, Tabler, Ringwolt y Fliwelling, 1994; Glasgow, Terborg, Hollis, Severson y Boles, 1995; Lueper et al., 1994). Ya sea que los ensayos se hayan efectuado en los lugares de trabajo, escuelas o comunidades completas, los resultados son similares. No se han encontrado efectos significativos al compararlos con los grupos control.

Si examinamos más de cerca uno de esas investigaciones, el Minnesota Heart Health Study, encontramos indicios de lo que va mal (Lando et al., 1995). El tabaquismo fue uno de los comportamientos blanco. Al examinar las tasas de reclutamiento de su programa de cambio conductual muy poderoso (emplearon clínicos, clases y consejería), se encuentra que solamente el

4% de los fumadores en las comunidades de tratamiento participaron en los 5 años de las intervenciones planificadas. No es asombroso que no haya habido diferencias significativas entre las comunidades en tratamiento y las de control. Por otro lado, si las compañías de seguros ofrecen los últimos tratamientos científicos gratis, solamente se recluta al 1% de los fumadores (Lichtenstein y Hollis, 1992). Si los mejores programas de tratamiento alcanzan a tan pocas personas con la más mortal de las adicciones, tendrán un pequeño impacto en la salud de la población de la nación.

¿Entonces cómo motivar a la mayoría de las personas que tienen condiciones de alto costo para que busquen la ayuda apropiada? La respuesta puede encontrarse en el cambio de los paradigmas y las prácticas. A este respecto, necesitan revisión dos paradigmas. El primero, es el paradigma orientado a la acción. Éste supone al cambio de comportamiento como un evento que puede ocurrir de inmediato, discreta y dramáticamente. Esa es la visión que ha dominado a la clínica en los pasados 50 años. Los programas de tratamiento que son diseñados para que las personas tomen acciones inmediatas están implícita o explícitamente diseñados para la porción de la población que esta en la fase de preparación.

Como un ejemplo del problema con el paradigma basado en la acción, considere que de los 15 comportamientos no saludables en 20.000 miembros del HMO³, en forma típica menos del 20% están preparados para tomar acciones (Rossi, 1992). La regla es 40, 40, 20: 40% en pre-contemplación, 40% en contemplación y solamente un 20% en preparación. Bajo esta luz, cuando se promueven las terapias breves orientadas a la acción, está en forma implícita reclutándose a menos del 20% de la población en riesgo. Para tomar en cuenta las necesidades de toda la población, se necesita el diseño de intervenciones para el 40% en pre-contemplación y el 40% en contemplación.

El segundo cambio que se requiere el movimiento desde un enfoque pasivo-reactivo a uno de práctica proactiva. La mayoría de los profesionales han sido entrenados para ser pasivo-reactivos: Esperar que los pacientes busquen sus servicios y después reaccionar. Recuérdese que la mayoría de las personas con condiciones de alto costo nunca buscan los servicios apropiados, los métodos de "esperar que ellos toquen a la puerta" desde un principio va en contra del éxito.

En un examen más estrecho, el paradigma pasivo-reactivo está diseñado para servir a poblaciones en condiciones agudas. El dolor, la aflicción o la incomodidad de esas condiciones pueden motivar a las personas a buscar ayuda de los profesionales de la salud. Desgraciadamente, sin embargo, los mayores asesinos e incapacitantes de nuestro tiempo son condiciones ocasionadas en su mayor parte por desórdenes *crónicos* como las adicciones. Para tratar las condiciones crónicas en forma seria, debemos aprender no solamente a alcanzar a todas las poblaciones, sino que también ofrecer terapias apropiadas a las fases [del cambio].

¿Qué sucede si los profesionales van en una sola dirección –es decir, retener un paradigma orientado a la acción en sus programas, pero reclutan en forma proactiva? Este experimento ha sido llevado a cabo en una de las organizaciones de seguros de salud más grande de los Estados Unidos (Lichtenstein y Hollis, 1992). Los médicos usaban tiempo con cada fumador para inducirlo a ingresar a una nueva terapia orientada a la acción. Si eso fracasaba, las enfermeras usaban 10

minutos para inducirlo, seguido de 12 minutos con educadores en salud, y finalmente un consejero lo telefoneaba a casa. El resultado fue una tasa del 1% de participación.

El análisis posterior mostró que este protocolo de reclutamiento intenso motivó exitosamente para participar al 35% de los fumadores en fase de pre-contemplación. Pero solamente llegó el 3%, el 2% lo finalizó y el 0% lo terminó con mejoría. Al combinar los grupos en contemplación y preparación, el 65% aceptó participar, el 15 % llegó al programa, el 11% lo finalizó, y un porcentaje despreciable lo terminó con mejoría.

En contraste, cambiar el paradigma y la práctica, lleva a mejores resultados. El ofrecimiento de intervenciones apropiadas a las fases [del cambio] y la aplicación de métodos de reclutamiento proactivo en tres investigaciones clínicas a gran escala, nos han permitido reclutar entre el 80% al 90% de fumadores en nuestros programas de tratamiento (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi y Tsoh, 1997; Prochaska, Velicer, Fava, Ruggiero, et al., 1997). Este es el mayor aumento en nuestra habilidad para alcanzar a más personas para que comiencen terapia.

Con los cambios paradigmáticos recomendados, los programas de reclutamiento de poblaciones más amplias ahora están realizándose de otro modo. Por ejemplo, en los centros regionales del National Service Health en Gran Bretaña está entrenándose a los profesionales de la salud en esos nuevos paradigmas. Más de 4.000 médicos, enfermeras, consejeros y educadores en salud han sido entrenados para interactuar proactivamente en cada fase del cambio con sus pacientes que abusan del alcohol, drogas, comida y tabaco. En el futuro, veremos entrenamientos similares para otros desórdenes de alto costo como depresión y ansiedad.

En resumen, ¿cómo podemos movilizar a las personas a comenzar programas de tratamiento profesional? En base a nuestra propia evidencia creciente hasta la fecha, puede darse una respuesta innovadora y probablemente definitiva. Esta respuesta es: Tener profesionales que estén motivados, preparados para alcanzar en forma proactiva a las poblaciones, y ofrecer intervenciones que hagan juego con la fase del cambio de los clientes. Una vez que los profesionales comiencen a reclutar muchos pacientes en las fases de pre-contemplación y contemplación, ¿estarán preparados los terapeutas y los consejeros para hacer juego con las necesidades de aquellos? Esta interrogante lleva a la retención.

RETENCIÓN

El segundo esqueleto en el armario de la terapia es que los terapeutas no retienen a suficientes personas. Un meta-análisis de 125 estudios encontró que cerca del 50% de los clientes abandonaban el tratamiento (Wierzbicki y Pekarik, 1993). En esos estudios había pocos predictores consistentes de terminación prematura, excepto para el abuso de sustancias, un estatus menor y bajo nivel educacional. Sin embargo, esas variables no daban cuenta del elevado porcentaje de abandono.

Se han realizado cinco estudios que usaron la variable fases del cambio como predictor del abandono. Los problemas que caracterizaron a los grupos de pacientes fueron los siguientes: abuso de sustancia, tabaquismo, obesidad y un amplio espectro de desórdenes psiquiátricos (v.g.,

Medeiros y Prochaska, 1997; Prochaska, Norcross, Fowlwr, Follick y Abrams, 1992). Los resultados muestran que las variables relacionadas con las fases del cambio no son anticipadas por la variable demográfica, tipo de problema, severidad del problema y otras variables relacionadas con el problema. La Figura 1 presenta los perfiles de la fase del cambio de los tres grupos de pacientes con problemas psiquiátricos. En este estudio, fuimos capaces de predecir el 93% del comportamiento de los tres grupos: terminación prematura, terminación prematura pero apropiada, y continuación en terapia (Medeiros y Prochaska, 1997).

