

Perspectives de la psicologia de la salut en la societat de la informació

Ana María Ballesteros Regaña
Silverio Barriga Jiménez
José María León Rubio
Silvia Medina Anzano

P03/10040/00833

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. Campanyes de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia en els mitjans de comunicació social	7
1.1. Fonaments i models	7
1.2. Orientacions per al disseny de campanyes eficaces en els mitjans de comunicació social	13
2. Altres formes de promocionar la salut i prevenir la malaltia en els mitjans de comunicació social	15
2.1. Publicitat i hàbits de salut	15
2.2. L'entreteniment educatiu (<i>edutainment</i>)	17
3. Internet i psicologia de la salut	19
3.1. La psicologia de la xarxa: efectes de l'ús d'Internet	19
3.2. La psicologia de la salut a la xarxa o com usar la xarxa per a objectius saludables	24
Resum	26
Activitats	27
Exercicis d'autoavaluació	27
Solucionari	29
Glossari	34
Bibliografia	35
Annexos	36

Introducció

És indiscutible el fet que els mitjans de comunicació social tenen un impacte important en qualsevol dels àmbits socials o culturals que conformen la nostra societat i, en particular, en l'àmbit de la salut, en el qual són una eina útil per a **promocionar la salut** i la **prevenció de la malaltia**. En relació amb això, examinarem els diferents models i teories sobre la persuasió i el canvi d'actituds que han estat utilitzats per al disseny de campanyes de salut, sobre la base dels qual formularem una sèrie d'orientacions per a aconseguir que aquestes siguin eficaces.

Hem aprofitat també l'ocasió per a revisar possibles usos de la publicitat en benefici de la salut i apuntem una nova estratègia per a usar els mitjans de comunicació, ens referim a l'entreteniment educatiu (*edutainment*), que consisteix en la introducció de missatges d'educació per a la salut en la programació d'entrenament per al gran públic.

Quant a l'ús d'Internet, des de la perspectiva de la psicologia de la salut, analitzarem dues línies d'investigació: l'estudi dels processos psicològics implicats en l'ús de la xarxa i els seus efectes sobre la salut, i l'examen de les possibilitats d'intervenció que ens brinda la xarxa als psicòlegs de la salut.

Objectius

Amb l'estudi d'aquest mòdul haureu d'assolir els objectius següents:

- 1.** Definir les campanyes de comunicació social.
- 2.** Exposar les condicions que permetin maximitzar l'eficàcia de les campanyes de comunicació social.
- 3.** Analitzar els problemes i les limitacions d'aquestes campanyes.
- 4.** Analitzar el paper de la publicitat referencial per a la difusió d'hàbits de salut.
- 5.** Establir les característiques definitòries de l'*edutainment*.
- 6.** Examinar les possibilitats que brinda Internet al psicòleg de la salut des del punt de vista de la investigació i la intervenció.

1. Campanyes de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia en els mitjans de comunicació social

1.1. Fonaments i models

“Les campanyes de comunicació social poden definir-se, de manera general, com “estratègies mediàtiques que tenen l’objectiu d’informar, persuadir o motivar canvis de comportament en una audiència relativament àmplia i ben definida, amb pretensions no comercials, en benefici dels individus i de la societat en general, dins d’un període determinat de temps, per mitjà d’activitats de comunicació organitzades en què participen els mitjans de comunicació social i amb freqüència complementades pel suport interpersonal.” (Rice i Atkin, 1996, p. 487).

Des dels diversos àmbits de l’Administració pública s’impulsen, des de fa temps, campanyes de comunicació basades en l’ocupació de diversos mitjans de comunicació social i de publicitat. Hi trobem campanyes dirigides a la promoció d’hàbits saludables i prevenció de malalties.

Les campanyes de salut

Per exemple, entre les primeres hi ha les campanyes per a sensibilitzar la població sobre les conseqüències beneficioses per a la salut de practicar regularment exercici físic o informar sobre dietes i hàbits alimentaris saludables, etc. Entre les preventives, campanyes per a promocionar la vacunació infantil, fomentar l’ús del preservatiu a fi de reduir la incidència de malalties de transmissió sexual, prevenir dels efectes de certs riscos laborals i evitar els accidents de trànsit, etc.

A continuació, revisarem les teories i models psicològics que més s’empren per a guiar efectivament aquestes campanyes.

Com ja vam veure en el mòdul “Models explicatius de la psicologia de la salut”, els **models sobre l’expectativa–valor** emfatitzen el paper de les actituds com a predictors de les pràctiques de salut. L’argument principal d’aquests models és que els canvis d’actituds són prerequisits per a canviar la conducta. La **teoria de l’acció raonada i planificada** proposa que per a aconseguir canvis en les conductes de salut és necessari produir modificacions en les actituds de les persones cap a aquests comportaments, convencent-les que aquests canvis seran ben vistos pels altres significatius per a elles.

Segons el que s’ha exposat, l’amenaça, la informació i la seva font poden ser dos mitjans eficaços per a canviar actituds i creences, elements molt utilitzats en les campanyes de salut en els mitjans de comunicació social. L’anàlisi dels factors determinants de l’efectivitat de la comunicació persuasiva i l’estudi dels processos per mitjà dels quals s’indueixen els canvis mediàtics, pot resu-

Promoure hàbits de salut positius...

... requereix persuadir les persones del fet que són susceptibles de contraure malalties greus i que hi ha mitjans eficaços, accessibles, per a prevenir-les.

L’èxit de les campanyes de salut...

... depèn de la seva eficàcia per a influir sobre el comportament o les actituds de les audiències.


mir-se mitjançant el model matriu formulat per McGuire (1989); vegeu-ne la representació en la taula següent.

Taula 1

Matriu de comunicació persuasiva de McGuire					
Entrades → Sortides ↓	Font	Missatge	Receptor	Canal	Destinació
Exposició					
Atenció					
Interès					
Comprensió					
Adquisició					
Aportació					
Memòria					
Extracció					
Decisió					
Acció					
Reforç					
Consolidació					

Les **entrades** representen els **factors determinants de la comunicació persuasiva**, segons la pregunta clàssica de Lasswell (1964): “qui diu què a qui, quan i com”.

Entre las característiques principals de la **font** persuasiva (qui diu) destaca la **credibilitat**; aquesta depèn, en gran mesura, del **grau de competència** que li atribueixi el receptor i de la **seva intenció de persuadir**.

Generalment, les fonts que expressen els seus arguments gratuïtament, sense una intenció aparent de persuasió, solen resultar més creïbles que aquelles la intenció de les quals és manifestament persuasiva, només quan el receptor comprèn els arguments persuasius. Per a això últim és fonamental que el missatge sigui clar, el que implica que atragui l’atenció, que els arguments estiguin presentats sistemàticament i que les conclusions siguin explícites. 

Ara bé, quant al **missatge (el què)**, no solament s’ha de prestar atenció a l’ordre de presentació dels arguments i a la manera d’exposar la conclusió, sinó també a la modalitat de la comunicació i, per descomptat, al contingut del missatge.


Respecte a l’eficàcia de la manera de comunicació, pot ser unilateral, aquella que només presenta els arguments en pro o en contra d’un determinat tema, o bilateral, la que presenta, al seu torn, els dos aspectes de la controvèrsia.

Els estudis indiquen que:

El missatge unilateral serà més eficaç amb audiències ja convençudes, mentre que el missatge bilateral serà més eficaç amb aquelles audiències que no hi estiguin d'acord.

La interacció entre la comunicació i el tipus d'audiència és també fonamental per a un millor enteniment del fenomen relatiu a l'efecte produït per una comunicació de **contingut emocional**, en comparació de l'originat per una de **contingut racional**.

Janis (1984) ha proposat que la relació entre la por i el canvi d'actitud és curvilínia; quan es té molta por, les persones se senten paralizades i incapaces de pensar en les recomanacions del missatge; quan gairebé no es té por, les persones no estan motivades prou per a canviar la seva actitud.

Es dedueix d'això que els missatges que provoquin nivells moderats de temor són els més efectius per a incrementar la motivació cap al canvi. No obstant això, les investigacions han suggerit que els missatges que provoquen por no tenen un efecte consistent sobre el canvi d'actituds. A més, els efectes d'aquests missatges no són permanents i desapareixen en transcórrer el temps, molt probablement perquè aquest tipus de missatges afecta més a les audiències desinteressades o amb escassa formació com ha indicat Myers (2002), qui també assenyala que les persones analítiques responen més als missatges racionals. 

En l'àmbit específic de la salut s'han utilitzat dos tipus de missatges:

- l'emocional, orientat a provocar por i amenaces per a la salut;
- i l'informatiu, sobre qüestions relatives als hàbits de salut i els seus possibles beneficis.

El pressupost bàsic del primer enfocament és que si es provoca temor en els individus respecte al fet que una determinada conducta constitueix una amenaça per a la salut, aquesta modificarà la conducta determinada per a reduir la por i l'amenaça. Quant als missatges informatius, la manera més efectiva de persuadir seria aquella que respectés els principis següents:

- Facilitar informació veraç i real.
- Atribuir-la a una font de prestigi i digna de confiança.
- Ser de caràcter bidireccional.
- Presentar els arguments fonamentals al principi i al final.
- Proporcionar missatges curts, clars i directes.
- Formular conclusions explícites.

L'observació anterior de Myers ens porta a la consideració del **receptor (a qui)**, l'evidència acumulada demostra que hi ha correlacions positives entre certes característiques personals d'aquest i més susceptibilitat a la persuasió. Entre els **factors que més influeixen sobre una major o menor disposició a la persuasió** poden citar-se els següents:

- 1) **Autoestima.** Com més gran sigui, menys susceptible a la influència serà la persona.
- 2) **Autoritarisme.** Les persones autoritàries són molt susceptibles a ser influenciades per comunicadors de prestigi.
- 3) **Aïllament social.** Sentiments d'aïllament social condueixen a una major dependència de l'aprovació per part dels altres, el que redunda en una major susceptibilitat a la influència.
- 4) **Major o menor riquesa de fantasies.** Les persones més propenses a les fantasies són més susceptibles a la persuasió.
- 5) **Tipus d'orientació vital.** Les persones els valors de les quals són més compatibles amb l'adaptació i la conformitat són més susceptibles a la persuasió que aquelles l'orientació vital de les quals valora la independència i l'establiment d'objectius i patrons personals.

A més, el missatge es presenta per mitjà d'algun **canal de comunicació (com)**. La investigació desenvolupada fins al moment sobre aquest punt permet concloure que davant d'una valència igual de la font del missatge i del medi, els canals més efectius per a persuadir són aquells que afecten un nombre més gran d'entrades d'informació.

Finalment, sota el terme *variables de destí (quan)* s'inclouen aquells factors que influeixen sobre el que succeeix amb els canvis d'opinió induïts pel missatge persuasiu. En principi, tres factors han estat considerats fonamentals:

- 1) **Factors temporals** com la corba d'oblit, el gradient de la qual sembla que estigui relacionat amb un canvi d'actitud per la influència gairebé exclusiva de la font del missatge persuasiu, amb la complexitat d'aquest, i per la participació activa del receptor.
- 2) **Efectes de reminiscència** de la persuasió, segons el qual, el missatge persuasiu no agafa els seus efectes màxims des d'un principi, sinó transcorregut cert espai de temps, requerit perquè el receptor integri l'actitud nova en el seu sistema de creences.
- 3) **Autonomia funcional** del canvi induït. La persuasió serà més eficaç i duradora, en la mesura que el canvi d'actitud sigui funcional, sense requerir l'associació amb els factors que el van produir.

Els mitjans audiovisuals...

... (per exemple, la televisió) tenen avantatges considerables sobre la resta, ja que disposen de més recursos per a reproduir de manera molt aproximada la comunicació personal cara a cara (que, com que és directa i flexible, sol ser la més eficaç per a produir efectes persuasius) i, a més, generalment, absorbeixen la quasi total atenció del receptor sobre un camp molt restringit, reduint considerablement la capacitat sensorial no implicada en la percepció del missatge i evitant d'aquesta manera possibles distraccions.

Les **sortides** representen un model del procés de persuasió, segons el qual, perquè un missatge persuasiu condueixi a l'acció necessita captar l'atenció del receptor, que sigui comprès per aquest, que ho cregui, ho recordi i, finalment, actuï així. Tot això, com resulta obvi, depèn de les variables d'entrada, que hem examinat abans.

Ara bé, alguns investigadors han posat en relleu que l'important no és tant recordar el missatge persuasiu com recordar els propis pensaments que hi responen. Aquesta postura es coneix com la **teoria de la resposta cognitiva**.

Segons la teoria de resposta cognitiva, sempre que un receptor rep un missatge persuasiu, compara el que la font diu amb els seus coneixements, sentiments i actituds prèvies sobre aquest tema, generant, d'aquesta manera, unes respostes cognitives. Aquests missatges generats pel receptor són els que determinen el resultat final del missatge persuasiu. Quan els pensaments van en la direcció indicada pel missatge, hi ha persuasió. En canvi, si van en la direcció oposada, no es produirà l'efecte persuasiu.

Un aspecte important en aquesta teoria és determinar els factors que influeixen sobre la quantitat d'arguments o de respostes cognitives que el receptor genera, tant a favor com en contra.

Els resultats obtinguts respecte d'això avalen la consideració de la distracció i de la implicació personal del receptor en el tema com a variables determinants de les seves respostes cognitives.

No obstant això, tots sabem que hi ha situacions en què som persuadits sense donar-nos-en compte, sense haver analitzat el contingut del missatge. En aquest cas, la persuasió no és tant el resultat de l'anàlisi que fem del missatge, sinó el resultat d'algun senyal o característica superficial d'aquest o de la font que l'emet, o bé de les reaccions d'altres persones que reben el mateix missatge. És a dir, som persuadits perquè seguim unes regles heurístiques de decisió determinades (**model heurístic**).

La probabilitat que ens deixem portar per qualsevol altra característica diferent de la qualitat del contingut del missatge és més alta quan la nostra motivació o capacitat de comprensió és baixa, o bé quan la prominència de la regla heurística és alta o els elements externs al missatge són cridaners.

Petty i Cacioppo (1981 i 1986) han proposat un model que permet integrar els enfocaments anteriors. Ens referim al **model de la probabilitat d'elaboració** segons el qual, quan rebem un missatge persuasiu podem analitzar-lo racionalment

Alguns dels heurístics...