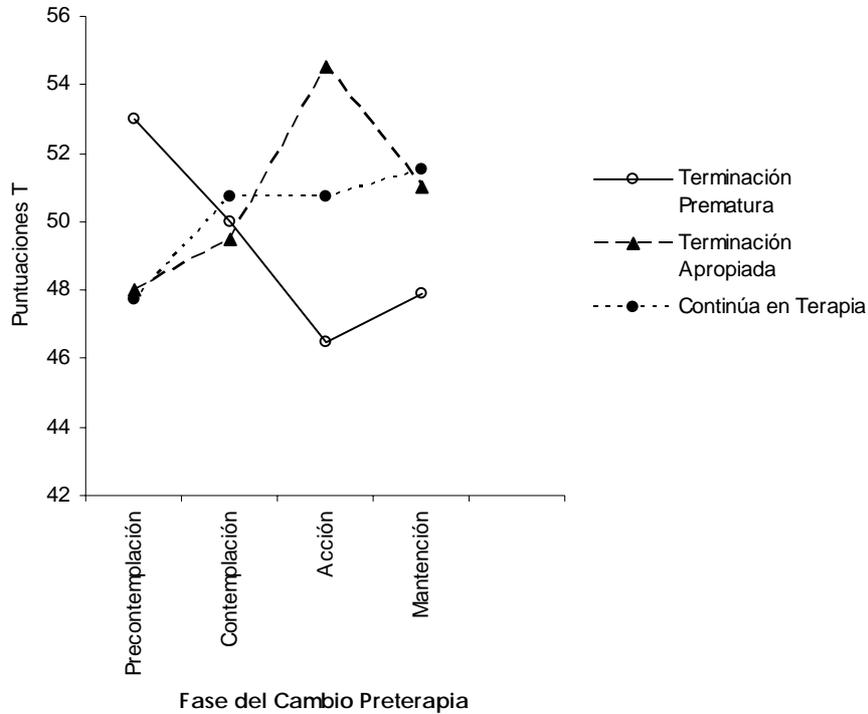
La Figura 1 muestra los perfiles pre-terapia de todo el grupo de personas que abandonaron rápida y prematura el tratamiento (40%), todos ellos eran personas que se encontraban en la fase de pre-contemplación. El 20% de quienes terminaron rápido pero apropiadamente el tratamiento, eran pacientes que estaban en la fase de acción cuando entraron a terapia. Un grupo mixto, con la mayoría de los individuos en fase de contemplación, continuaron el tratamiento por más largo tiempo.

La implicación de estos resultados es clara. Las personas en la fase de pre-contemplación no pueden ser tratadas como si estuvieran comenzando en el mismo lugar que los individuos que se encuentran en la fase de acción, y esperar que continúen en terapia. Si se los presiona para que actúen cuando no están preparados, ¿los clínicos debieran esperar retenerlos en terapia? Los propósitos están errados cuando se los impulsa a irse y después se los culpar por estar insuficientemente motivados o preparados para las intervenciones orientadas a la acción.

Cuando los pacientes con una adicción entran a la terapia en la fase de acción, un enfoque apropiado que podría ser recomendado son las estrategias de prevención de recaídas desarrollado por Alan Marlatt. Los pacientes en la fase de acción es probable que estén preparados para usar esos métodos. En comparación, las estrategias de prevención de recaídas tendrían poco sentido con el 40% de pacientes que entran a terapia en la fase de pre-contemplación. Para un enfoque de prevención del abandono prematuro, se recomienda un buen encaje con el paciente, porque es probable que esos pacientes se vayan en forma prematura si no son ayudados a continuar (Medeiros y Prochaska, 1997).

Con los clientes que comienzan la terapia en la fase de pre-contemplación, el protocolo comienza con nuestra preocupación clave acerca de su continuación. El terapeuta podría decir: "Estoy preocupado que la terapia pueda no tener la oportunidad de hacer una diferencia significativa en su vida, porque usted puede estar tentado a abandonarla antes." Esto puede llevar a una exploración de si han sido presionados para ir a terapia. Si es así, ¿cómo reaccionan cuando alguien intenta presionarlo u obligarlos a tomar acciones cuando no están preparados para tomarlas? ¿Pueden dejar que el terapeuta sepa si ellos se sienten presionados u obligados? Puede ser de ayuda que el terapeuta se adapte a la fase del cambio, pero solamente estimulará a los clientes para que den los pasos para los cuales están más preparados para tener éxito.

Figura 1



Perfiles de fases de cambio preterapia para terminación prematura, terminación apropiada y quienes continúan en terapia.

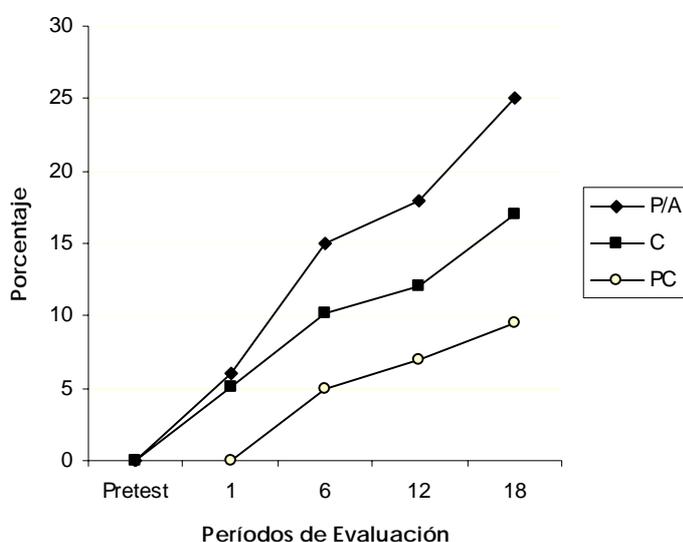
Se han terminado cuatro estudios con intervenciones que hacen juego con la fase de cambio para examinar las tasas de retención de personas en fase de pre-contemplación para entrar al programa de tratamiento. Cuando el tratamiento hace juego con la fase del cambio, las personas en pre-contemplación continúan con las mismas tasas elevadas de aquellos que están en la fase de preparación. Este resultado fue obtenido en investigaciones clínicas para reclutar a las personas proactivamente (v.g., se ofreció ayuda), así como también para aquellos participantes reclutados reactivamente (v.g., aquellos que llamaron pidiendo ayuda). Esos estudios se han hecho solamente con fumadores. Si los hallazgos se mantienen en otras condiciones, pueda darse una respuesta práctica a la interrogante de qué permite a las personas continuar en terapia. La conclusión sería que es suministrar tratamientos que hacen juego con la fase del cambio de los pacientes.

PROGRESO

¿Qué lleva a la gente a progresar en la terapia y continuar progresando después de la terapia? La Figura 2 representa un ejemplo de lo que es denominado la *fase del efecto*. La fase del efecto predice que el monto de acción exitosa tomada durante y después del tratamiento está

directamente con la fase del cambio en la cual se encuentran las personas al inicio del tratamiento (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). En este ejemplo, las intervenciones con los fumadores terminaron en el mes número 6. El grupo de fumadores que comenzó en la fase de pre-contemplación mostró el menor monto de acción efectiva cuando ésta fue medida por la abstinencia en cada medición. Aquellos que comenzaron estando en la fase de contemplación, progresaron más significativamente. Finalmente, los pacientes que entraron al tratamiento ya preparados para tomar acciones, tuvieron más éxito en cada evaluación.