... més utilitzats es basen en l'experiència de la font (la confiança en els experts o estar d'acord amb els que en saben), en el nombre i la longitud del missatge (com més llarg sigui el missatge, sembla més vàlid; un exemple, els anuncis del tipus "deu raons per...") o en el consens (si la majoria pensa que alguna cosa és correcta, probablement ho sigui).

(**resposta cognitiva a la persuasió**) o bé procedir de manera gairebé automàtica seguint un heurístic. És a dir, es poden seguir diverses **rutes cap a la persuasió**:

- **La ruta central** comporta que el receptor realitza una avaluació crítica del missatge persuasiu. Analitza els arguments, posant-los en relació amb els seus coneixements previs i n'avalua les possibles conseqüències. El canvi d'actitud que es produeix d'aquesta manera és més durador, serveix per a predir millor la conducta i és més resistent a la persuasió contrària.
- **La ruta perifèrica** ocorre quan les persones no tenen la motivació o la capacitat de realitzar un procés tan detingut com l'anterior. En aquest cas, el canvi d'actitud es produeix sense necessitat de pensar massa entorn del contingut del missatge, és una característica del context de persuasió el que facilita la formació o el canvi d'actitud (per exemple, la credibilitat, competència o atractiu de la font, o el nombre de persones que es considera que abonen una posició determinada).

Seguir-ne una o una altra dependrà, com es va indicar abans, de la motivació i de la capacitat d'anàlisi del receptor. Des de la perspectiva de la font, l'estratègia de persuasió preferent serà la ruta central, si el que es pretén és la producció de canvis duradors sobre les actituds. Ara bé, una vegada obtingut el canvi d'actitud, la seva implementació en comportaments específics pot necessitar l'aprenentatge de noves habilitats i percepcions d'autoeficàcia, la qual cosa ens porta a la **teoria social cognitiva** aplicada a l'efecte dels mitjans de comunicació social (Bandura, 1996).

Segons aquesta teoria aprenem per observació de la conducta d'altres, que ens serveixen de model. Els estudis de Bandura i col·laboradors posen de manifest que l'observació de models té tres efectes principals, cadascun dels quals es reflecteix en un increment del nombre, l'amplitud i la intensitat en les respostes d'emulació de l'observador.

- 1) En primer lloc, l'observador pot adquirir les regles que regeixen els judicis o comportaments del model (**efecte de modelatge**).
- 2) Segon, l'observació de models pot enfortir o debilitar els motius o les raons per a portar a terme conductes adquirides amb anterioritat (**efecte d'inhibició o desinhibició**).
- 3) Tercer, l'observació d'un model pot servir com a "disparador" de respostes de la mateixa classe, apreses abans però no subjectes a cap tipus de limitació (**efecte de provocació o facilitació social**).

La imitació o emulació del model depèn de les conseqüències de la seva resposta. A vegades aquestes conseqüències són específiques de la conducta que s'observa, com quan els actes del model reben una recompensa o un càstig immediat. En al-

Lectura recomanada

Per a una revisió actualitzada del model, vegeu R. E. Petty i J. R. Priester (1996). Cambio de actitud de los mass media: implicaciones del modelo de persuasión de elaboración probable. A J. Bryant i D. Zillmann (Comps.), *Los efectos de los medios de comunicación. Investigaciones y teorías*, 127-168. Barcelona: Paidós Ibérica.

Lectura recomanada

Per a més informació sobre aquest tema, vegeu F. J. Cantero, J. M. León, i S. Barriga (1998). Actitudes: naturaleza, formación y cambio. A J. M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina, i F. J. Cantero. *Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*, 117-132. Madrid: McGraw-Hill.

tres ocasions, l'observador només pot inferir-les a partir de l'evidència tangible dels èxits passats del model (per exemple, símbols d'èxit socioeconòmic).

Les conductes relacionades amb la salut, ja siguin immunògenes o patògenes, es transmeten amb facilitat per la influència de models que són recompensats per exhibir-les o perquè són portadores de símbols de prestigi socioeconòmic que s'hi associen.

1.2. Orientacions per al disseny de campanyes eficaces en els mitjans de comunicació social

En l'àmbit pràctic, l'anàlisi de tot l'anterior permet deduir una sèrie d'orientacions per a dissenyar campanyes eficaces en els mitjans. Sembla que el més encertat seria l'elecció de l'estratègia persuasiva de ruta central, amb la finalitat que l'audiència processés sistemàticament els missatges de salut. Això comportaria adoptar les mesures següents:

- 1) La utilització de fonts múltiples, creïbles i confiablès per a l'audiència, i transparents en la seva intenció de persuadir.
- 2) El disseny de missatges rellevants per a l'audiència, que la involucrin personalment.
- 3) La facilitació de models d'audiència que generin pensaments favorables als missatges a la campanya de salut.
- 4) L'elecció d'un canal que faciliti la difusió massiva i múltiple del missatge.
- 5) L'adopció d'una modalitat de comunicació bilateral (presentant arguments a favor i en contra de l'objecte d'actitud).
- 6) Quant als factors englobats en el terme *destí*, aquests haurien d'afavorir la repetició del missatge, la participació activa dels receptors i ressaltar el valor funcional de l'adopció dels missatges inclosos en la campanya.

Pel que fa a l'estructura dels missatges, aquests haurien d'ajustar-se a l'esquema següent:

- a) Objectiu o propòsit del missatge (allò que volem que l'audiència cregui i accepti com a base d'acció).
- b) Problemes i necessitats relacionades amb l'assumpte del missatge, ajudant cada declaració amb fets i exemples.

- c) Implicacions per a l'audiència dels problemes i necessitats presentats abans.
- d) Solucions als problemes i les necessitats plantejades, proporcionant fets i exemples que els avalin.
- e) Enumeració dels beneficis derivats de l'adopció de les solucions presentades abans, acompanyant-los amb fets que els fonamentin.
- f) Comparació dels beneficis de l'adopció amb els seus costos.
- g) Anticipació de les objeccions i respostes possibles de l'audiència.
- h) Costos i implicacions del rebuig del missatge.
- i) Resum del missatge atenent als punts següents: solució, benefici de l'adopció i costos de la no-adopció.
- j) Enumeració dels passos que cal fer per a posar en pràctica la solució, facilitant-ne exemples.

Les campanyes que s'ajusten a aquests esquemes que acabem de presentar incrementen la probabilitat que el canvi d'actituds influeixi en la conducta de salut, tal com han posat de manifest Bishop (1994) i Barriga Jiménez i León Rubio (2001).

L'eficàcia limitada de moltes campanyes preventives dirigides a modificar determinats comportaments de risc per a la salut es deu al fet que aquestes empen missatges de salut que no tenen en compte tot el que hem expressat abans. També hi caldria afegir la impossibilitat de controlar l'exposició de l'audiència al missatge de salut. No obstant això, sempre proporcionen alguns avantatges, com la seva utilitat per a:

- 1) Sensibilitzar la població sobre els riscos per a la salut de determinats comportaments.
- 2) Acumular efectes persuasius en relació amb les creences de salut de la població. En repetir-se els missatges sistemàticament, les actituds i creences dels receptors poden anar modificant-se gradualment en la direcció de les recomanacions de salut que conformen la campanya.

La limitació de l'eficàcia...

... està determinada perquè les informacions que proporcionen són generals i gens concretes, allunyades de les experiències immediates que interessen a l'audiència, i no acostumen a incloure instruccions específiques sobre les accions que s'han de dur a terme.

2. Altres formes de promocionar la salut i prevenir la malaltia en els mitjans de comunicació social

2.1. Publicitat i hàbits de salut

La publicitat és un dels principals mitjans de comunicació social que difon des de fa anys hàbits de comportament relacionats amb la salut. En concret, els més publicitats són l'hàbit de fumar, el consum d'alcohol i els hàbits alimentaris.

Amb relació a l'**hàbit de fumar**, a pesar d'haver reduït progressivament el consum de cigarrets, encara continua representant una de les majors causes de mort evitable en el món. A aquesta reducció del consum de cigarrets, hi ha contribuït la pràctica desaparició de la publicitat sobre tabac en ràdio i televisió, encara que continuen les campanyes publicitàries de diferents marques en la premsa escrita i com a patrocinadors d'esdeveniments esportius.

Davant d'aquesta reducció del consum de cigarrets les grans empreses tabaqueres s'han llançat a la recerca de nous clients, enfocant els seus esforços cap a dos sectors de població: adolescents no fumadors i adults poc fumadors. Ambdós tenen dues característiques en comú, que els fa vulnerables a aquesta publicitat: infravaloren tant els perills del tabac com els beneficis que es deriven de no fumar.

Si analitzem aquest tipus de publicitat, s'observa una estratègia publicitària prou clara, consistent a mostrar imatges positives de fumadors que porten un estil de vida atractiu per a aquestes poblacions i, en especial, per als adolescents.

Pel que fa al **consum d'alcohol**, en primer lloc hem d'indicar que comporta una càrrega econòmica, psicològica i física important per a les famílies en què algun dels seus membres és consumidor habitual d'elevades quantitats d'alcohol. Si analitzem la publicitat relacionada amb el consum d'alcohol, trobem que la premsa escrita i la televisió constitueixen els principals mitjans de comunicació social en què apareix aquest tipus de publicitat. En concret, amb relació als espais televisius, encara que és prou freqüent observar escenes en què es consumeixi alcohol, són escasses les imatges publicitàries que retraten l'alcohòlic amb vertaders problemes.

En canvi són molt freqüents campanyes publicitàries que recordin l'alt percentatge de morts d'adolescents en accidents de tràfic per conduir ebris. De totes maneres, i a pesar dels continus estudis que han tractat d'establir re-

Hàbit de fumar

Com a exemple d'aquest tipus de publicitat podem assenyalar la campanya llançada fa un parell d'anys per la marca de cigarrets Fortuna ("For...sun, For...friends,... Fortuna").

lacions entre publicitat i increment de consum en adolescents, els resultats no s'han mostrat concloents, per la qual cosa no podem establir una relació directa entre ambdós aspectes.

Sobre els **hàbits alimentaris**, s'ha comprovat que els nens són els que al llarg del dia veuen un nombre més gran d'anuncis sobre productes alimentaris, i els destinats a productes no nutritius són els que aconsegueixen més audiència. Els efectes, probablement negatius, d'aquesta publicitat, al costat de les dietes alimentàries dels pares, determinaran la dieta i els hàbits d'alimentació d'aquestes noves generacions.

Això ens obre una porta a la possibilitat de modificar, per la publicitat, alguns hàbits perjudicials del consumidor en el camp de l'alimentació. En aquest punt, els professionals de la salut poden tenir un paper important com a mediadors amb els grans fabricants i productors d'aliments, convenent-los de la importància d'aprofitar les característiques saludables dels seus productes per a promoure el consum d'aliments que poden millorar la salut dels consumidors. Això sí, salvant errors comesos amb anterioritat quan se censuraven les limitacions i atributs menys positius d'aquests productes, raó per la qual potser no hagi estat possible encara arribar a un bon enteniment entre productors i professionals de la salut; aquesta situació sol desembocar, en la majoria de les ocasions, en un bucle en què els interessos de mercat i econòmics de la publicitat xoquen amb els interessos sanitaris.

Uns altres que també apareixen freqüentment en publicitat, i sobretot en televisió, són les escenes de **sexe i violència**, aspectes directament relacionats amb el desenvolupament d'una salut física i mental adequada.

En primer lloc, l'**activitat sexual** en televisió és cada vegada més freqüent i explícita, mentre que els espais que fan referència a la prevenció d'embarassos o malalties de transmissió sexual són escassos. A això, hi hem de sumar el fet que, per a la població adolescent, la televisió comporta una font d'informació important i en molts casos exclusiva, ja que reben poca informació d'altres fonts (pares o escola). Aquesta situació planteja una necessitat important d'aportar a aquesta població models de conducta sexual adequats, si volem contribuir a evitar que continuï a l'alça tant l'increment d'embarassos no desitjats i els avortaments consegüents, com les malalties de transmissió derivades d'una pràctica sexual sense la utilització de les mesures protectores adequades. Aquí, de nou, els professionals de la salut tenen un gran camí per recórrer.

Finalment, amb relació a veure **continguts televisius que inclouen violència**, s'ha teoritzat molt sobre els diferents efectes comportamentals (catarsi, excitació, desinhibició, imitació, dessensibilització), cognitius (opinions i creences) i emocionals (por o temor davant de violència, agressió o perill físic) que se'n poden derivar com a conseqüència. Al seu torn, s'han esta-

blert dos tipus de relació entre veure violència en la televisió i la conducta de la persona:

1) Relació indirecta:

a) D'un banda, s'entén que veure violència en la televisió produeix una descàrrega o alliberament d'energia (catarsi), que redueix al seu torn els nivells de tensió i estrès i augmenta l'estat de satisfacció personal; encara que aquesta noció no ha rebut massa suport.

b) D'una altra, en canvi, Bandura i Walters (1963) sostenen que veure violència en la televisió és nociu per a la persona i la societat, ja que:

- en primer lloc, actua com a model de comportament agressiu i,
- en segon lloc, aquella persona que per algun motiu gaudeixi d'observar aquesta violència, experimentarà com a conseqüència sentiments de culpa i malestar.

2) **Relació directa:** En nombrosos estudis es va comprovar que després d'haver experimentat un episodi violent en el món real, les persones tendim a veure més violència en la televisió.

Davant de les nombroses teories i investigacions que ha suscitat aquest tema, no més podem assenyalar que es fa necessari continuar-lo estudiant, sobretot pel que fa a la "violència domèstica". En aquest sentit, poden sorgir interrogants del tipus: la contínua aparició de notícies en els informatius dels mitjans de comunicació social, pot contribuir a incrementar els casos de violència domèstica?; les campanyes publicitàries sobre el tema són útils?; la societat es torna cada vegada més violenta com a conseqüència de l'increment dels continguts violents en els mitjans de comunicació social o sobrevalorem aquest tema?

En definitiva, encara queden molts interrogants per respondre per a aconseguir satisfer no solament la nostra curiositat, sinó per a millorar la nostra qualitat de vida.

2.2. L'entreteniment educatiu (*edutainment*)

Aquesta estratègia consisteix a incloure missatges de salut en el contingut o programes d'entreteniment dels mitjans de comunicació social; d'aquesta manera, és possible arribar a un públic ampli, en un context psicològic que facilita la recepció del missatge. A més, a causa de la duració i freqüència d'emissió dels programes d'entreteniment, el format dels quals sol ser la dramatització o el musical, és possible elaborar missatges complexos, tant en el seu aspecte informatiu com persuasiu.

L'estratègia de Barriga i León (2001)

Barriga i León van desenvolupar estratègies d'afrontament modelat per a l'ús dels serveis de salut per part de persones majors de seixanta-cinc anys d'edat, dins d'un magazín de vesprada produït per a la televisió, cosa no que no s'hagués pogut efectuar en formats de menys duració. Cal assenyalar, també, que van aconseguir una audiència mitjana de 242.000 persones, de les quals el 32% pertanyien al grup diana (majors de seixanta-cinc anys d'edat), que va estar atent al televisor 20 dels 35 minuts que durava l'emissió del programa.

Aquesta estratègia s'ha utilitzat per a canviar hàbits perjudicials com el tabaquisme i per a promocionar conductes de salut com la pràctica del sexe responsable.

Per diversos motius —exposar-los excediria els límits d'aquest treball—, aquest tipus d'estratègies solen subratllar les solucions personals als problemes sanitaris, en comptes de les solucions col·lectives i polítiques, la qual cosa, segons el nostre parer, és la principal limitació que presenta l'entreteniment educatiu.

Lectura recomanada

Vegeu J. D. Brown i K. Walsh-Childers (1996). Efectos de los media sobre la salud personal y pública. A J. Bryant i D. Zillmann. *Los efectos de los medios de comunicación*, 517-554. Barcelona: Paidós comunicación.

3. Internet i psicologia de la salut

L'ús que fem d'Internet pot estar relacionat, tant negativament com positivament, amb la salut. Per a exemplificar-ho, ens ocuparem de dos temes que, d'altra banda, representen dos enfocaments diferents de l'estudi psicològic d'Internet:

1) El que podríem denominar la psicologia de la xarxa; és a dir, l'estudi dels processos psicològics implicats en l'ús de la xarxa. Per a il·lustrar aquesta línia de treball, examinarem per què algunes persones entren tant de temps en Internet, fins al punt que disminueixen considerablement les seves relacions socials, i cada vegada se senten més sols i deprimits.

2) La psicologia de la salut a la xarxa; és a dir, com podem usar Internet per a aconseguir alguns dels objectius de la nostra disciplina.

Un exemple és...

... crear grups de suport, sobretot per a aquelles persones que se sentin estigmatitzades i que siguin reticents a compartir els seus problemes amb d'altres persones.

3.1. La psicologia de la xarxa: efectes de l'ús d'Internet

Ens referim a l'anomenada *síndrome d'addicció a Internet*, amb què es pretén resumir tots els efectes negatius d'una utilització excessiva d'aquest mitjà. En aquest abús de la xarxa, hi influeixen tant les característiques de l'usuari com algunes propietats de la mateixa xarxa.

Quant a les característiques de l'usuari, Wallace (2001) considera que les persones de control intern, aquelles que creuen que el que els succeeix és conseqüència dels seus propis actes, són més propenses a enamorar-se d'Internet perquè els ofereix moltíssimes oportunitats de controlar el que fan: on volen anar, què diran, quins llocs volen visitar, què volen llegir i què volen gravar.

Pel que fa a les propietats de la xarxa, alguns dels seus espais poden ser molt compulsius. L'estudi que va portar a terme Young (1998) sobre l'addicció a Internet, ens dona algunes pistes respecte a quins són aquests espais. Els seus resultats van revelar que els usuaris dependents dedicaven la major part del temps que es passaven a la xarxa a participar en entorns de comunicació síncrona, sobretot xatejant (el 35% del temps) i jugant en comunitats virtuals (el 28% del temps).

En opinió de Wallace (2001), aquests espais es caracteritzen, des d'un punt de vista psicològic, per:

1) L'usuari rep un premi contingent amb la seva resposta; en aquest cas, el reconeixement i l'atenció de persones desconegudes i potencialment idealitzades en el context d'una interacció anònima i despersonalitzada, en què la seva identitat es troba totalment sota el seu control, o l'èxit d'una determinada puntuació.

2) El premi és rebut segons un programa de reforç de freqüència intermitent; cada x nombre de respostes l'usuari és recompensat. A més, l'usuari pot modificar o creure que modifica la freqüència del reforç modificant la seva identitat a la xarxa.

3) Si la identitat que l'usuari ha creat es guanya una bona reputació, tractarà de mantenir-la, emprant cada vegada més temps en això.

Alguns autors pensen que l'addicció a Internet és un fenomen passatger, propi de novells, sense conseqüències greus; en l'estudi de Young (1998), el 83% dels usuaris considerats dependents eren novells (portaven un any o menys utilitzant la xarxa). Obvien així, com ha assenyalat McMurrin (1994), que la conducta addictiva no és necessàriament progressiva i que solen produir-se fluctuacions i episodis d'alliberament i recaiguda. A més, encara que l'addicció a Internet no sigui tan freqüent com se suposa o els seus efectes no siguin tan dramàtics com els d'altres addiccions, la veritat és que hauríem d'idear estratègies perquè les persones "atrapades a la xarxa" puguin superar el seu problema.

Un bon principi, per a això, podria ser l'aplicació del **model transteòric**. Aquest model desenvolupat per James Prochaska i els seus col·legues intenta explicar i predir els canvis en els comportaments addictius mitjançant una estructura tridimensional que integra **estadis, processos i nivells de canvi**.

En concret, assumeix que les persones progressen per cinc **estadis o etapes**, en les quals el comportament experimenta una sèrie de canvis: precontemplació, contemplació, preparació, acció i manteniment.

En la fase de precontemplació no hi ha intenció de canviar el comportament i és probable que les persones instal·lades en aquesta etapa no adverteixin que tenen un problema o que corren un risc per a la salut.

La presa de consciència del problema i la idea de canviar el comportament en un període de temps breu és el que caracteritza la segona etapa, la de contemplació, en la que encara no s'ha realitzat cap esforç per a canviar la conducta.

L'esforç s'inicia amb la preparació de plans específics per a canviar, la qual cosa és propi de l'etapa de preparació. En aquest procés, aquesta és la primera vegada que idees i acció apareixen juntes.

A partir d'aquesta etapa se li concedeix a l'autoeficàcia un valor predictiu alt, com a variable de canvi; els autors aconsellen que les avaluacions de l'eficàcia es realitzin després de l'etapa següent, quan l'individu ja ha iniciat alguna acció i pot rebre retroalimentació de la seva capacitat d'autocontrol per a mantenir el comportament, fins i tot en situacions de risc. És a dir, igual que Bandura, Prochaska i col·laboradors, consideren que les creences en la mateixa capacitat autoreguladora es desenvolupen per mitjà d'experiències de domini,

Lectura recomanada

Per a una revisió actual vegeu J. M. León Rubio i S. Medina Anzano (2002). *Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.

afavoreixen el manteniment del canvi de comportament i l'afrontament de situacions de risc, i també eviten recaigudes.

La modificació del comportament es produeix en la fase d'acció, és en aquesta quan les persones porten a terme canvis manifestos en el seu comportament, que tractaran de conservar durant la fase de manteniment, en la qual, al seu torn, intenten resistir-se a la temptació de caure.

Ara bé, les expectatives d'autoeficàcia no són les úniques variables susceptibles d'interacció en el model transteòric, Prochaska i DiClemente concedeixen també una gran importància a la variable **motivació per al canvi o presa de decisions** que operativitzen en termes de beneficis i costos, per a un mateix i per als altres, de les diferents alternatives de comportament davant d'un mateix problema; en aquest cas, abandonar o mantenir una conducta de risc per a la salut. Aquesta variable pot canviar d'un estadi a un altre i predir el moviment dels subjectes, tant de retrocés com d'evolució.

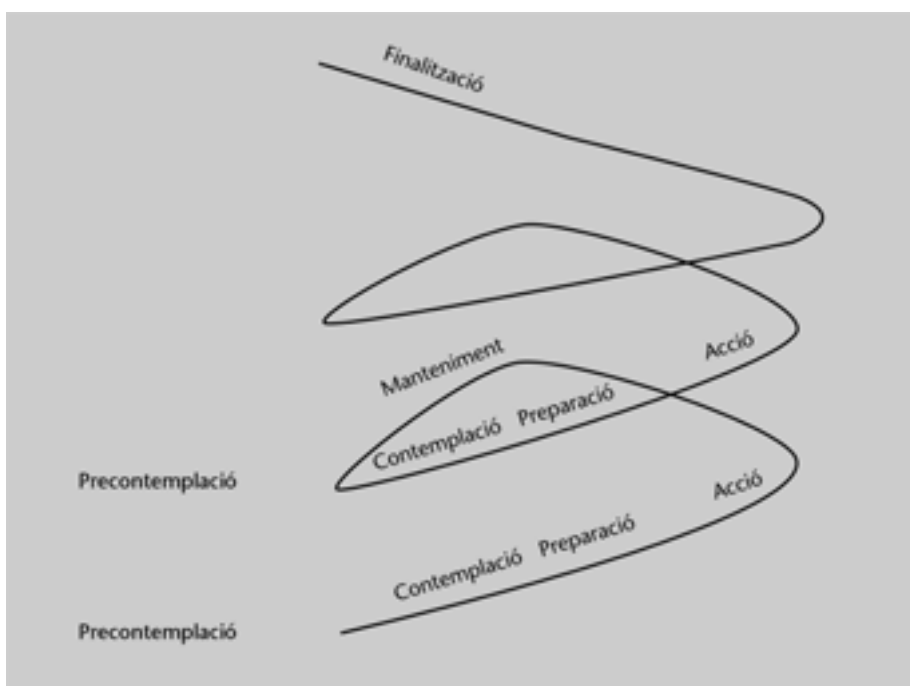
En la figura 1, en la qual representem el model, és possible comprovar que el pas d'un estadi a un altre no és lineal, sinó en espiral; és a dir, es produeixen progressos i retrocessos. Aquests últims (les recaigudes) situen les persones en la fase prèvia a partir de la qual tornen a recuperar-se, travessant totes les etapes fins a completar el procés de canvi de comportament.

Aquests **estadis** representen **quan** s'esdevenen determinats canvis d'intencions, actituds i comportaments. Per tant, aquests reflecteixen una dimensió temporal que, com és lògic, no pot donar compte de com es produeixen els canvis o transicions d'un estadi a un altre, es tracti de progressos o de retrocessos entre estadis.

S' ha demostrat...

... en diferents tipus d'addiccions que aquesta variable d'autoeficàcia és un predictor significatiu dels subjectes situats en l'estadi de la precontemplació. Precedeix, també, el retrocés dels subjectes de l'estadi de contemplació al de precontemplació, i l'evolució o el progrés del de contemplació al d'acció, i també el fet de restar en l'estadi de contemplació.

Figura 1. Model en espiral dels estadis de canvi



Per la seva banda, els processos representarien com succeeixen aquests canvis. Aquests processos de canvi no són una altra cosa que activitats encobertes o manifestes iniciades o experimentades per un individu per a modificar la seva addicció. En la taula següent, que pertany a Tejero et al. (1997), donem compte de cada procés proposat pel model.

Taula 2

Els 10 processos de canvi		
Núm.	Procés	Explicació
1	Augment de la conscienciació	Intensificació del processament de la informació respecte a la problemàtica associada a la conducta addictiva i als beneficis de modificar-la
2	Contracondicionament	Modificació de la resposta provocada per estímuls condicionats a la conducta addictiva o un altre tipus de situacions de risc, generant i desenvolupant conductes alternatives
3	Relleu dramàtic	Experimentació i expressió de reaccions emocionals provocades per l'observació i/o advertències respecte als aspectes negatius (essencialment les conseqüències sobre la salut) associats a la conducta addictiva.
4	Reavaluació ambiental	Valoració de l'impacte de la conducta addictiva sobre les seves relacions interpersonals i reconeixement de les conseqüències positives derivades de la modificació de l'hàbit addictiu respecte a la relació interpersonal dita.
5	Relació d'ajuda	Existència i utilització del suport social que pot facilitar el procés de canvi de la conducta addictiva.
6	Maneig de contingències	Estratègia conductual consistent a incrementar la probabilitat que cert comportament relacionat amb el canvi d'hàbit ocorri.
7	Autoalliberament	Augment de la capacitat de l'addicte per a decidir i elegir. Requereix la creença que un pot ser un element essencial en el procés de canvi, ja que posseeix o pot adquirir les habilitats necessàries per a això.
8	Autorevaluació	Valoració afectiva i cognitiva de l'impacte de la conducta addictiva sobre els valors personals i la manera de ser, i també el reconeixement, tant afectiu com cognitiu, de la milloria significativa que representaria per a la seva vida la conducta addictiva.
9	Alliberament social	Presença de consciència, tant de la representació social de la conducta addictiva com de la voluntat social de combatre-la mitjançant l'augment d'alternatives adaptatives disponibles. Aquest procés representa un augment en la capacitat de l'addicte per a decidir i triar.
10	Control d'estímuls	Evitar l'exposició a situacions d'alt risc per al consum de drogues. Un exemple característic és la reestructuració de l'ambient perquè la probabilitat d'idea d'un determinat estímul condicionat a la conducta addictiva es redueixi significativament.

Uns dels avantatges d'aquest model és que suggereix el tipus d'ajuda que pot prestar-se a la persona, atès que dels resultats obtinguts per Prochaska

i DiClemente es desprèn que determinats processos o estratègies de canvi s'emfatitzen més que altres durant uns estadis determinats, tal com es mostra en la taula següent.

Taula 3

Integració dels estadis i processos de canvi				
Precontemplació	Contemplació	Preparació	Acció	Manteniment
	Augment de la conscienciació			
	Relleu dramàtic			
	Reavaluació ambiental			
	Autoreavaluació			
		Autoalliberament		
			Maneig de contingències	
			Relacions d'ajuda	
	Contracondicionament			
			Control d'estímuls	

La tercera dimensió del model transteòric, és a dir els **nivells de canvi**, fa referència a **què** és necessari canviar perquè s'abandoni la conducta addictiva. Aquests nivells, organitzats jeràrquicament, serien els següents:

- símptoma/situacional
- cognicions desadaptatives
- conflictes interpersonals actuals
- conflictes sistèmics/familiars
- conflictes intrapersonals.