Figura 2



Porcentaje de abstinencia a través de 18 meses para fumadores en Fase de Pre-contemplación (PC), Contemplación (C), y Preparación (P/A) antes del tratamiento (N = 570)

Se ha encontrado la fase de efecto en una variedad de problemas y poblaciones, incluido el éxito en la rehabilitación de daños en el cerebro y la recuperación de la ansiedad y los desórdenes de pánico (Beiman et al., 1994; Lam, McMahon, Priddy y Gehred-Schulz, 1988). Por ejemplo, en investigaciones de doble ciego con drogas en ansiedad y desórdenes de pánico, el mejor predictor fue la fase de cambio de los sujetos. Los investigadores que llevaron a cabo esa investigación concluyeron que los pacientes necesitaban que se evaluara su fase de disposición para beneficiarse con los medicamentos anti-ansiedad. Además, necesitaban ser asistidos a través de las fases, de modo que estuvieran bien preparados para recibir el medicamento (Beitman et al., 1994).

Una estrategia para aplicar la fase de efecto en forma clínica se sugiere por sí misma. Recuerde que si las personas son movilizadas a la acción inmediata, la mayoría no entrará a terapia

o no la terminará. Una alternativa es disponer de metas realistas para encuentros breves con los clientes en cada fase del cambio. En este enfoque, una meta realista es ayudar a los clientes a progresar una fase durante la terapia breve. Si los clientes se mueven relativamente rápido, pueden ser ayudados a progresar en dos fases. Los resultados hasta la fecha indican que si los clientes progresan una fase en un mes, tienen el doble de oportunidad para tomar una acción efectiva en 6 meses. Si progresan dos fases, aumentan sus oportunidades de tomar acción efectiva en 3 a 4 meses (Prochaska, Velicer, Fava, Ruggiero et al., 1997). La disposición de metas realista puede permitir que entren más personas en terapia, permanezcan en ella, progresen y continúen progresando una vez que ha finalizado el tratamiento.

Los primeros resultados reportados desde Inglaterra, donde han sido entrenados 4.000 profesionales para usar un modelo de tratamiento basado en las fases del cambio, muestra un aumento dramático en la moral de las profesiones de la salud. Ahora pueden ver el progreso en la mayoría de los pacientes, donde antes veían fracaso cuando las acciones inmediatas eran el único criterio de éxito. Tienen mucho más confianza respecto que tienen tratamientos que pueden hacer juego con la fase del cambio de todos los pacientes, más que para el 20% preparado para tomar acciones inmediatas.

No es una reiteración decir que los modelos de tratamiento que escojan los terapeutas debieran ser buenos para su propia salud mental, al igual que la de sus clientes. Después de todo, los clínicos están involucrados en la terapia toda su vida, mientras que la mayoría de los clientes están involucrados durante un tiempo breve.

Desafortunadamente, a medida que las instituciones de seguros de salud promueven terapias más y más breves, existe el peligro que la mayoría de los profesionales de la salud se sientan presionados a tener que producir acciones inmediatas. Si la presión es transferida a los pacientes que no están preparados para esa acción, el pasado se repetirá: Los pacientes no alcanzarán ni retendrán a suficientes pacientes. La mayoría de los pacientes puede ser ayudada a progresar en encuentros breves, pero solamente si se establecen metas realistas para cada episodio de tratamiento. Por otra parte, el riesgo es mayor para los terapeutas desmoralizados y los pacientes desmotivados.

PROCESO

Para ayudar a los pacientes a progresar de una fase a la siguiente, necesitan aplicarse los principios y procesos del cambio que pueden producir ese progreso.

Principio 1. Los pro del cambio deben aumentarse para que las personas progresen desde la fase de pre-contemplación. Hemos encontrado que en 12 de 12 estudios, los pro fueron más altos en la fase de contemplación que en la de pre-contemplación (Prochaska, Velicer et al., 1994). Esta pauta se mantiene en 12 comportamientos: abandonar la cocaína, tabaquismo, delincuencia, uso consistente del condón, sexo seguro, estilos de vida sedentarios, dietas elevadas en calorías, exposición al sol, mamografías, e incluso con los médicos que practican medicina conductual.

Para iniciar un movimiento que lo saque de la fase de pre-contemplación, puede pedírsele al paciente que identifique todos los beneficios o pro del cambio, como comenzar a hacer ejercicios. Es típico que indiquen cuatro o cinco. Entonces, pueden ser informados que hay de 8 a 10 beneficios y se los desafía a aumentar la cantidad al doble o al triple para la próxima reunión. Si la lista de pro para los ejercicios comienza a indicar muchos más motivos, como un corazón saludable, pulmones sanos, más energía, un sistema inmune saludable, mejor ánimo, menos estrés, una mejor vida sexual, y mejoría de la autoestima, el paciente estará más seriamente motivado para comenzar a contemplar el cambio.

Principio 2. Los contra del cambio deben disminuir para que las personas progresen de la contemplación a la acción. En 12 de 12 estudios, encontramos que los contra del cambio fueron menores en la fase de acción que en la de contemplación (Prochaska, Velicer et al., 1994).

Principio 3. Los pro y los contra deben "entrecruzarse" para que las personas estén preparadas para actuar. En 12 de 12 estudios, los contra del cambio fueron más altos que los pro en la fase de pre-contemplación, pero en 11 de 12, los pro fueron más altos que los contra en la fase de acción. La única excepción a esta pauta fueron pacientes cocainómanos, la única población con un gran porcentaje de tratamientos en régimen de internación. Nosotros interpretamos esta excepción como una indicación que esas acciones individuales pueden haber estado más influenciadas por controles externos o restricciones que por su propia motivación a cambiar.

Es digno de mención que si usted usa los datos sin procesar para evaluar esas pautas, a menudo encontrará que los pro del cambio son más elevados que los contra, incluso para las personas en fase de pre-contemplación. Solamente cuando usamos puntuaciones estandarizadas encontramos la pauta clara que los contra del cambio son siempre más elevados que los pro. Esto significa que comparados con sus pares en otras fases del cambio, las personas en la fase de pre-contemplación subestiman los pro y sobreestiman los contra. (Nosotros interpretamos esto como que ellos no tienen una conciencia de estar actuando en forma equivocada, debido a que no saben cómo compararse con sus pares.)

En un estudio muy reciente, encontramos la misma pauta para los pro y los contra de estar en terapia. Adictos a la heroína y la cocaína que estaban en la fase de pre-contemplación evaluaron los contra de la terapia como más grandes que los pro. Los pro aumentaron para aquellos que se encontraban en la fase de contemplación. Y hubo un entrecruzamiento entre los pro y los contra para aquellos que se encontraban en la fase de acción y las siguientes (Tsoh y Prochaska, 1998). Esos datos indican que la continuación y el progreso en la terapia está relacionada, en parte, con la valoración errónea que hacen las personas de los pro y los contra de estar en terapia. En este aspecto, nuestro campo no ha hecho un trabajo de educar al público respecto a que los beneficios de la terapia van más allá que ayudarlos con un problema en particular. Debiera darse énfasis a beneficios como la disminución en la defensividad, el aumento en la expresividad, mejores relaciones interpersonales, aumento en la autoestima, para preparar a los pacientes para la finalización de la terapia.