Segons proposen els autors, a l'inici és preferible intervenir en el primer nivell per quatre motius:

- 1) el canvi en aquest nivell manifest i observable té una probabilitat més alta que succeeixi;
- 2) el seu canvi representa el motiu principal pel qual l'addicte sol·licita tractament;
- 3) atès que és el més conscient i contemporani, exigeix un grau d'inferència menor en la seva avaluació i intervenció; i
- 4) donada la interdependència entre aquests nivells, és de suposar que la modificació d'un d'ells provoqui canvis en els altres.

D'aquesta manera, el model ens proporciona una primera estratègia d'intervenció que podríem denominar **estratègia del canvi de nivells**.

La segona aproximació a la intervenció seria la denominada *estratègia del nivell clau*. Un cop demostrat que hi ha un nivell clau de causalitat en l'adquisició o el manteniment de la conducta addictiva, el procés terapèutic s'hauria de focalitzar en aquest nivell.

La tercera alternativa és l'*estratègia de l'impacte màxim*. Atès que en la conducta addictiva hi estan implicats o incideixen diferents nivells, ja sigui com a causa, conseqüència o sosteniment de la conducta addictiva, les intervencions haurien de tenir per objectiu incidir en l'addicte a diferents nivells de canvi, per a així maximitzar l'impacte terapèutic i aconseguir el canvi en aquests nivells de manera sinèrgica.

Aquest model assumeix que és d'esperar que la persona recaigui en els seus hàbits de risc per a la salut, cosa que és molt freqüent en les addiccions. Les conductes addictives són fàcils de modificar, però els seus canvis es mantenen amb dificultat; la possibilitat de recaigudes forma part del procés terapèutic, per això és necessari estudiar els factors que les pronostiquen, per poder prevenir-les.

3.2. La psicologia de la salut a la xarxa o com usar la xarxa per a objectius saludables

Sens dubte, són molts els usos que els psicòlegs de la salut poden fer de la xarxa, ens limitarem a assenyalar-ne només alguns, els més importants, des del nostre punt de vista:

1) Prestar ajuda terapèutica.

Sembla que les persones se senten més lliures per a revelar els seus problemes emocionals i de comportament en la xarxa. Aprofitant aquesta tendència observada en els usuaris de la xarxa, alguns psicòlegs han ideat programes informàtics terapèutics com el Listener o l'Eliza (Fleming, 1990).

2) Crear grups de suport.

L'anonimat relatiu de la xarxa ofereix a les persones afligides o que tenen una identitat estigmatitzada per la societat un mitjà idoni per a prestar-se suport i consol, sense les complicacions pròpies de les interaccions cara a cara.

Els estudis de Mickelson i McKenna i Bargh

Per exemple, Mickelson (1997) va estudiar grups de suport presencials i virtuals dedicats a parees de nens amb necessitats especials i va comprovar que les persones que buscaven suport en cadascun d'aquests entorns eren molt diferents; gairebé la meitat dels participants en grups de suport virtual eren parees barons, xifres molt distintes a les trobades en els grups presencials, on pràcticament no en va trobar cap.

McKenna i Bargh (1998) van investigar grups de notícies dedicats a persones amb estigmes dissimulables (drogodependències, homosexualitat i sadomasoquisme) i amb estigmes visi-

bles (obesitat, tartamudeig, paràlisi cerebral i calvície). La participació era molt més alta en els grups amb estigmes dissimulables que visibles, això sembla lògic si tenim en compte que les persones amb estigmes dissimulables tenen més dificultats per a conèixer altres persones amb el mateix problema en la vida real, encara més, quan no han “declarat” el seu problema. Per tant, per a aquestes persones aquests grups de suport són molt importants. A més, com a conseqüència de la seva participació aquestes persones s'acceptaven més a si mateixes i moltes acabaven optant per fer pública la seva identitat oculta.

3) Informar i orientar sobre la salut.

Un bon exemple d'aquest ús i funció de la xarxa és el lloc **Psych Central**, que té per objectiu ajudar les persones a trobar els llocs adequats a la xarxa on demanar informació i ajuda sobre diversos problemes psicològics i de salut, de manera que els usuaris d'Internet que hi estiguin interessats poden trobar fàcilment a la xarxa informació molt útil i actualitzada sobre com millorar la seva salut i quines mesures adoptar per a prevenir diverses malalties. D'aquesta manera, la xarxa es converteix en un important recurs d'educació per a la salut.

La xarxa es pot considerar un mitjà flexible en el qual les persones poden trobar solucions a certes necessitats individuals i socials relatives a la salut, tant informatives com formatives, que els serveis de salut no cobreixen com seria desitjable.

Resum

En aquest mòdul hem tractat de respondre a qüestions com ara què podem fer perquè les campanyes de salut en els mitjans de comunicació social siguin més eficaces, què aporta la publicitat, l'entreteniment educatiu i Internet a la promoció de comportaments saludables i la prevenció de riscos per a la salut.

Amb relació a la primera qüestió, hem assenyalat que el més encertat per a incrementar l'eficàcia de les campanyes de salut, de manera que el canvi d'actituds que promou influeixi en l'adopció de conductes de salut, és utilitzar fonts múltiples i creïbles, promoure la participació activa de l'audiència i incrementar el valor funcional de l'adopció dels missatges inclosos en la campanya en qüestió.

Pel que fa a la segona qüestió, hem apuntat la necessitat que els professionals de la salut treballin conjuntament amb els professionals del màrqueting i la publicitat per a afavorir-ne un ús més saludable i orientat a promoure una cultura de la salut, així mateix hem presentat la nova estratègia de l'entreteniment educatiu com un mitjà eficaç de portar a un nombre ampli de persones, d'una manera entretinguda, missatges de salut extensos.

Finalment, hem presentat Internet com un camp psicològic d'investigació i intervenció i com un mitjà per a aconseguir els objectius de la nostra disciplina.

Activitats

1. Aporteu exemples de campanyes de salut en els mitjans de comunicació social.
2. Aporteu exemples d'entreteniment educatiu i de publicitat relacionada amb la salut.
3. Busqueu pàgines web que fomentin hàbits saludables.

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

1. Les campanyes de comunicació social...
 - a) tenen per objectiu informar, persuadir o motivar canvis de comportament en una audiència qualsevol.
 - b) persegueixen un benefici comercial per a la societat.
 - c) comporten activitats de comunicació organitzades en què participen els mitjans de comunicació social.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
2. Amb relació a les campanyes de comunicació social, els models de l'expectativa–valor...
 - a) emfatitzen el paper de les expectatives com a predictores de les pràctiques de salut.
 - b) consideren els canvis d'actituds prerequisits per a produir canvis de conducta.
 - c) apunten que l'amenaça no és un mitjà eficaç per a canviar actituds i creences.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
3. Entre els factors que més influeixen sobre la disposició a la persuasió poden citar-se...
 - a) l'autoestima i l'autoritarisme.
 - b) l'aïllament social.
 - c) el tipus d'orientació vital.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
4. Perquè un missatge persuasiu condueixi a l'acció...
 - a) ha de captar l'atenció del receptor, ser comprensible, creïble i fàcil de recordar.
 - b) és més important recordar els pensaments suscitats pel missatge que el missatge persuasiu en si.
 - c) ha de ser extens si volem que sigui avaluat com a vàlid pel receptor.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
5. En el disseny de campanyes en els mitjans de comunicació social el més encertat perquè siguin eficaces és...
 - a) utilitzar fonts múltiples, creïbles i confiablès.
 - b) adoptar una modalitat unilateral de comunicació.
 - c) triar la ruta perifèrica.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
6. L'eficàcia limitada de moltes campanyes preventives és deguda al fet que...
 - a) no són útils per a sensibilitzar la població sobre els riscos per a la salut de determinats comportaments.
 - b) les informacions que proporcionen són massa específiques.
 - c) la informació que aporten està allunyada de les experiències immediates de l'audiència.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
7. L'entreteniment educatiu com a eina per a la promoció de conductes de salut i la reducció o eliminació d'hàbits perjudicials...
 - a) consisteix a introduir missatges de salut en espais televisius d'entreteniment.
 - b) consisteix a prestar suport psicològic per mitjà de la xarxa.
 - c) consisteix en una nova eina pedagògica que utilitza una metodologia d'ensenyament interactiu en un entorn lúdic.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.

8. Respecte a la publicitat relacionada amb el consum d'alcohol podem assenyalar que...
- a) els resultats dels estudis es mostren concloents en establir una relació directa entre tots dos aspectes.
 - b) són escasses les imatges publicitàries que retraten l'alcohòlic amb problemes de debò.
 - c) la premsa escrita és el principal mitjà de comunicació social en què apareix aquest tipus de publicitat.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
9. Si acceptem que hi ha una relació directa entre veure violència en la televisió i la conducta de la persona, podem afirmar que...
- a) experimentar un episodi violent en la vida real ens porta a veure més violència en la televisió.
 - b) veure violència produeix una descàrrega d'energia que redueix els nivells de tensió i incrementa la satisfacció personal.
 - c) veure violència actua com a model de comportament agressiu.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
10. Entre els avantatges d'Internet com a mitjà de difusió i formació en matèria de salut podem citar que...
- a) permet d'accedir a informació útil i actualitzada de manera fàcil i econòmica.
 - b) recorre a tècniques com el joc i el descobriment per a fomentar-ne l'interès.
 - c) facilita un aprenentatge basat en l'intercanvi d'opinions (fòrums).
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.

Qüestions breus

1. Què és una campanya de comunicació social?
2. Quines són les característiques fonamentals de la font persuasiva?
3. Quines característiques ha de reunir un missatge informatiu perquè sigui eficaç?
4. Quines característiques fan que una persona sigui més vulnerable a la persuasió?
5. Què diu la teoria de la resposta cognitiva?

Desenvolupament del tema

Quines diferències hi ha entre la ruta central i la perifèrica?

Solucionari

Activitats

Les solucions que proposem a continuació són orientatives.

Activitat 1

Des de l'any 1987, la Secretaria de Drogodependències de l'Administració del País Basc porta a terme una sèrie d'accions preventives en l'àmbit de les drogodependències, entre les quals s'inclouen una sèrie de campanyes de comunicació que es detallen a continuació.

Fuente:
http://www.gizarte.net/drogodependencias/campana_c.htm

WEB

Com menys millor—*Zenbat eta gutxiago hobe*

Campanya dirigida al conjunt de la població basca però que insistia sobre determinats col·lectius específics (joves; conductors; professionals de la salut; empresaris i sindicats; mitjans de comunicació; educadors).

L'objectiu general d'aquesta campanya va ser sensibilitzar la població sobre les conseqüències negatives del consum de l'alcohol i informar de les mesures possibles que es podien prendre des dels diversos àmbits per a prevenir i contrarestar-les.

Ocupant la part central de la campanya i amb el seu lema es va realitzar publicitat exterior (tanques), anuncis de televisió, falques de ràdio i publicitat en la premsa diària. A més, es van elaborar 500.000 fullets, 600.000 cartells i 800.000 adhesius, calendaris de mà, targetes per a l'autoavaluació individual del consum setmanal i es van editar i van reeditar diverses publicacions dirigides a determinats col·lectius.



Si no fumes, molt millor—*Ez baduzu erretzen, askoz hobeto*

El públic objectiu de la campanya va ser el conjunt de la població de la comunitat autònoma del País Basc.

L'objectiu general d'aquesta campanya va ser sensibilitzar la població sobre les conseqüències negatives del consum de tabac, i informar de les possibles mesures que s'havien de prendre per a prevenir-les i contrarestar-les.

Els mitjans concebuts i utilitzats al llarg de la campanya van ser variats; juntament amb les clàssiques falques de ràdio, anuncis de televisió, publicitat en la premsa diària, tanques, cartells i adhesius, es va fer un anunci per a passar-lo en sales de cine i es va emprar una estratègia interpersonal, consistent en dos equips de treball compostos de metge, monitor i furgoneta, respectivament, la labor fonamental dels quals va consistir a acostar a la població tant el material publicitari com la informació i els continguts del missatge.



Estratègia de comunicació sobre prevenció comunitària de les drogodependències

Per a arribar a la població general, objecte últim d'aquesta campanya, es va pensar a actuar sobre col·lectius que compleixin un paper de mediadors socials. L'objectiu fonamental de l'estratègia consistia a impulsar l'assumpció i aplicació a la societat dels criteris preventius continguts a en la Llei sobre prevenció, assistència i reinserció en matèria de drogodependències aprovada el 1998. Per a això es va tractar d'aconseguir el compromís i les responsabilitats que la Llei atribueix a cada col·lectiu social en aquest tema, informant de la rellevància del paper que cada subjecte i col·lectiu social té en la consecució de l'objectiu de crear una mentalitat social preventiva. El material utilitzat com a suport de l'estratègia de comunicació va ser un quadern divulgatiu amb el títol "Les drogodependències es poden prevenir" on apareixien els continguts bàsics de la campanya. A més, es va posar en marxa una



4) Temporalitat i cobertura: Primer trimestre del curs escolar. Es pretén arribar a 120.000 nens, 30 per farmacèutic.

5) Lloc: Comunitats autònomes com Andalusia, la Rioja, Catalunya, Castella-la-Manxa, Castella i Lleó i Aragó.

Activitat 2

Exemples d'entreteniment educatiu

- Sistema benestar al costat del llit (*Bedside Wellness System*). Programa de realitat virtual que estimula en els pacients oncològics els sentits de la vista, l'oïda, el tacte i l'olfacte, sense ocasionar esgotament o tensió addicional. Està orientat a millorar la condició emocional i el benestar de pacients de càncer que pateixen inquietud, insomni o depressió.
- Projecte de promoció de la salut a la República de Sud-àfrica "*Soul City*". Va ser fundat per Garth Japhet, metge i periodista ocasional, amb el propòsit de posar els mitjans d'informació al servei de la prevenció del VIH/sida i promoure estils de vida més saludables. És un programa d'educació per a la salut destinat a desafiar les percepcions socials i a canviar els patrons de comportament poc saludables d'una manera creativa i divertida, amb l'objectiu de fer-ho més accessible per a amplis segments de la població. Consisteix fonamentalment en sèries dramàtiques per a la televisió i la ràdio.