Principio 4. El "principio vigoroso" del progreso sostiene que en el progreso desde la fase de pre-contemplación a la fase de la acción efectiva, los pro del cambio deben aumentar en una desviación estándar (Prochaska, 1994).

Principio 5. El "principio más débil" del progreso sostiene que para progresar desde la fase de contemplación a la fase de la acción efectiva, los contra del cambio deben disminuir en una desviación estándar y media.

Debido a que los pro del cambio deben aumentar al doble para que disminuyan los contra, los terapeutas debieran dar el doble de énfasis al beneficio que a los costos del cambio. Lo que estamos sosteniendo aquí es la creencia que los principios matemáticos han descubierto cuánto pueden aumentar las motivaciones positivas y cuánto deben disminuir las motivaciones negativas. Principios de este tipo pueden producir evaluaciones más sensibles para guiar las intervenciones, retroalimentando a los terapeutas y a los pacientes respecto a cuando los esfuerzos terapéuticos están produciendo progreso y cuando están fracasando. Terapeutas y clientes pueden modificar sus métodos si no están viendo tanto movimiento como el que se necesita para comenzar a prepararse adecuadamente para la acción.

Principio 6. El proceso particular de cambio necesita hacer juego con las fases específicas del cambio. La Tabla 1 presenta la integración empírica de lo que hemos encontrado entre los procesos y las fases del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983). Al guiarnos por esta integración, nosotros aplicamos los siguientes nueve procesos con los pacientes en las fases específicas del cambio:

Tabla 1

Las fases del cambio cuando se da énfasis a un proceso particular de cambio

Fases del cambio				
Pre-contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantención
Aumento de la conciencia Auxilio dramático Reevaluación del ambiente	Reevaluación de si mismo	Auto-liberación	Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contra-condicionamiento Control de estímulos	

Nota: Los procesos del cambio están centrados entre las columnas para mostrar la sobreposición entre las fases.

1. Aumento de la conciencia, que implica aumentar el darse cuenta respecto a las causas, consecuencias y curas para un problema particular. Las intervenciones que pueden aumentar el darse cuenta incluyen la observación, la confrontación, las interpretaciones, la retroalimentación y la educación, así como también la biblioterapia. Algunas técnicas, como la confrontación, son de elevado riesgo para la retención del paciente y no son recomendadas tanto como los métodos de estimulación como la retroalimentación personal acerca de las consecuencias actuales y a largo

plazo de continuar la pauta crónica. El aumento de los contra del no cambio es el corolario del aumento de los pro del cambio. Por lo tanto, queda claro que el propósito es aplicar una mayor conciencia al aumento de los pro del cambio.

2. Auxilio dramático, que implica la activación emocional del comportamiento actual y el alivio que puede venir el cambio. Algunas de las emociones que pueden movilizar a las personas a contemplar el cambio son el miedo, la culpa y la esperanza. El psicodrama, el rol playing y los testimonios personales son ejemplos de técnicas que puede mover emocionalmente a las personas.

La literatura respecto al cambio de comportamiento concluyó que las intervenciones como la educación y la activación de los temores no motivaban al cambio de comportamiento. Desafortunadamente, muchas intervenciones fueron evaluadas por su habilidad para movilizar a las personas a la acción inmediata. Los procesos como el surgimiento de conciencia y alivio dramático intentan movilizar hacia la contemplación, no hacia la acción. Por consiguiente, la efectividad de los procesos debiera ser evaluada respecto a si produce el progreso que se esperaba que produjera en la fase del cambio del cliente.

3. La Reevaluación ambiental, combina la evaluación cognitiva y emocional de cómo los comportamientos de uno afectan al ambiente social, y cómo el cambio afectaría ese ambiente. Puede facilitarse esa reevaluación a través del entrenamiento en empatía, clarificación de los valores e intervenciones familiares o de redes.

Una breve intervención publicitaria para los fumadores en pre-contemplación es la siguiente. Un hombre apenado dice, "Siempre temí que mi tabaquismo me llevara a una muerte temprana. Siempre me preocupó que mi tabaquismo me causara cáncer al pulmón. Pero nunca imaginé que esto le sucediera a mi esposa." Abajo aparece esta estadística: 50.000 muertes por año son causadas por el fumar pasivo, Departamento de Salud de California.

En los 30 segundos que toma leer y procesar el mensaje, se introduce el aumento de la conciencia, el alivio dramático y la reevaluación ambiental. Es una pequeña sorpresa que esas intervenciones publicitarias hayan sido evaluadas como una parte importante del éxito de California en la iniciativa para reducir el tabaquismo.

4. La Reevaluación de si mismo combina evaluaciones cognitivas y afectivas de la imagen de uno mismo sin el problema particular. Las técnicas que pueden movilizar a las personas son la imaginería, los modelos de rol saludables y la clarificación de valores. Clínicamente, primero encontramos a las personas mirando hacia atrás y reevaluando cómo lo han hecho como individuos con problemas. A medida que progresan en la preparación, comienzan a desarrollar más un foco futuro a medida que imaginan más cómo será su vida sin el problema.

5. La Auto-liberación incluye la creencia que uno puede cambiar y el compromiso y los nuevos compromisos de actuar en base a creencia. Las técnicas que pueden aumentar la fuerza de voluntad aumentan los compromisos públicos más que los privados. La investigación motivacional también sugiere que si las personas tienen solamente una opción, no estarán tan motivadas como cuando tienen dos (Miller, 1985). Tres opciones es aun mejor, pero cuatro no parecen aumentar la motivación.

Hasta donde es posible, los terapeutas transteóricos intentan suministrar a las personas tres de las mejores opciones para aplicar en cada proceso. Con la cesación del hábito de fumar, por ejemplo, creíamos que sólo cuenta un compromiso, y era el retiro total del tabaco. Ahora sabemos que hay al menos tres buenas opciones, retiro total, reemplazo de la nicotina y el desvanecimiento progresivo de la nicotina. Cuando se les pide a los clientes que elijan la alternativa que creen que será más efectiva para ellos, y con la cual se comprometerían, se aumenta la motivación y la auto-liberación.

6. El **Contra-condicionamiento** requiere el aprendizaje de comportamientos saludables que reemplacen los problemas de conducta. Las alternativas saludables para el tabaquismo fueron discutidas en la sección previa. Se han utilizado tres alternativas saludables para afrontar la tensión emocional y prevenir recaídas. Las técnicas de contra-condicionamiento son específicas para un comportamiento particular, e incluyen la desensibilización, las afirmaciones y las cogniciones para contrarrestar lo irracional, el diálogo interno que provoca ansiedad.

7. El **Manejo de contingencias** implica el uso sistemático del reforzamiento y el castigo para dirigirse en una determinada dirección. Debido a que encontramos que los cambios por sí mismo se apoyan mucho más en el reforzamiento que en el castigo, hacemos énfasis en el reforzamiento para el progreso por sobre los castigos para la regresión. Los contratos de contingencia, los reforzamientos abiertos y encubiertos y el reconocimiento en grupo con procedimientos para aumentar el reforzamiento. También suministran incentivos que aumentan la probabilidad que se repitan respuestas más saludables.

Para preparar a las personas para un proceso de larga duración, les enseñamos a apoyarse más en el auto-reforzamiento que en los reforzamientos sociales (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994). Encontramos que muchos clientes esperan mucho más reforzamiento y reconocimiento de los demás que éstos suministran activamente. Muchos parientes y amigos pueden actuar para premiarlos muy rápidamente, y el reconocimiento promedio en forma típica genera solamente un par de consecuencia positivas tempranas en la acción. Los auto-reforzamientos están mucho más bajo el auto-control y pueden ser entregadas más rápida y consistentemente cuando las tentaciones para la caída o la recaída son resistidas.

8. El **Control de estímulos** implica la modificación del ambiente para aumentar las claves que promueven las respuestas saludables y disminuyen las claves que son una tentación. La evitación, la reingeniería ambiental (v.g., retiro de las sustancias adictivas y la parafernalia), y la asistencia a los grupos de autoayuda puede suministrar estímulos que extraigan respuestas saludables y se reduzca el riesgo de recaídas.

9. Las **Relaciones interpersonales de ayuda** combinan el cuidado, la apertura, la confianza, así como también los apoyos para el cambio. La construcción de rapport, la alianza terapéutica, las llamadas telefónicas de los consejeros, los sistemas de amigos, los patrocinadores y los grupos de autoayuda pueden ser recursos excelentes. Si las personas se han hecho dependientes de un apoyo social para mantener el cambio, se necesita desvanecer esos apoyos

antes que la terminación del apoyo al término de la terapia se convierta en una condición para la recaída.

Integración del proceso de cambio con los factores comunes

Las teorías competidoras han abogado en forma implícita o explícita por procesos alternativos para producir el cambio. ¿Lo que mueve a las personas hacia el cambio son las cogniciones o las emociones? ¿Los valores, las decisiones o la dedicación? ¿Nos motivan contingencias, o estamos controlados por condiciones ambientales o hábitos condicionados? ¿Es la relación terapéutica el factor curativo común en todas las modalidades terapéuticas?

Una respuesta "eclectica" a cada una de esas interrogantes es "sí." Una respuesta integrativa es que el proceso terapéutico originado por las teorías competidoras puede ser compatible cuando se ajusta a la fase del cambio del cliente. Con los terapeutas en las fases tempranas del cambio, los terapeutas pueden estimular el progreso a través de procesos más experienciales que producen cogniciones, emociones, evaluaciones, decisiones y acuerdos más saludables. En las últimas fases, nosotros buscamos construir una preparación sólida y motivación, a través del énfasis en procesos más conductuales que pueden ayudar al condicionamiento de hábitos más saludables, reforzamiento de esos hábitos y suministrar apoyos físicos y ambientales para estilos de vida más saludables.

Una de las cualidades que más valoro acerca del modelo transteórico es que puede suministrar una integración de algunos de los mejores procesos de cambio derivados de las teorías que usualmente han sido vistas como competidoras e incompatibles. Además, creo que este modelo puede suministrar una integración de factores comunes derivados de la comparación empírica entre las terapias competidoras y los servicios médico y social. Weinberger (1995) ha identificado cinco factores comunes que cree tienen un apoyo empírico adecuado: expectativas, alianza terapéutica, estrategias de confrontación, técnicas de maestría y atribuciones.

La hipótesis acerca de cómo los factores comunes delineados por Weinberger están probablemente relacionados e integrados dentro de la dimensión de fases del modelo transteórico es como sigue (Prochaska, 1995). Las personas en la fase de pre-contemplación tienen probablemente expectativas más pobres para el cambio y la terapia. Sabemos que los individuos en esta fase mostrarán los resultados más pobres en la terapia. Esos pacientes son los menos conscientes de los beneficios del cambio y de la terapia, y es probable que necesiten intervenciones que los ayuden a comprender qué pautas en particular son auto-derrotistas y auto-destructivas. Es probable, también, que los pacientes en la fase de pre-contemplación tengan los mayores problemas para formar una alianza temprana en la terapia. Tienen el mayor riesgo de abandono rápido e inapropiado, a menos que los terapeutas estén entrenados para ajustar las estrategias a esta fase, como las estrategias para la prevención de abandono de la terapia.

Las estrategias de confrontación, como las técnicas de exposición e inundación, que ayudan a que los pacientes enfrenten en forma activa sus miedos, son probablemente más

tolerables para los pacientes que están preparados para esos acercamientos orientados a la acción. Es probable que las personas no preparadas para ese tratamiento intensivo abandonen la terapia. También es probable que las técnicas de maestría sean más efectivas con los pacientes que están preparados para tomar acciones o ya están en la fase de acción. Respecto a las atribuciones, las psicoterapias que son diseñadas para maximizar los procesos de cambio por sí mismo es probable que atribuyan el progreso a través de las fases del cambio a los esfuerzos del cliente, y solamente en forma secundaria a los esfuerzos del terapeuta. La Tabla 2 presenta una integración conceptual entre las fases de cambio y esos cinco factores comunes.

Tabla 2

Integración de las fases del cambio y los cinco factores comunes

Pre-contemplación →	Contemplación →	Preparación →	Acción →	Mantención
Expectativas bajas Alianza terapéutica pobre		Estrategias de confrontación	Estrategias de maestría	Atribuciones de cambio a sí mismo [del cliente] para el progreso

Nota: Los procesos del cambio están centrados entre las columnas para mostrar la sobreposición entre las fases.

RESULTADOS E IMPACTO

¿Qué sucede cuando los seis principios y los nueve procesos del cambio discutidos más arriba son combinados para ayudar a los pacientes y una población a movilizarse hacia la acción? A continuación examinaremos una serie de investigaciones que aplican intervenciones ajustadas a la fase de cambio, para ver qué lecciones podríamos extraer acerca del futuro de la terapia, la medicina conductual y los servicios sociales.

En nuestra primera investigación de gran escala, comparamos cuatro tratamientos para el cese del hábito de fumar: (a) uno de los mejores programas para la casa orientados a la acción (estandarizado); (b) manuales ajustado a la fase de cambio (individualizado); (c) reportes de un sistema computacional experto más manuales (interactivo); y (d) consejeros más computadores y manuales (personalizado). Asignamos al azar a 739 fumadores a uno de los cuatro tratamientos (Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi, 1993).

En la condición del computador o condición interactiva, los participantes completaron por carta o teléfono 40 preguntas que entraron en nuestro computador central y se generaron reportes de retroalimentación. Esos reportes informaron a los participantes respecto a su fase de cambio, sus pro y sus contra del cambio y su uso de los procesos de cambio apropiados para sus fases. En la línea base, se entregó retroalimentación positiva a los participantes sobre lo que estaban haciendo en forma correcta y guías respecto a los principios y procesos que necesitan aplicar para progresar más. En dos reportes de progreso enviados en los 6 meses siguientes los participantes también recibieron retroalimentación positiva respecto a cualquier mejoría que habían hecho en cualquiera

de las variables relevantes o de progreso. Como resultado, los fumadores desmoralizados y defensivos podían estar progresando sin dejar de fumar o sin tener que esforzarse mucho. Los fumadores en la fase de contemplación podían comenzar a avanzar más pasos, como retrasar su primer cigarrillo en la mañana en 30 minutos. Podían escoger pequeños pasos que incrementarían su autoeficacia y los ayudaría a estar más preparados para dejar de fumar.

En la condición personalizada, los fumadores recibieron cuatro llamadas de consejeros durante los 6 meses de la intervención. Tres de las llamadas estaban basadas en reportes del computador. Los consejeros reportaron mucho más dificultad en la interacción con los participantes que no habían hecho progresos. Sin la evaluación científica, fue mucho más difícil para los clientes y los consejeros relatar si había ocurrido algún progreso significativo desde la última interacción.