Fuente: http://166.114.106.9/~arteaga/INF-099/www.puc.cl/curso_dist/cbc/anexos/texto_a/Rvcancer.html **WEB**

Fuente: <http://www.comminit.com/la/lahaciendoolas/sld-1033.html> **WEB**

Exemples de publicitat

Publicitat enganyosa

1) Cigarrets *light*: màrqueting eficaç, desastre per a la salut pública:

a) Els adjectius *light* o *suaus* que apareixen als paquets de tabac, manipulen els consumidors fent-los creure que hi ha una diferència per a la salut si es fuma un cigarret *light*. En canvi, com han comprovat experts de tot el món, no hi ha cap diferència, en l'àmbit de la salut, si es fuma un cigarret *light* en comptes d'un cigarret "regular".

b) Davant d'aquesta publicitat, molts fumadors que volen abandonar aquest hàbit recorren al tabac *light* per a emmudir les seves consciències, creient que fan quelcom positiu per a la seva salut mentre continuen fumant. Per tant, en diverses ocasions, redueixen la inclinació de deixar de fumar.

c) En definitiva, sabem que el 50% dels fumadors a llarg terme moren de les seqüeles del tabaquisme. Per tant, una tàctica de màrqueting que convenç fumadors de no deixar de fumar representa una amenaça per a la salut pública.

2) Anuncis per a baixar de pes. Una anàlisi de 300 anuncis "per a baixar de pes" (realitzat per la Federal Trade Comissió, FTC) emesos i publicats durant l'any 2001, va trobar que:

a) Molts van fer afirmacions prometent més del que probablement els productes i programes podien complir.

b) Sovint, proclamaven resultats "miraculosos" (una ràpida i fàcil pèrdua de pes. Per exemple: "Només dos dies per a veure resultats!") mentre que ignoraven i contradieien els dogmes bàsics de la pèrdua i el manteniment de pes reeixits (reducció en la ingestió de calories i exercici físic. Per exemple: "mengi tot el que vulgui!").

c) Molts anuncis no van disposar de l'evidència científica que abonés les afirmacions que feien sobre el seu rendiment.

d) En canvi, van utilitzar testimonis equívocs de consumidors, experts i altres tècniques enganyoses per a recolzar la credibilitat dels seus productes.

e) A més, la publicitat de productes aprimadors juntament amb l'aparició constant en la televisió de models extremadament primes, contribueix a un augment dels trastorns alimentaris, sobretot en les joves entre 12 i 24 anys. Les dades assenyalen que més de la meitat d'aquesta població s'interessa per publicacions relatives al pes, a l'aprimament i al control de l'obesitat. Així mateix, és molt important la influència de la publicitat a les farmàcies, ja que tendeix a presentar els productes amb una certa aurèola científica.

Fuente: <http://www.ftc.gov/bcp/online/spanish/features/s-gtloss.htm> **WEB**

Fuente: <http://www.el-mundo.es/salud/1994/97/00114.html> **WEB**

Publicitat encaminada a la promoció d'hàbits saludables

1) Anuncis institucionals.

En aquest cas ens podem trobar nombrosos camps d'acció, com la lluita contra les drogues, contra el càncer, les iniciatives de la Societat Espanyola del Cor, etc. Com a exemple, hem elegit la campanya que la Fundació Espanyola del Cor porta a terme mitjançant de les seves publicacions i de la seva pàgina web. Aquesta campanya consisteix a presentar testimonis i consells de famosos que serveixen de models de conducta.

Llista de personatges

- David Meca
- Ágatha Ruiz de la Prada
- Arancha Sánchez Vicario
- Carme Alborch
- Concha Velasco

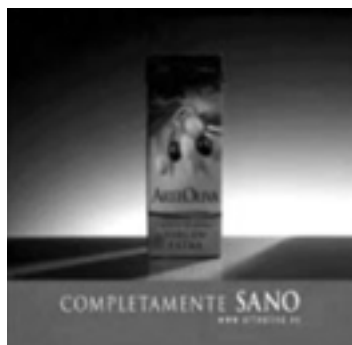
"Abans feia moltíssim exercici. Practicava ballet des que era jove. Però fa uns anys que vaig començar a caminar, que està molt bé. Jo matino i em faig quatre o cinc quilòmetres."

- Marta Robles
- Abel Matutes
- Jesús Rollán

2) Anuncis publicitaris encaminats a promocionar la dieta mediterrània:

La dieta mediterrània pot ser considerada una farmàcia natural eficaç en la prevenció de nombroses malalties:

- L'oli d'oliva, component essencial de la dieta mediterrània, és ric en àcid oleic i en àcids grassos essencials Omega3, substàncies amb innegables avantatges cardiovasculars. No solament eleven els nivells del colesterol "bo" (HDL), sinó que redueixen el colesterol "dolent" (també anomenat LDL) i el nivell de triglicèrids a la sang. Amb aquesta labor benefactora, l'oli permet evitar l'oxidació de greixos que, més endavant, podrien donar lloc a la formació de plaques d'ateroma. A més, els àcids grassos de l'"or líquid" netegen les artèries i les mantenen flexibles per a prevenir l'infart i els accidents cerebrovasculars.
- A més, cal afegir les propietats antiinflamatòries dels omega 3, de manera que l'oli també pot prevenir l'aparició de malalties com l'artritis reumatoide o la colitis ulcerosa. Fins i tot s'ha destacat en nombroses ocasions que una dieta rica en lípids monoinsaturats podria prevenir l'aparició de tumors de mama, pròstata i còlon i evitar la sobrecàrrega, la diabetis, la hipertensió i el deteriorament cognitiu.



- A més, els cereals i els aliments rics en fibra, gràcies al seu contingut en àcid fòlic, redueixen els nivells d'homocisteïna en la sang, un factor que determina el risc coronari per damunt fins i tot del que pugui 'llegir-se' dels nivells de colesterol. L'àcid fòlic, també present en les verdures de full verd, especialment en el bròquil, aporta a l'organisme una protecció natural i eficaç contra els problemes coronaris, afavorint el subministrament d'oxigen a les cèl·lules i la circulació de la sang.



Fuente: http://www.fundaciondelcorazon.com/muevete/caras_mensaje/

WEB

- Per la seva banda, el peix, ric en àcids grassos i Omega 3, redueix el risc de patir un infart i prevé accidents cardíacs més greus, com les arítmies. A més, menjar peix almenys una vegada a la setmana permet lluitar contra l'aparició de malalties neurodegeneratives com l'Alzheimer, gràcies també a la seva aportació d'àcid fòlic.

Activitat 3

- Foment d'hàbits saludables en general:

<http://perso.wanadoo.es/pedrodrogento/>
http://www.comfenalcovalle.com.co/salut/sa_fomento.html
<http://www.healthfinder.gov/espanol/>

- Alimentació sana/dieta:

<http://www.advocatehealth.com/system/services/babies/connection/30month/30-spd.html/>
<http://www8.madrid.org/sanitat/ciudadà/consells/alimentació/>
<http://és.geocities.com/pediaseu2000/creixement4.htm>

- Deixar de fumar:

http://www.hispagimnasios.com/a_medicina/nofumar.php/

- Foment de seguretat i salut / situacions d'emergència

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/disastersandemergencypreparedness.html/>
http://www.ambienteecologico.com/edicions/2000/076_11.2000/076_InfoGral21.php3/

- Portals de salut en general:

<http://www.saludalia.com/>
<http://www.buscasalud.com/>
<http://www.saluddigital.com/>
<http://www.canalsalud.com/>

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

1. c; 2. b; 3. d; 4. d; 5. a; 6. d; 7. a; 8. b; 9. a; 10. d.

Qüestions breus

1. Estratègies mediàtiques que tenen l'objectiu d'informar, persuadir o motivar canvis de comportament en una audiència relativament àmplia i ben definida, amb pretensions no comercials, en benefici dels individus i de la societat en general, dins d'un període determinat de temps, per mitjà d'activitats de comunicació organitzades en què participen els mitjans de comunicació social i amb freqüència complementades pel suport interpersonal.

2. Entre les característiques principals de la font persuasiva (qui diu) destaca la seva credibilitat; aquesta depèn, en gran manera, del grau de competència que li atribueixi el receptor i de la seva intenció de persuadir.

3.

- a) Facilitar informació veraç i real.
- b) Atribuir-la a una font de prestigi i digna de confiança.
- c) Ser de caràcter bidireccional.
- d) Presentar els arguments fonamentals al principi i al final.
- e) Proporcionar missatges curts, clars i directes.
- f) Formular conclusions explícites.

4.

- a) Baixa autoestima.
- b) Marcat autoritarisme.
- c) Sentiments d'aïllament social.
- d) Riquesa de fantasies.
- e) Conformisme.

5. Segons aquesta teoria, quan rebem un missatge persuasiu, el comparem amb els nostres coneixements i actituds respecte al seu contingut, generant-se una sèrie de respostes cognitives

que determinen el resultat final del missatge persuasiu. Quan els nostres pensaments són coherents amb el missatge, es produeix la persuasió. Al contrari, si no són compatibles, aquest efecte no es produirà.

Desenvolupament del tema

Segons el model de la probabilitat d'elaboració, quan rebem un missatge persuasiu podem analitzar-lo racionalment (resposta cognitiva a la persuasió) o bé procedir de manera gairebé automàtica seguint un heurístic. És a dir, es poden seguir diverses rutes cap a la persuasió:

1) La ruta central comporta que el receptor realitzi una avaluació crítica del missatge persuasiu. Analitza els arguments, posant-los en relació amb els seus coneixements previs i avalua les possibles conseqüències. El canvi d'actitud que es produeix d'aquesta manera és més durador, serveix per a predir millor la conducta i és més resistent a la persuasió contrària.

2) La ruta perifèrica ocorre quan les persones no tenen la motivació o la capacitat de realitzar un procés tan detingut com l'anterior. En aquest cas, el canvi d'actitud es produeix sense necessitat de pensar molt entorn del contingut del missatge, és una característica del context de persuasió el que facilita la formació o el canvi d'actitud (per exemple, la credibilitat, la competència o l'atractiu de la font, o el nombre de persones que es considera que abonen una posició determinada).

Seguir-ne una o una altra dependrà, com es va indicar abans, de la motivació i de la capacitat d'anàlisi del receptor. Des de la perspectiva de la font, l'estratègia de persuasió preferent serà la ruta central, si el que es pretén és la producció de canvis duradors sobre les actituds.

Resumint, mentre que la ruta central és crítica, la perifèrica és acrítica; mentre que la primera requereix un receptor motivat i analític, la central no és apropiada per a aquest tipus de receptor.

Glossari

catarsi *f* Segons la hipòtesi de la catarsi, s'estableix que els individus poden descarregar impulsos d'agressivitat acumulats si es deixen absorbir per esdeveniments violents.

comportaments de salut *m pl* Fa referència a una sèrie de comportaments que la persones posem en pràctica amb l'objectiu de mantenir i/o millorar els nostres nivells de salut. Entre aquests podem destacar els següents: dormir set o vuit hores cada nit, esmorzar tots els dies, fer tres menjades al dia sense picar entre menjades, mantenir el pes corporal dins dels límits normals, practicar sistemàticament exercici físic actiu, no beure alcohol o fer-ho moderadament, no fumar, buscar atenció sanitària i portar a terme comportaments de seguretat i millora del medi ambient.

dessensibilització *f* La hipòtesi de la dessensibilització estableix que veure reiterativament violència televisiva condueix a una reducció en la capacitat de resposta emocional a la violència en la pantalla i a un increment de l'acceptació de la violència en la vida real.

desinhibició *f* La hipòtesi de la desinhibició suggereix que veure violència televisiva pot legitimar l'ús de violència en la vida real per part de l'espectador per a soscar algunes sancions socials contra el comportament violent.

educació per a la salut *f* Comprèn les oportunitats d'aprenentatge creades conscientment que comporten una forma de comunicació destinada a millorar l'alfabetització sanitària, inclosa la millora del coneixement de la població en relació amb la salut i el desenvolupament d'habilitats personals que condueixin a la salut individual i de la comunitat.

efectivitat *f* Magnitud en què una intervenció (tractament, procediment o servei) millora els resultats per als pacients. Es diferencia de l'eficàcia, entre altres factors, perquè en aquesta els subjectes de l'estudi estan sotmesos a més control i els criteris de selecció són més restringits.

eficàcia *f* Grau en què alguna cosa (procediment o servei) pot aconseguir el millor resultat possible i aconseguir les metes o objectius que havien estat prèviament establerts.

avaluació sumativa *f* Avaluació centrada en els productes o resultats del procés d'ensenyament-aprenentatge. La seva funció està orientada a prendre decisions quant al grau d'abast dels objectius proposats. Es planifiquen activitats d'avaluació de caràcter sumatiu al final d'un procés (per exemple, al final d'una unitat didàctica, curs, cicle o any) per a comprovar el nivell d'èxit amb relació a la planificació didàctica.

excitació *f* La hipòtesi de l'excitació suggereix que veure programes televisius violents pot excitar els espectadors.

imitació *f* La hipòtesi de la imitació implica que els espectadors, en la seva majoria molt joves, tendeixen a aprendre dels comportaments desenvolupats per personatges televisius i en copien les accions.

navegar (a Internet) *v intr* Es refereix a l'acció de visitar diferents pàgines web que s'enllacen unes amb altres; en ocasions, ajudats per cercadors.

persuasió *f* Acció amb què es persegueix, mitjançant raonaments i argumentacions, induir o modificar un determinat comportament del destinatari; en aquest cas, l'audiència dels mitjà de comunicació social.

prevenció de la malaltia *f* Comprèn les mesures destinades no solament a prevenir l'aparició de la malaltia, com la reducció dels factors de risc, sinó també a detenir-ne l'avanç i atenuar-ne les conseqüències una vegada establerta.

promoció de la salut *f* Procés polític i social global, que comprèn no solament les accions dirigides a enfortir les habilitats i capacitats dels individus, sinó també les dirigides a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, a fi de mitigar-ne l'impacte en la salut pública i individual. La promoció de la salut és el procés que permet a les persones incrementar el seu control sobre els determinants de la salut i, en conseqüència, millorar-la. La participació és essencial per a sostenir l'acció en matèria de promoció de la salut.

programari *m* Programa o aplicació informàtica.

violència domèstica *f* Actes violents comesos a la llar entre membres d'una família.

Bibliografia

Bibliografia citada en el text

Bandura, A. (1996). Teoría social cognitiva de la comunicación de masas. A J. Bryant i D. Zillmann (Comps.), *Los efectos de los medios de comunicación. Investigaciones y teorías*, 89-126. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bandura, A. i Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Barriga, S. i León, J. M. (2001). *Televisión e intervención social: campaña de sensibilización sobre la problemática de las personas mayores*. Sevilla: Consejería de Servicios Sociales. Instituto Andaluz de Servicios Sociales.

Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology*. Boston: Ally & Bacon.

Brown J. D. i Walsh-Childers, K. (1996). Efectos de los media sobre la salud personal y pública. A J. Bryant i D. Zillmann (Comps.), *Los efectos de los medios de comunicación*, 517-554. Barcelona: Paidós comunicación.

Cantero, F. J., León, J. M., i Barriga, S. (1998). Actitudes: naturaleza, formación y cambio. A J. M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina, i F. J. Cantero (Eds.), *Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*, 117-132. Madrid: McGraw-Hill.

Fleming, P. J. (1990). Software & sympathy. A G. Gumpert i S. L. Fish (Comps.), *Talking to strangers: Mediated therapeutic communication*, 170-183. Norwood, NJ: Ablex.

Janis, J. L. (1984). Improving adherence to medical recommendations: Prescriptive hypothesis derived from recent research in Social Psychology. A A. Baum, S. E. Taylor i J. E. Singer. *Handbook of Psychology and Health*, 113-147. Hillsdale, New Jersey: LEA.

Lasswell, H. W. (1964). The structure and function of communication in society. A L. Bryson (Ed.), *Communication of ideas*, 37-51. New York: Cooper Square Publishers.

León Rubio, J. M. i Medina Anzano, S. (2002). *Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.

McGuire, W. J. (1989). Theoretical foundations of campaigns. A R. E. Rice i C. K. Atkins (Eds.), *Public communication campaigns* (2a ed.), 43-65. Newbury Park, CA, US: Sage Publications.

McKenna, K. A. i Bargh, J. A. (1998). Coming out in the age of the Internet: Identity "demarginalization" through virtual group participation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (3), 681-694.

McMurrin, M. (1994). *The psychology of addiction*. London: Taylor & Francis, Ltd.

Mickelson, K. D. (1997). Seeking social support. A S. Kiesler (Comp.), *Culture of the Internet*, 157-178. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Myers, D. G. (2002). *Psicología Social*. Santa Fe de Bogotá (Colombia): McGraw-Hill Interamericana.

Petty, R. E. i Cacioppo, J. T. (1981). *Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches*. Dubuque: Wm Brown.

Petty, R. E. i Cacioppo, J. T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of persuasion. A L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 19. New York: Academic Press.

Petty, R. E. i Priester, J. R. (1996). Cambio de actitud de los mass media: implicaciones del modelo de persuasión de elaboración probable. A J. Bryant i D. Zillmann (Comps.), *Los efectos de los medios de comunicación. Investigaciones y teorías*, 127-168. Barcelona: Ibérica.

Rice, R. E. i Atkin, C. (1996). Principios de las campañas de comunicación pública de éxito. J. Bryant i D. Zillmann (Comps.), *Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías*, 517-554. Barcelona: Paidós.

Tejero, A., Trujols, J., Hernández, E., Pérez de los Cobos, J., i Casas, M. (1997). *Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska & DiClemente Transtheoretical Model. Drug & Alcohol Dependence*, 47, 31-37.

Wallace, P. (2001). *La Psicología de Internet*. Barcelona: Paidós.

Young, K. S. (1998). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction & winning strategy for recovery*. New York: John Wiley.

Annexos

Annex 1

3. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas

James O. Prochaska
Cancer Prevention Research Consortium
University of Rhode Island. U.S.A.

Janice M. Prochaska
Child and Family Services of Newport County. U.S.A.

1. Introducción

En 1984, se reunieron un grupo de teóricos, investigadores y terapeutas en un congreso internacional en North Berwick, Escocia, para contribuir al desarrollo de un modelo de cambio global en el tratamiento de las conductas adictivas. El libro que se creó a partir de este congreso fue una señal del *zeitgeist* (Miller y Heather, 1986) y constituyó un nuevo intento de integración de los distintos sistemas de psicoterapia (Prochaska, 1984).

Más tarde, en 1990, un grupo de científicos y clínicos se reunió en un simposio de trabajo en Barcelona, España, para analizar los últimos avances en el conocimiento y tratamiento de las conductas adictivas. El congreso y el libro que surgió a partir del mismo son señales de un segundo *zeitgeist*: forman parte de los intentos que se realizan en la actualidad para investigar simultáneamente en diversos países, y sobre distintas condiciones, la manera de conseguir una información y unas soluciones comunes para las conductas adictivas.

Este capítulo presenta los datos más recientes de nuestras investigaciones sobre un modelo global de cambio. Dicho modelo debe satisfacer simultáneamente varias demandas. En

relación a las conductas adictivas debe ser aplicable a un amplio rango de formas de cambio –desde la máxima intervención de los programas tradicionales de terapia en pacientes ingresados o en régimen ambulatorio, hasta los programas de intervención menos intensa, como puede ser una terapia de corta duración para sujetos bebedores (Heather, 1986) y fumadores problemáticos (Glasgow, Schafer y O’Neil, 1981). Un modelo global de cambio también deberá enfrentarse al hecho de que, en el caso de ciertas conductas adictivas, como el fumar, la mayoría de las personas las puede modificar sin la ayuda de ningún programa formal de tratamiento (Consumo de cigarrillos como un proceso de dependencia, 1979).

Un modelo global también debe ser aplicable a las diversas conductas adictivas que los individuos deseen cambiar. El modelo debe hacernos progresar en el conocimiento de cómo modifican los individuos conductas tan diversas como, por ejemplo, el abuso de alcohol, la dependencia de la cocaína, la hiperfagia, la adicción a la heroína o el tabaquismo. ¿Existen determinadas estrategias de cambio responsables del éxito o del fracaso de los intentos para modificar estas conductas tan diversas?

Un modelo global debería ser útil como síntesis de los distintos modelos de cambio de los que se dispone actualmente para las conductas problemáticas, incluyendo las adicciones. Janis y Mann (1977), por ejemplo, presentaron un modelo de toma de decisiones como modelo general de cambio en conductas problema como pueden ser las adicciones. Bandura (1987, 1980), por otra parte, presentó un modelo de autoeficacia como modelo general de cambio.

Además, un modelo global debería servir como síntesis de los distintos modelos de tratamiento que se utilizan actualmente para las conductas adictivas. En 1976, Parloff manifestó que existían más de 130 terapias disponibles en el mercado terapéutico (o en la “jungla”, como el mismo autor lo describió). En 1980 aproximadamente, Parloff había revisado más de 250 terapias. Las personas que desean superar sus conductas adictivas se enfrentan a la confusión creada por la excesiva cantidad de posibilidades, siendo la información de que se dispone insuficiente para tomar una decisión con respecto al tratamiento de elección en cada problema concreto. Un modelo global puede ayudar a integrar el campo terapéutico hasta ahora fragmentado en un número excesivo de alternativas y de tratamientos que compiten entre sí.

Un modelo global debe cubrir todo el proceso de cambio, desde el momento en que alguien advierte la existencia del problema hasta el instante en que el problema deja de existir. La mayoría de modelos de cambio han sido modelos de “actuación”, pero existen muchos otros cambios que proceden y siguen a la acción en el caso de las conductas adictivas. La decisión de cómo ayudar a alguien incluye considerar el momento en el que se encuentra cada individuo concreto dentro del ciclo de cambio.

Del mismo modo que el cambio es un fenómeno dinámico y abierto, un modelo global de cambio debe estar también abierto al progreso, incorporando e integrando las nuevas variables que se van encontrando integradas en la forma en que los individuos modifican las conductas adictivas. En este capítulo presentaremos un modelo de cambio que no es completo ni cerrado.

El modelo de cambio que venimos desarrollando desde hace 14 años no es sencillo, pero es comprensible. Los días de búsqueda de soluciones simples han quedado atrás. La complejidad de las conductas adictivas requiere soluciones multivariantes más que univariantes. El enfoque transteórico que hemos desarrollado es un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio.

En un estudio comparativo entre individuos fumadores que realizaron el cambio por sí solos o que participaron en dos programas comercializados descubrimos, que tanto unos como otros, identificaban algunos estadios comunes experimentados durante el proceso de cambio para dejar de fumar (DiClemente y Prochaska, 1982). Estos estadios fueron etiquetados como *precontemplación*, *contemplación*, *determinación*, *actuación* y *mantenimiento* (Prochaska y DiClemente, 1983).

Al desarrollar un instrumento de evaluación de los estadios de cambio en que se encuentran los individuos al empezar un tratamiento, McConaughy, Prochaska y Velicer (1983), en un estudio realizado con 150 pacientes psiquiátricos ambulatorios que iniciaron tratamiento, observaron la presencia de sólo cuatro componentes de alta fiabilidad bien definidos. Denominamos a estos componentes o estadios de cambio: *precontemplación*, *contemplación*, *actuación* y *mantenimiento* (Prochaska y DiClemente, 1982). Dado que no pudimos generar una escala para evaluar el estadio que se halla entre la *contemplación* y la *actuación*, trabajamos con el cuarto estadio del modelo durante siete años (Prochaska y DiClemente, 1983, 1985, 1986a y b).

Tal como predijimos, los cuatro estadios de cambios formaron un patrón simple en el que los estadios adyacentes correlacionaron entre ellos más que con ningún otro estadio. Estos resultados sobre los estadios de cambio fueron replicados en otro estudio con 350 pacientes de psiquiatría general que acudieron para terapia ambulatoria (McConaughy, Prochaska, Velicer y DiClemente, 1989). Este estudio también puso de manifiesto que el estadio de cambio en que se encuentra el paciente es mejor predictor del progreso alcanzado, después 4 meses de terapia, que los diagnósticos del DSM III o que la gravedad de los síntomas. Estos estadios de cambio se identificaron también en un grupo de 150 alcohólicos que acudieron a un tratamiento ambulatorio (DiCle-

mente y Hughes, 1989). El análisis factorial de cada una de estas tres muestras de pacientes permitió identificar algunos perfiles de cambio comunes. Un grupo de pacientes puntuaba muy alto en la escala de *precontemplación* y bajo en las otras tres. Este perfil representaba un grupo de pacientes en estadio de *precontemplación*. Otro grupo de pacientes puntuó alto en *contemplación* y *actuación*. Este perfil representaba a pacientes en fase de *determinación*.

Incluso teniendo pruebas de la existencia de un estadio entre la *contemplación* y la *actuación*, debimos ignorarlo al no poder crear una escala independiente para evaluarlo. En los últimos años hemos desarrollado sistemas de medición para este estadio intermedio y nos referiremos a él como estadio de *preparación* (DiClemente, y col., en prensa; Prochaska y DiClemente, en prensa).

La Figura 1 muestra una ordenación lineal de los estadios de cambios. Permite observar cómo el éxito en el cambio conlleva un progreso desde la *precontemplación* a la *contemplación*, a la *preparación*, a la *actuación* y finalmente al estadio de *mantenimiento*.

La *precontemplación* es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar, por los menos durante los próximos seis meses. Utilizamos un período de seis meses ya que éste parece ser el intervalo máximo de tiempo en el que las personas pueden planear seriamente el cambio de conductas como las adicciones. Los individuos pueden permanecer en el estadio de *precontemplación* porque no están informados o porque están poco informados sobre las consecuencias de su conducta. Otros individuos se sienten desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello. Los más frecuente es que los individuos en estadio de *precontemplación* están a la defensiva en relación a sus conductas adictivas y se resistan a las presiones externas para que cambien.

La *contemplación* es el período en que los individuos están pensando seriamente en el cambio a lo largo de los seis meses próximos.



Figura 1. Patrón lineal de los estadios de cambio.

Los sujetos en estadio de *contemplación* están mucho más abiertos al *feedback* y a la información sobre sus problemas y sobre la manera de cambiarlos. Sin embargo, como veremos, pueden mostrarse bastante ambivalentes en relación al precio y al beneficio

de sus conductas adictivas. Tal vez, debido a esta ambivalencia, los individuos puede permanecer en el estadio de *contemplación* durante años. Evaluamos un grupo de aproximadamente 250 fumadores que se encontraban en estadio de *contemplación* cada seis meses durante dos años. La respuesta típica, la más frecuente, fue la permanencia en el estadio de *contemplación* durante el período completo. A estas personas las denominamos contempladores crónicos. Sustituyen la *actuación* por la acción de pensar.

La *preparación* es el estadio en que los individuos se encuentran preparados para la *actuación*, normalmente con intenciones de empezar al mes siguiente. En este estadio, se han efectuado ya algunos pequeños pasos dirigidos a actuar, tales como reducir la frecuencia de la conducta adictiva o haberla intentado dejar el año anterior.

La *actuación* es el estadio en que se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. Normalmente exigimos que los individuos que se hallan en el estadio de *actuación* alcancen un objetivo concreto durante un tiempo mínimo. En el caso de tabaquismo, por ejemplo, se tiene que haber dejado el tabaco por lo menos durante 24 horas para que pueda valorarse como un intento de *actuación*. La mera reducción del número de cigarrillos fumados o el cambio a cigarrillos menos nocivos no suele contar como una *actuación* puesto que, en este campo, existe acuerdo de que el criterio para considerar satisfactoria una intervención es la suspensión del hábito (Schumacher y Grunberg, 1987). Está claro que en algunas áreas de la adicción no existe acuerdo sobre los criterios a seguir y debemos conformarnos con los objetivos que se marcan los individuos o con nuestros propios clínicos.

En el modelo de cambio, la *actuación* se prolonga durante un período de seis meses después de la modificación de la conducta adictiva. En un principio, comparamos períodos de 0 a 3 meses y no encontramos diferencias en relación de individuos que utilizaban determinados procesos de cambio para dejar de fumar (Prochaska y DiClemente, 1983). Por lo tanto, agrupamos a estos individuos en un estadio de *actuación* de 0 a 6 meses. Un problema frecuente es que muchos sujetos se otorgan un tiempo insuficiente para completar es estadio más difícil y duro de la *actuación*.