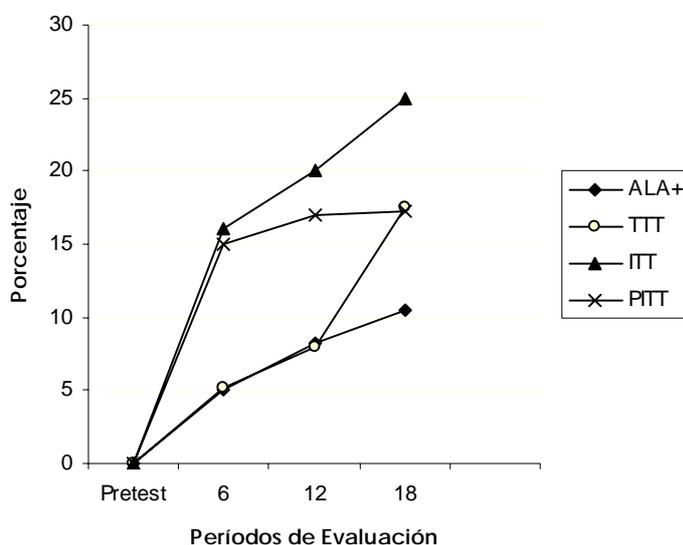
La figura 3 presenta los puntos de la frecuencia de las tasas de abstinencia de cada uno de los cuatro grupos durante 18 meses, con la finalización del tratamiento a los 6 meses. Las dos condiciones de manual de autoayuda fueron paralelas durante 12 meses. En el mes 18, la condición con el manual ajustado a la fase de cambio siguió adelante. Este es un ejemplo del *efecto de la acción retardada*, observado a menudo específicamente en programas ajustados a la fase de cambio, y generalmente con los programas de autoayuda. Toma tiempo a los participantes en las primeras fases progresar hacia la acción. Por lo tanto, algunos efectos del tratamiento medidos como acción solamente se observaron después de un considerable retraso. Sin embargo, es estimulante encontrar tratamientos que producen efectos meses o años después que el tratamiento finalizó.

La condición del computador solo (Interactivo) y la condición del computador más el consejero (Personalizada) fueron paralelas durante 12 meses. Los efectos de la condición con consejero disminuyeron, mientras que la condición del computador solo continuó aumentando. Solamente podemos especular respecto a las diferencias retardadas entre estas dos condiciones. Los participantes en la condición más personalizada pueden haberse hecho dependientes del apoyo social y el control social de las llamadas de los consejeros. La última llamada fue después de la evaluación de los 6 meses y los beneficios se observaron durante 12 meses. La terminación del consejero pudo resultar en una falta de progreso debido a la pérdida del apoyo y control sociales. La pauta clásica en las clínicas para el cese del tabaquismo es una rápida recaída que comienza tan pronto como el tratamiento ha finalizado. Algunas de estas rápidas recaídas podrían deberse a la súbita pérdida del apoyo o del control social suministrado por los consejeros y otros participantes en la clínica.

La siguiente prueba fue demostrar la eficacia del sistema experto (interactivo) cuando era aplicado a una población reclutada en forma preactiva. Con más del 80% de 5.170 fumadores participantes y cerca del 20% en la fase de preparación demostramos beneficios significativos del sistema experto en cada uno de los 6 meses de seguimiento (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi y Tsoh, 1997). Además, las ventajas de la evaluación proactiva sola aumentó en cada seguimiento durante los 2 años evaluados. Las implicaciones son que las intervenciones con un sistema experto en una

población pueden continuar demostrando beneficios mucho tiempo después que la intervención ha finalizado.

Figura 3



Punto de frecuencia de la abstinencia (%) para cuatro grupos de tratamiento en el pretest y a los 6, 12 y 18 meses. ALA+ = manuales estandarizados; TTT = manuales individualizados según la fase de cambio; ITT = reportes de computador interactivos; PITT = llamadas telefónicas de consejeros personalizados.

Después mostramos una replicación significativa de la eficacia del sistema experto o interactivo en una población HMO de 4.000 fumadores con el 85% de participación (Prochaska, Velicer, Fava, Ruggiero, 1997). En la primera población en la cual se basó el estudio, el sistema experto fue un 34% más efectivo que la evaluación sola. En el segundo estudio, fue un 31% más efectiva. Esas diferencias replicadas también fueron clínicamente significativas. Cuando trabajamos con una población, somos capaces de producir el nivel de éxito que normalmente sólo se encuentra en los programas clínicos con bajas tasas de participación y grupos muchos más seleccionados de fumadores. La implicación es que está desarrollado un sistema experto y muestra efectividad con una población, y que puede transferirse con un bajo costo y producir cambios replicables en nuevas poblaciones.

Mejoría de las condiciones interactivas

En una investigación de referencia hemos intentado crear mejorías en nuestro sistema experto para producir resultados aun mayores. En la primera mejoría en nuestra población HMO, añadimos un computador personal diseñado para dar el comportamiento bajo control, de estímulos (Prochaska, Velices, Fava, Ruggiero, 1997). Esta innovación comercialmente exitosa fue una

intervención orientada a la acción; si embargo no aumentó nuestro programa de sistema experto en la población. De hecho, nuestro sistema experto solo fue dos veces más efectivo que el sistema más la mejoría. Hay dos implicaciones principales aquí: (a) Más no es necesariamente mejor, y (b) proveer intervenciones que no se ajustan a la fase de cambio puede producir resultados peores.

Mejoría en el consejero

En nuestra población HMO, el consejero más el sistema de computador experto (personalizado) fue mejorando el sistema experto solo en 12 meses. Pero a los 18 meses, la mejoría del consejero había disminuido, mientras que el computador solo había aumentado. Ambas intervenciones estaban produciendo resultados idénticos de 23,2% de abstinencia –un resultado excelente para toda una población. ¿Por qué el efecto de la condición con consejero decayó después de la intervención? Nuevamente, nuestra hipótesis es que las personas se hacen dependientes del consejero, por el apoyo social y el monitoreo que suministra. Una vez que las influencias sociales son retiradas, las personas pueden hacerlo mal. Por otro lado, el sistema de computador experto puede maximizar la confianza en si mismo. En una investigación clínica actual, estamos desvaneciendo a los consejeros a través del tiempo como un método para tratar más efectivamente con la dependencia del consejero. Si el desvanecimiento es efectivo, tendrá implicaciones respecto a cómo nuestros consejeros debieran terminar: gradualmente a través del tiempo o en forma súbita.

Creemos que los programas más poderosos del cambio combinarán los beneficios personalizados de los consejeros y los consultantes con los beneficios de los sistemas de computador experto, individualizados, interactivos y basados en datos. Sin embargo, hasta la fecha no hemos sido capaces de demostrar que los consejeros más costosos, que han sido nuestros más poderosos agentes de cambio, puedan añadir realmente un valor a los computadores solos. Esos hallazgos tienen claras implicaciones para el costo-efectividad de los sistemas expertos para poblaciones completas que se necesitan en los programas de promoción de la salud.

Intervenciones interactivas versus no interactivas

Otro objetivo importante del proyecto HMO era evaluar si las intervenciones interactivas (v.g., sistema experto generado por computador) son más efectivas que las comunicaciones no interactivas (v.g., manuales de autoayuda) cuando se controla el número de los contactos de intervención (Velicer, Prochaska, Fava, Lafirge y Rossi, 1997). En los meses 6, 12 y 18, grupos de fumadores recibieron una serie de 1, 2, 3 o 6 interacciones versus contactos no interactivos; las intervenciones interactivas (v.g., sistemas expertos) mejoraron los manuales no interactivos en las cuatro comparaciones. En tres de las comparaciones (1, 2 y 3 meses), las diferencias a los 18 meses fueron al menos de 5 puntos en porcentaje, una diferencia entre condiciones de tratamiento que se asume como clínicamente significativa. Esos resultados apoyan claramente la hipótesis que las intervenciones interactivas mejorarán el mismo número de intervenciones no interactivas.

Esos resultados apoyan el supuesto que los programas de cambio más poderosos para poblaciones completas serán los interactivos. En la literatura clínica "reactiva", las intervenciones interactivas, como la consejería conductual, producen tasas de abstinencia a largo plazo mayores (del 20 al 30%) que las intervenciones no interactivas como los manuales de autoayuda (del 10 al 20%). Debiera tenerse en mente que esos programas tradicionales orientados a la acción están reclutando implícita o explícitamente a poblaciones en fase de preparación. Nuestros resultados indican que incluso con los reclutamientos preactivos de fumadores con menos del 20% en la fase de preparación, las tasas de abstinencia a largo plazo están en el rango del 20% al 30% para las interacciones interactivas y en el rango del 10% al 20% para las intervenciones no interactivas. Las implicaciones son claras. El suministro de intervenciones interactivas a través de computadores probablemente produce mejores resultados que si se apoyan en comunicaciones interactivas, como periódicos, prensa o manuales de autoayuda.

Resultados preactivos versus reactivos

Creo que el futuro de los programas conductuales y de salud mental será con intervenciones ajustadas a la fase de cambio, proactivos e interactivos. Puede generarse mucho más impacto a través de los programas preactivos debido a sus tasas más elevadas de participación, incluso si las tasas de eficacia son menores. También creo que los programas proactivos pueden producir resultados comparables a los programas reactivos tradicionales ("espere que ellos vengan"). Creo que va contra la intuición creer que se pueden producir resultados comparables con personas que buscamos para ayudarlas y con las personas que llaman para pedir ayuda. Es lo que las comparaciones informales sugieren fuertemente. Al comparar 18 meses de seguimiento de todos los participantes que recibieron nuestros tres sistemas expertos de reporte en nuestro estudio reactivo previo y en nuestro estudio proactivo actual, las curvas de abstinencia eran muy similares (Prochaska, et al., 1993; Prochaska, Velicer, Fava, Ruggiero et al., 1997).

Los resultados consejería más condiciones de computador fueron aun más impresionantes. El reclutamiento proactivo de fumadores con consejeros y computadores tuvo tasas más altas de abstinencia en cada seguimiento que los fumadores que habían llamado para pedir ayuda. Una de las diferencias es que el protocolo de los consejeros preactivos había sido revisado y, esperamos, mejoró en base a los datos previos y la experiencia. El punto es, sin embargo, si los profesionales llegan a las personas y les ofrecen programas de cambio conductual que son apropiados a sus fases del cambio, probablemente pueden producir eficacia o tasas de abstinencia al menos iguales a aquellas que se producen con las personas que nos contactan para pedir ayuda. Desgraciadamente, no hay un diseño experimental que pueda permitir a los investigadores asignar a las personas al azar a programas proactivos versus reactivos. Sólo tenemos esas comparaciones informales, pero provocativas.

Si los resultados continúan siendo replicados, los programas terapéuticos serán capaces de producir impactos significativos en poblaciones completas. Una vez más, creo que esos impactos

requieren cambios científicos y profesionales, desde (a) un paradigma de la acción a un paradigma de fases de cambio, (b) reclutamiento reactivo a uno proactivo, (c) participantes expectantes que se adaptan a las necesidades de los programas, a programas que se ajustan a las necesidades de los participantes, (d) programas basados en la clínica, a programas basados en poblaciones que aplican las estrategias de intervención más poderosamente individualizadas e interactivas, y estrategias específicas que varían según la terapia, a terapias que usen e integren las vías y procesos comunes entre las teorías competidoras que pensábamos que eran incompatibles.

Preguntas de los Editores

1. Con sus hallazgos de la investigación actual en su mente, ¿qué implicaciones ve usted para el entrenamiento de las siguientes generaciones de profesionales en salud mental?

Nuestros hallazgos tienen profundas implicaciones para el entrenamiento de las futuras generaciones de profesionales de la salud mental. Lo que *no* será necesario, son más terapeutas que estén entrenados solamente en el manejo de casos. Una vez que la salud mental corresponda a las compañías de seguros de salud, habrá dos o tres veces más especialistas en salud mental según las necesidades de esas instituciones. Aunque esto es un problema, se necesitarán más especialistas.

Lo que se necesitará serán especialistas en salud mental que puedan manejar poblaciones completas que presentan condiciones de alto costo como abuso de alcohol, desórdenes de ansiedad, depresión y tabaquismo. La creación, suministro y el manejo de servicios en base a una población es algo que muy pocos especialistas están preparados para hacer.

Nuestras investigaciones indican que las instituciones de salud mental necesitarán ser entrenadas en enfoques proactivos para alcanzar a toda la población en esas condiciones. También será necesario saber cómo adecuar las estrategias de intervención a las fases del cambio. Por ejemplo, con la porción importante de la población en pre-contemplación, necesitarán conocer estrategias de prevención. Para esas acciones, necesitarán proveer intervenciones que prevengan las recaídas.

En resumen, los futuros especialistas en salud mental necesitarán conocer cómo prescribir y proveer tecnologías interactivas a toda la población. Estoy convencido que esas tecnologías serán cambios de conducta en lugar de los medicamentos de la medicina biológica: la forma de menor costo-efectividad para brindar el máximo monto de ciencia para enfrentar los problemas importantes en poblaciones completas. Los terapeutas profesionales más costosos estarán reservados para los casos más complicados que no pueden ser ayudados por los computadores de menor costo-efectividad.

2. ¿Cómo pueden los profesionales individuales aplicar en el día a día de la práctica las lecciones aprendidas en sus estudios de amplias poblaciones con el modelo transteórico?

La primera lección es averiguar la fase del cambio de cada uno de sus clientes. Confundir los procesos de cambio puede producir resistencia; por ejemplo, presionar a los pacientes en la fase de pre-contemplación o contemplación para que tomen acciones para las cuales no están preparados. Los abandonos prematuros con los pacientes en la fase de pre-contemplación pueden ser prevenidos al acomodarse a la fase de cambio del cliente, más que esperar que los clientes se adecuen a los procesos preferidos por los terapeutas. Además, es recomendable ayudar a los clientes a apreciar los diversos beneficios que pueden obtener al completar la terapia, junto con la solución de sus problemas presentes.

También pueden darse algunas sugerencias prácticas. Por ejemplo, cuando la terapia debe ser breve, tenga metas realistas. Ayudar a los clientes a romper un "estancamiento", como la fase de pre-contemplación o contemplación, puede hacer una diferencia en ayudarlos a tomar acciones efectivas más pronto. Desgraciadamente, muchos terapeutas pueden asumir que la terapia breve debe ser una terapia orientada a la acción. Errores de ese tipo llevarán a confundir las necesidades de la mayoría de los pacientes, excepto las de aquellos preparados para actuar. Una vez que el paciente ha roto el estancamiento, estímúelos para que hagan sus propios progresos u vaya con ellos para ver si pueden mantenerlos por sí mismos. Si vuelven a estancarse en el futuro, estímúelos para que regresen a otro breve curso de terapia para ayudarlos a resumir el cambio. Es útil recordar que el cambio es un proceso que ocurre en forma típica fuera de la terapia, pero que puede ser preparado y acelerado con terapia breve.