El período de mantenimiento empieza a los seis meses de producirse el cambio y termina cuando la conducta adictiva ha finalizado. Definimos el fin de la conducta adictiva como la no existencia de tentaciones a lo largo de todas las situaciones problema. El *mantenimiento* es un periodo de cambio, continuo, mientras que la finalización es mucho más estable y el individuo no necesita utilizar procesos de cambio para impedir la recaída.

En general, los programas terapéuticos tradicionales han tratado a todos sus clientes como si ya estuvieran preparados para entrar en el estadio de *actuación*. ¿Qué ocurre cuando clasificamos a los individuos en diferentes estadios en lugar de asumir que ya están preparados para la *actuación*? La Figura 2 muestra el porcentaje de fumadores que encontramos en distintos estadios y que entraron en acción durante los primeros 18 meses de un estudio de intervención. Esta figura agrupa a unos 570 fumadores procedentes de cuatro tipos de intervención de autoayuda y pone de manifiesto que el grado de éxito alcanzado después del tratamiento se relaciona, directamente, con el estadio en el que se encontraban previamente.

Y, sin embargo, ésto es lo que se ha hecho habitualmente en muchos de nuestros programas de intervención.

En un estudio de intervención en fumadores con patología cardíaca, Judith Ockene y sus colaboradores observaron que el 22% de los fumadores que se encontraban en el estadio de *precontemplación* antes del tratamiento permanecía sin fumar a los 6 meses del seguimiento (Ockene y col., 1989). Asimismo, un 44% de los que estaban en el estadio de *contemplación* y, aproxi-

madamente, el 80% de los que estaban preparados para la *actuación* no fumaba al cabo de seis meses. Por lo tanto, incluso en el caso de personas con cardiopatías que amenazan su vida, existe una duplicación del cese del hábito tabáquico entre los individuos en estadios de *precontemplación* y *contemplación*, y entre estos los contempladores y los que están preparados para actuar, o actuando ya, al empezar el estudio.

Nuestros programas de intervención tradicionales asumieron, implícitamente, que todos los participantes estaban preparados para entrar en el estadio de *actuación* para abordar sus conductas adictivas. Podemos diseñar programas orientados a la *actuación* sobre la base de los últimos avances y decepcionarnos posteriormente debido a la escasa participación de los individuos. Tracey Orleans y Victor Schoenbach (1988) estudiaron una muestra representativa de fumadores en un centro de Seattle y observaron que el 70-80% de los pacientes admitió que aprovecharía un programa de autoayuda para dejar de fumar si la participación fuera gratuita. A

continuación, los mismos autores ofrecieron un excelente programa orientado a la *actuación*, con la disminución gradual de la nicotina, que recibió una publicidad considerable. Sin embargo, resultó decepcionante comprobar que únicamente el 4% de los fumadores se comprometió a asistir al programa durante un período de seis meses.

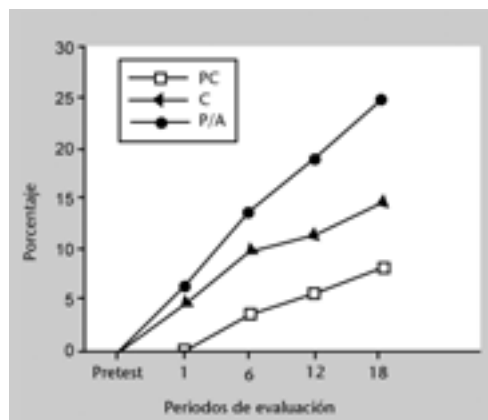


Figura. 2. Porcentaje de abstinentes, al cabo de 18 meses, para fumadores situados en los estadios de *precontemplación* (PC), *contemplación* (C) y *preparación-actuación* (P/A) antes del tratamiento.

David Abrams y colaboradores realizaron una encuesta parecida para llevar a cabo un programa de intervención de autoayuda en el lugar de trabajo (Abrams, Follick y Biener, 1988). Conociendo la baja participación en los estudios del centro, utilizaron algunos incentivos conductuales para animar a la gente a que colaborara. Ofreciendo la posibilidad de ganar aparatos de vídeo, televisores y días de vacaciones del trabajo sólo por el hecho de apuntarse al programa. Con ello, la cifra de inscritos aumentó de un 4 a un 7%.

La inmensa mayoría de nuestros programas de intervención ha sido diseñados para una minoría que está preparada para pasar a la acción frente a sus problemas de conducta adictiva. Utilizando los mejores datos disponibles a partir de cuatro estudios, podemos estimar el porcentaje de fumadores en cada estadio y en cada momento. Estas estimaciones indican que de un 7 a 10% está preparado para la *actuación*, de un 25 a un 35% se halla en el estadio de *contemplación* y de un 60 a un 65% se encuentra en el estadio de *precontemplación*. A pesar de que la conducta adictiva al tabaco es la que ha recibido más publicidad sobre sus consecuencias nocivas y que 10 de millones de personas son objeto de los proyectos de investigación en intervención del *National Cancer*, casi el 90% de los fumadores no se encuentra preparado para pasar a la acción.

Aparte de las dificultades existentes para reclutar a la mayoría de los individuos en los programas orientados a la *actuación*, nos en-

contramos con grandes dificultades para que permanezcan en ellos una vez se han inscrito. El abandono del programa suele ser un problema importante en los pacientes que siguen una psicoterapia y esta circunstancia se agrava en el caso concreto de los pacientes con conductas adictivas. Los estudios realizados indican que entre el 40 y el 60% de los pacientes en psicoterapia interrumpe el tratamiento prematuramente. En algunos estudios sobre pacientes con conductas adictivas, la cifra de abandono aumenta hasta un 80% de los participantes (Abrams, y col., 1989).

En uno de nuestro estudios intentamos predecir con qué tipo de terapia los pacientes abandonarían el programa prematuramente y cuáles lo continuarían o lo finalizarían pronto, pero adecuadamente. Utilizamos algunas de las mejores variables predictivas que se encuentran en la literatura sobre estos tratamientos, tales como variables demográficas –edad, educación, sexo y situación socioeconómica y variables relacionadas con el problema– tipo, duración y gravedad del caso. No pudimos predecir con éxito que un 40% de los pacientes terminaría prematuramente. Al utilizar variables relacionadas con el estudio, como el *Cuestionario del estadio de cambio*, pudimos predecir estos abandonos con un 93% del precisión (Medeiros y Prochaska, 1990).

No existe ninguna prueba en el modelo de los estadios de cambio que indique qué individuos en fase precontemplativa progresarán hacia el siguiente estadio de cambio. De hecho, observamos que de los casi 200 individuos en estadio precontemplativo que fueron observados cada seis meses durante dos años, dos tercios, aproximadamente, permanecieron todo el tiempo en el estadio de *precontemplación* (Prochaska, DiClemente, Velicer, Rossi y Guadagnoli, 1989).

La Figura 3 muestra una gráfica de los procesos de cambio utilizados por los contempladores que progresaron linealmente hasta la *actuación* y el *mantenimiento*, sin presentar recaídas, durante los dos años que duró el estudio de autoayuda. La confianza aumenta, la tentación se reduce, los incentivos del fumar disminuyen, la *actuación* se intensifica y la *contemplación* disminuye. Si pudié-

ramos reclutar más individuos con estas características para nuestros estudios de intervención, podríamos quedarnos con los modelos lineales de cambio que transforman a los fumadores en no fumadores de forma directa, drástica y discreta. El problema es que sólo 9 de cada 180 contempladores, es decir un 5%, siguió este patrón ideal de cambio (Prochaska y col., 1989).

Un modelo en espiral es la forma más apropiada de representar cómo cambian la mayoría de las personas con el tiempo. La Figura 4 ilustra cómo progresan la mayor parte de los individuos con problemas de conducta adictiva desde la *precontemplación* a la *contemplación* y a la *actuación*. La mayoría, recae alguna vez en algún momento del ciclo. Afortunadamente, una gran parte de los pacientes que recaen no abandonan su intento, sino que se reciclan a partir del estadio de *contemplación* y se preparan para una *actuación* posterior. El patrón en espiral indica que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída.

En 1971, Hunt, Barnett y Branch demostraron que, con un amplio abanico de terapias, entre el 70 y el 80% de los alcohólicos, de los adictos a la heroína y de los fumadores de cigarrillos, recaían dentro del primer año de tratamiento; se han encontrado resultados similares con individuos obesos (Olcott, 1985). Así pues, la recaída es la norma más que la excepción.

No obstante, la mayoría de los individuos no abandonan después de una recaída. En un estudio longitudinal efectuado con 886 sujetos que siguieron un programa de autoayuda en que estaba representado cada estadio de cambio, el 84% de los que recayeron volvió al estadio de *contemplación* y reconsideró seriamente dejar el hábito dentro del mismo año. En lugar de abandonar para evitar más fracasos, la mayoría de fumadores vuelven a entrar en el ciclo empezando por el estadio de *contemplación*. Por lo general, los que participan en programas de autoayuda realizan tres revoluciones importantes a lo largo de los estadios de cambio antes de poder pasar a una vida relativamente libre de tentaciones de fumar (Marlatt, 1986; Prochaska y DiClemente, 1983b; Schacter, 1983).

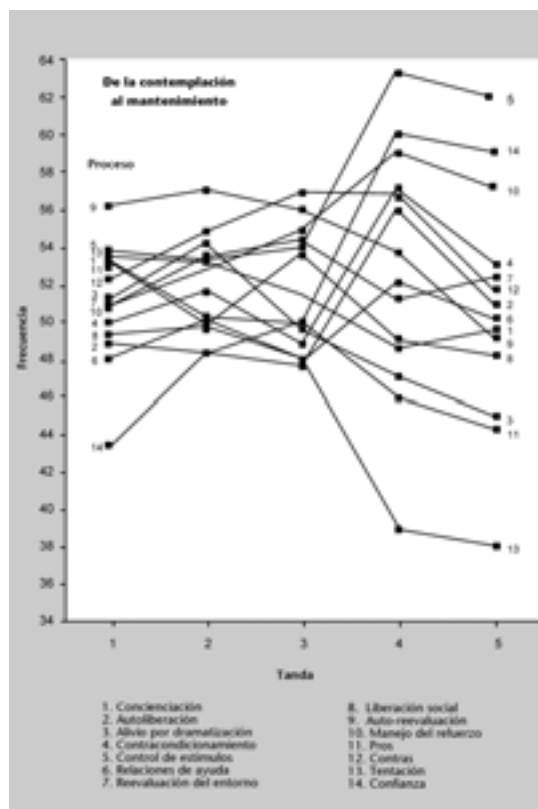


Figura 3. Cambios en 14 variables-procesos en cinco tandas de seis meses de seguimiento de fumadores que progresan desde el estadio de *contemplación* al de *mantenimiento*.

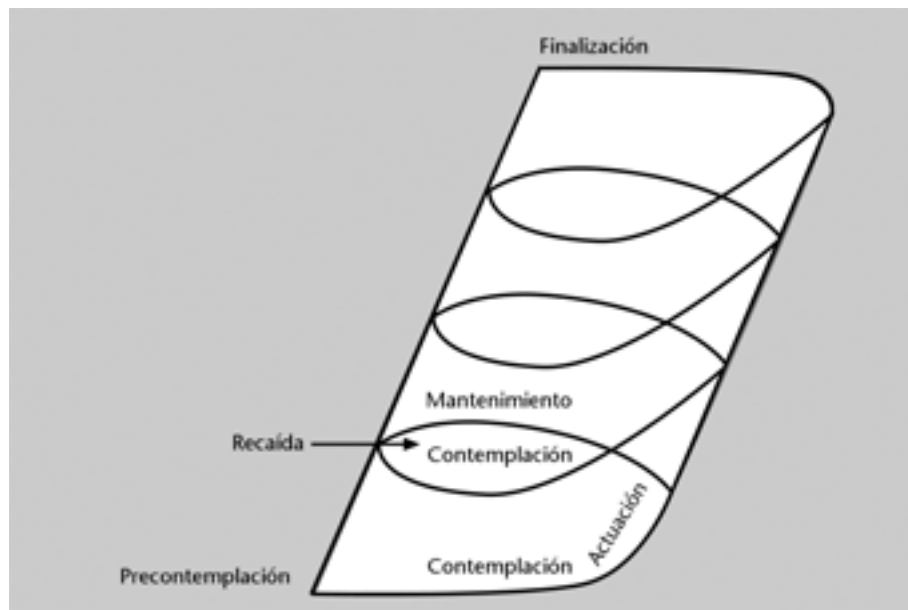


Figura. 4. Un modelo de cambio en espiral.

Por desgracia, existen individuos que no se desembarazan nunca de sus conductas adictivas. Algunos sujetos se estancan en estadios concretos de cambio. De un grupo de 113 individuos que contemplaban la posibilidad de abandonar del tabaquismo, casi un tercio no pudieron pasar a la *actuación* después de estar dos años en el estadio de *contemplación* (Prochaska y DiClemente, 1983).

El tratamiento de las conductas adictivas avanza suavemente si paciente y terapeuta se centran en el mismo estadio de cambio. Focos de resistencia durante la terapia se presentan cuando el paciente y el terapeuta trabajan en distintos estadios de cambio. Un terapeuta muy directivo y orientado a la actuación se encontrará con pacientes que, en el estadio de contemplación, son muy resistentes a la terapia. Desde la perspectiva del paciente, el terapeuta se mueve demasiado rápido. Por otra parte, un terapeuta especializado en la contemplación y la comprensión tenderá a considerar al paciente preparado para actuación, pero que no la consigue, como resistente a los aspectos de *insight* de la terapia. El paciente recibirá la advertencia de que está actuando impulsivamente. Desde el punto de vista del paciente, el terapeuta se está moviendo demasiado despacio. Tanto los terapeutas como los pacientes pueden estancarse en un estadio de cambio determinado.

2. Procesos de cambio

¿Qué hacen los individuos para avanzar desde un estadio de cambio al siguiente? ¿Cuáles son los procesos básicos que se utilizan con éxito para finalizar el ciclo del cambio? Un análisis comparativo de 29 de sistemas terapéuticos reveló la existencia de diez procesos básicos de cambio (Prochaska, 1984). El enfoque transteórico asume que la integración de diversos sistemas terapéuticos puede producirse más fácilmente a un nivel analítico, situado entre las asunciones teóricas y las técnicas terapéuticas, es decir, al nivel de los procesos de cambio. Es interesante destacar la sugerencia de Goldfried (1980, 1982) en el sentido de que los principios o procesos de cambio constituyen el punto de inicio teórico apropiado para que se produzca una integración.