3. ¿En qué estado de cambio diría usted que se encuentra el campo de la salud mental (psicología, psiquiatría, servicio social) respecto a ir más allá de las escuelas del pensamiento terapéutico tradicional y hacia el enfoque transteórico? ¿Qué podría facilitar la transición hacia la siguiente etapa?

Michel O'Donnell, el editor del *American Journal of Health Promotion*, ha dicho que para el año 2000, todos los programas de promoción de salud en los Estados Unidos estarán basados en el modelo de las fases del cambio. Los consejeros y los terapeutas que se focalizan en la salud conductual ya están adoptando el modelo transteórico para trabajar con poblaciones de muchos pacientes.

Irónicamente, aunque el modelo comienza en la salud mental, los especialistas en este campo han sido lentos para cambiar. Mi especulación es que debido a que "todos somos ganadores y todos debemos obtener premios", ¿por qué debemos cambiar? Sin embargo, veo que la generación joven reconoce que los días de oro de practicar cualquier forma de terapia líder en una práctica privada exitosa han desaparecido. Esos terapeutas pueden hacer mucho más en pro del cambio. A medida que muchos buscan mejores oportunidades para sí mismo y para aquellos que están en problemas por su autoderrotismo o sus estilos de vida autodestructivos, muchos están volcándose a alternativas más innovadoras. El enfoque transteórico ofrece programas innovadores que pueden alcanzar a muchas más personas, retener más personas, y afectar a un porcentaje

mucho mayor de poblaciones en problema. Esta es una de las alternativas que puede ayudar a la próxima generación a crear un futuro mejor para la salud mental.

Referencias

- Beiman, B.; Neck, N.; Deuser, W.; Carter, C.; Davidson, J. & Maddock, R. (1994) Patient stages of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety, 1*, 64-69
- COMMIT Research Group (1995) Community intervention trial for smokers cessation: II. Changes in adult cigarette smoking prevalence. *American Journal of Public Health, 85*, 193-202
- DiClemente, C. & Prochaska, J. (1982) Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors, 7*, 133-142
- Ennett, S.; Tabler, N.; Ringwalt, C. & Flitwelling, R. (1994) How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health, 84*, 1394-1401
- Glasgow, R.; Terborg, J.; Hollis, J.; Severson, H. & Boles, S. (1995) Take heart: Results from the initial phase of a work-site wellness program, *American Journal of Public Health, 85*, 209-216
- Lam, C.; McMahon, B.; Priddy, D. & Gehred-Schulz, A. (1988) Deficit awareness and treatment performance among traumatic head injury adults. *Brain Injury, 2*, 235-242
- Lando, H.; Pechacek, T.; Pirie, P.; Murray, D.; Mittelmark, M.; Lichtenstein, E.; Nothweyr, F. & Gray, C. (1995) Changes in adult cigarette smoking in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health, 85*, 201-208
- Lichtenstein, E. & Hollis, J. (1992) Patient referral to smoking cessation programs: Who follows through? *The Journal of Family Practice, 34*, 739-744
- Lueper, R.; Murray, D.; Jacobs, D.; Mittelmark, M.; Bracht, N.; Carlaw, R.; Crow, R.; Elmer, P.; Finnegan, J.; Folsom, A.; Grimm, P.; Hannan, R.; Jeffrey, R.; Lando, H.; McGovern, P.; Mullis, R.; Perry, L.; Pechacek, P.; Pirie, J.; Sprafka, R.; Wiesbrod, R. & Blackburn, H. (1994) Community education for cardiovascular disease prevention: Risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health, 84*, 1383-1393
- Medeiros, M. & Prochaska, J. (1997) *Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the Transtheoretical Model*. Manuscript submitted for publication
- Mellinger, G.; Balter, M.; Manheimer, D.; Cisin, I. & Perry, H. (1978) Psychiatric distress, life crisis, and use of psychotherapeutic medications: National household survey data. *Archives of General Psychiatry, 35*, 1045-1052
- Miller, W. (1985) Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98*, 84-107
- Prochaska, J. (1979) *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Chicago: Dorsey Press
- Prochaska, J. (1994) Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 47-51
- Prochaska, J. (1995) Common problems: Common solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 101-105
- Prochaska, J. (1997) A revolution in health promotion: Smoking cessation as a case study. In R. Resnick & H. Rozensky (Eds.), *Health psychological through the lifespan: Practice and research opportunities*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 276-288

- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395
- Prochaska, J.; DiClemente, C. & Norcross, J. (1992) In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114
- Prochaska, J.; DiClemente, C.; Velicer, W. & Rossi, J. (1993) Standardized, individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology, 12*, 399-405
- Prochaska, J.; Norcross, J. & DiClemente, C. (1994) *Changing for good*. New York: William Morrow
- Prochaska, J.; Norcross, J.; Fowler, J.; Follick, M. & Abrams, D. (1992) Attendance and outcome in a work-site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behavior, 17*, 35-45
- Prochaska, J.; Velicer, W.; Fava, J.; Rossi, J. & Tsoh, J. (1997) *A stage matched expert system intervention with a total population of smokers*. Manuscript submitted for publication
- Prochaska, J.; Velicer, W.; Fava, J.; Ruggiero, L.; Laforge, R. & Rossi, J. (1997) *Counselor and stimulus control enhancements of a stage matched expert system for smokers in a managed care setting*. Manuscript submitted for publication
- Prochaska, J.; Velicer, W.; Rossi, J.; Goldstein, M.; Marcus, B.; Rakowski, W.; Fiore, C.; Harlow, L.; Redding, C.; Rosenbloom, D. & Rossi, S. (1994) Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 39-46
- Rossi, J. (1992) *Stages of change for 15 health risk behaviors in an MHO population*. Paper presented at the 13th meeting of the Society for Behavioral Medicine, New York, NY
- Smith, M.; Glass, G. & Miller, T. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Snow, M.; Prochaska, J. & Rossi, J. (1992) Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: A cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse, 4*, 107-116
- Tsoh, J. & Prochaska, J. (1998) *Stages of change, drop-outs and outcomes in substance abuse treatment*. Manuscript submitted for publication
- U.S. Department of Health and Human Services (1990) *The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General* (DHHS Publication N° CDC 90-8416). Washington, DC: U.S. Government Printing Office
- Velicer, W.; Prochaska, J.; Fava, J.; Laforge, R. & Rossi, J. (1997) *Interactive and non-interactive interventions and dose-response relationships for stage matched smoking cessation programs in a managed care setting*. Manuscript submitted for publication
- Veroff, J.; Douvan, E. & Kulka, R. (1981a) *The inner America*. New York: Basic Books
- Veroff, J.; Douvan, E. & Kulka, R. (1981b) *Mental health in America*. New York: basic Books
- Weinberger, J. (1995) Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 45-69
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 190-195

Notas

¹ How Do People Change, and How Can We Change to Help Many More People?
(Traductor: Ps. Mario Pacheco)

² [N.T.] El volumen de Hubble et al., está compuesto por diversos artículos que tratan los factores comunes de eficacia terapéutica.

³ [N.T.] Health Maintenance Organization, Organización para el Mantenimiento de la Salud. Compañía de seguros de salud estadounidense.