Los procesos de cambio representan un nivel medio de abstracción entre las presunciones teóricas básicas de un sistema terapéutico y las técnicas propuestas por la teoría. Un proceso de cambio consiste en una actividad iniciada o experimentada por un individuo, que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales. Existen diversas actividades de afrontamiento, pero el número de procesos que representan los principios básicos del cambio subyacentes a estas actividades es limitado. Por ejemplo, la concienciación es el proceso de cambio utilizado más ampliamente en el contexto de los diversos sistemas terapéuticos. Algunas de las técnicas utilizadas para concienciar a los pacientes respecto de sí mismos y de sus problemas son interpretativos educativos, de confrontación, de observación, interpretativas y de vídeo *feedback*.

La Tabla 1 refleja los diez procesos de cambio que han recibido mayor apoyo teórico y empírico en el trabajo que hemos realizado hasta la fecha con las conductas adictivas (Prochaska y col., 1988). Estos procesos básicos de cambio no han sido identificados solamente en análisis teóricos y empíricos de los mejores sistemas terapéuticos (Prochaska y DiClemente, 1984), sino que también se han identificado en estudios retrospectivos, transversales y longitudinales de programas de autoayuda (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1985).

En varias áreas problema, como en el malestar psíquico, el tabaquismo y el control del peso, se ha encontrado un grupo común de procesos de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986). En cada área problema, este grupo de procesos es responsable de casi el 70% de la varianza, según se comprobó con un análisis del componente principal del *Cuestionario de los procesos de cambio*. Las semejanzas entre las distintas áreas problema no consistían únicamente en el grupo de procesos de cambio, sino que también se encontraron similitudes importantes en la frecuencia del uso de estos procesos la base de la frecuencia con que se utilizan en cada uno de estos tres problemas conductuales, la ordenación resultó ser prácticamente idéntica. Por ejemplo, las relaciones interpersonales de ayuda, el aumento de la concienciación y la autoliberación fueron los tres procesos situados en primer lugar, mientras que el reforzamiento y el control de estímulos ocupaban la situación más retrasada.

Tabla 1

Procesos de cambio en el enfoque transteórico

1.	Concienciación
2.	Autoliberación
3.	Liberación social
4.	Contracondicionamiento
5.	Control de estímulos
6.	Auto-reevaluación
7.	Reevaluación del entorno
8.	Manejo de contingencias
9.	Alivio por dramatización
10.	Relaciones de ayuda

Sin embargo, existen algunas diferencias significativas en la frecuencia absoluta del uso de los procesos de cambio en las distintas áreas problema. Los individuos se sirven más de las relaciones interpersonales de ayuda o apoyo y de la concienciación para superar el malestar psíquico, que para lograr el control de peso o para abandonar el hábito tabáquico. Los sujetos con problemas de control de peso se apoyan más en la autoliberación y en el control de estímulos que los sujetos con distrés psíquico. Las investigaciones realizadas hasta la actualidad indican que existe un grupo de procesos de cambio común utilizado por todos los individuos que intentan superar problemas como el distrés psíquico y las conductas adictivas.

La mayoría de los sistemas de psicoterapia subrayan especialmente dos o tres procesos de cambio (Prochaska, 1984). Sin embargo, tanto los pacientes que siguen tratamiento como los sujetos que cambian por sí mismos, utilizan de ocho a diez procesos de cambio (Norcross y Prochaska, 1986a y b). Una de las aseveraciones del enfoque transteórico es que los terapeutas son, por lo menos, tan complejos a nivel cognitivo como sus clientes. Por consiguiente, deberían poder pensar e intervenir en función de procesos de cambio más globales.

3. Integración de los estadios y procesos de cambio

Uno de los hallazgos más útiles surgido a partir de nuestras investigaciones con individuos que cambian por sí mismos y con los cambios se utilizan unos procesos en particular (Prochaska y DiClemente, 1983; DiClemente y col., en prensa). La integración

de los estadios y procesos de cambio podrá, pues, servir de guía para los terapeutas. Una vez se conozca en qué estadio de cambio se encuentra un paciente determinado, el terapeuta sabrá qué procesos debe aplicar para ayudarlo a avanzar hacia el siguiente estadio. En lugar de aplicar los procesos de cambio

de una forma fortuita, o según una técnica de ensayo y error, los terapeutas podrán aplicar los mismos de un modo mucho más sistemático.

En la Tabla 2 se muestra un diagrama que refleja la integración entre los estadios y los procesos que encontramos en nuestros estudios de investigación (Prochaska y DiClemente, 1983; DiClemente y Prochaska y col., en prensa). Durante el estadio de *precontemplación*, la utilización de los procesos de cambio es significativamente menor que en los demás estadios. Los precontempladores suelen acudir a la terapia porque reciben presión de sus cónyuges, padres, superiores, maestros o jueces. Es innecesario subrayar el alto riesgo de abandono en estos casos (Medeiros y Prochaska, 1990), aún cuando estos sujetos necesitan un tratamiento más intenso que los que se encuentran en otros estadios más avanzados. Los precontempladores procesan menos cantidad de información relacionada con sus problemas; invierten menos tiempo energía en su propia reevaluación; experimentan menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de sus problemas; tienen una actitud menos abierta con sus allegados en relación a sus problemas; y realizan muy poco esfuerzo para dirigir la atención a su entorno y hacia la superación de sus problemas. En el contexto terapéutico, suelen presentar resistencia a los esfuerzos del terapeuta para ayudarles a cambiar.

¿Qué puede hacerse para ayudar a estas personas a moverse del estadio de *precontemplación* al de *contemplación*? La Tabla 2 sugiere varios procesos de cambio útiles en estos casos. En primer lugar, las intervenciones encaminadas a conseguir un aumento de la concienciación, como las observaciones, las confrontaciones y las interpretaciones, pueden despertar la conciencia de los pacientes ante su conducta adictiva. Pero los precontempladores se caracterizan por una tendencia a la defensa y a la resistencia, capaz de impedir el aumento de la concienciación respecto de las consecuencias nocivas de su conducta adictiva a corto y a largo plazo. Con frecuencia, el primer paso debe dirigirse a poner en evidencia la presencia de estas defensas antes de demostrarles el motivo de su resistencia.

Tabla 2

Procesos	Estadios				
	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Actuación	Mantenimiento
Aumento de la concienciación					
Alivio por dramatización					
Reevaluación ambiental					
Auto-reevaluación					
Autoliberación					
Manejo de Contingencias					
Relaciones de ayuda					
Contracondicionamiento					
Control de estímulos					

Otra forma de llegar a los pacientes es a través de las experiencias de alivio obtenidas mediante la dramatización. Las experiencias de tipo afectivo, como por ejemplo las utilizadas en el psicodrama o en las técnicas de *gestalt* (entre ellas la de la silla vacía), despiertan emociones relacionadas con las adicciones. Los acontecimientos vitales estresantes también pueden alterar el estado emocional de los adictos; por ejemplo, la enfermedad o la muerte de un amigo o de un ser querido, sobre todo si estos sucesos están relacionados con la ingesta de drogas.

Los individuos en estadio de *contemplación* suelen utilizar con más frecuencia las intervenciones tipo biblioterapia u otras intervenciones educativas. A medida que los pacientes se vuelven más conscientes de sí mismos y de la naturaleza de sus problemas, adquieren mayor libertad para auto-reevaluarse a nivel afectivo y cognitivo. La auto-reevaluación incluye un análisis de los valores que los individuos intentarán hacer realidad respecto de los que se pondrán en acción. Los pacientes deben también evaluar los valores que dejarán extinguir. Cuanto más nucleares, respecto a sí mismos, sean sus problemas conductuales, mayor será la probabilidad de que sus reevaluaciones conlleven cambios en su propia percepción. Los sujetos se preguntan, “¿Me gustará más cuando deje de beber o de fumar? ¿Seré mejor aceptado por las personas que me importan? ¿Qué ocurrirá si después del cambio me convierto en una persona más ansiosa o irritable? Si la comunidad en que me muevo está compuesta principalmente por bebedores o toxicómanos, ¿estoy arriesgándome a su rechazo? Si fracaso en el intento de cambiar, ¿me sentiré coaccionado, culpable o débil?”

Los individuos en estadio de *contemplación* también reevalúan los efectos de sus conductas adictivas con respecto a su entorno, sobre todo en relación a las personas importantes para ellos. ¿Qué pienso y cómo me siento con respecto a vivir en un entorno que se deteriora y que me coloca a mí y a mi familia en una situación de mayor riesgo de enfermedad, muerte, pobreza o encarcelamiento? En el caso de algunas conductas adictivas, como la adicción a la heroína, los efectos inmediatos sobre el entorno son mucho más reales. En el caso de otras adicciones, como el tabaquismo, debe prestarse mayor atención a los efectos a largo plazo, como por ejemplo poner a los hijos de los fumadores o a sus animales domésticos en una situación de mayor riesgo para sufrir determinadas patologías como pueden ser las enfermedades respiratorias a una edad temprana.

El paso de la *precontemplación* a la *contemplación* y el progreso dentro del estadio de *contemplación* conlleva un mayor uso de los procesos de cambio cognitivos, afectivos y de evaluación. La preparación de los individuos para la *actuación* requiere cambios en la forma de pensar y de sentir en relación a su conducta adictiva y en la valoración de sus estilos de vida.

Algunos de los cambios se mantienen durante el estadio de *preparación*. Simultáneamente, los sujetos empiezan a dar algunos pasos hacia la *actuación*. Es posible que utilicen procesos de contracondicionamiento y de control de estímulos para empezar a reducir la utilización de las sustancias adictivas. El punto más importante es que el uso de la sustancia se vaya considerando en mayor medida bajo control propio que bajo control biológico.

Durante el estadio de *actuación* es importante que los individuos actúen para autoliberarse (Prochaska y DiClemente, 1983). Necesitan creer que poseen la autonomía necesaria para cambiar sus vidas en los aspectos clave. Por otra parte, deben aceptar que la coacción forma parte de la vida tanto como la autonomía. En consecuencia, si cometen un fallo durante la *actuación* y lo atribuyen totalmente a su falta de voluntad, ex-

perimentarán sentimientos de culpa o de vergüenza que pueden impedir que vuelvan a iniciar dicho estadio de *actuación*. Si, por el contrario, atribuyen todos sus logros a los terapeutas o a las relaciones interpersonales de ayuda, corren el riesgo de depender excesivamente de ellos.

La autoliberación se fundamenta, parcialmente, en la sensación de autoeficacia (Bandura, 1977; 1982), la creencia de que los propios esfuerzos representan un papel crítico en la superación del problema aún cuando se enfrenten a situaciones difíciles. Sin embargo, la autoliberación no tiene solamente un fundamento afectivo y cognitivo. La utilización de procesos conductuales, tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos, puede también ser suficiente para que los individuos modifiquen el estímulo condicionado que les empuja a la recaída (Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpel y Norcross, 1985).

Los terapeutas pueden analizar hasta qué punto los sujetos son capaces de aplicar procesos como el control de contingencias y el control de estímulos. También pueden proporcionar entrenamiento en los procesos conductuales para aumentar las probabilidades de éxito de los pacientes en su inicio de la *actuación*. A medida que se avanza en el estadio de *actuación*, los terapeutas se erigen en consultores de los pacientes que cambian por sí mismos, contribuyendo a identificar cualquier error en los intentos de modificación de la conducta y del entorno en un sentido más libre y sano.

Dado que la *actuación* es un estadio de cambio especialmente estresante y conlleva la posibilidad de que se experimenten sentimientos de coacción, culpa, fracaso y limitación de la libertad personal, los individuos presentan una necesidad especial de apoyo y de comprensión a nivel de sus relaciones interpersonales (Prochaska y DiClemente, 1983). Para los pacientes, el inicio de la *actuación* suele significar el enfrentamiento al riesgo del rechazo. El hecho de contar, por lo menos, con una persona que se preocupa por ellos y que se ha comprometido a ayudarles, les descarga de parte del malestar y de la amenaza que representa el inicio de la *actuación* como un proceso que puede producir cambios en sus vidas.

Del mismo modo que la *preparación* para la *actuación* es básica para el éxito, también lo es la *preparación* para el *mantenimiento*. El éxito en el *mantenimiento* se construye a partir de cada uno de los procesos previos. Sin embargo, la preparación específica para el *mantenimiento* conlleva una evaluación abierta de las condiciones bajo las cuales el individuo tiene mayor probabilidad de recaer. Los sujetos necesitan valorar las alternativas de que disponen para afrontar dichas condiciones sin que resurjan las defensas autodestructivas y los patrones patológicos de respuesta. Es posible que lo más importante sea la sensación de que uno se está convirtiendo progresivamente en el tipo de persona que desea ser. La eficacia de la continuidad en la aplicación de las técnicas de contracondicionamiento y de control de estímulos depende de la convicción de que el cambio producido revierte en una mejor valoración del individuo, tanto por sí mismo, como por parte de un ser querido, por lo menos. ¿Cuánto tiempo dura el *mantenimiento*? Para algunos individuos con problemas como el alcoholismo, la obesidad y la esquizofrenia, puede prolongarse toda una vida. Para otros con problemas como el tabaquismo y determinados trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, es posible que una vez superados sus problemas no tengan que hacer nada para evitar las recaídas.

El criterio que se sigue para decidir si se ha alcanzado la superación del problema es que la persona consiga un estado de máxima autoeficacia o de confianza y que las tentaciones sean

mínimas al enfrentarse al problema conductual, en todas las situaciones que previamente representaban un riesgo. Muchos fumadores llegan a un punto en el que no experimentan ningún deseo de fumar, la confianza en que no volverán a fumar es total y manifiestan que no les es necesario esforzarse para evitarlo. ¿Cuánto se tarda en completar el estadio de *mantenimiento*? Anteriormente creíamos que para un fumador, una abstinencia continuada durante 12 meses significaba que estaban libres de su hábito. Actualmente sabemos que incluso después de un año sin fumar, el 37% de los exfumadores recae en el hábito regular en algún momento de sus vidas. El riesgo de recaída, una vez pasados 5 años de abstinencia, desciende al 7% (USDHHS, 1990). Por lo tanto, el estadio de *mantenimiento* tiene una duración comprendida entre los 6 meses y los 5 años posteriores al inicio de la actuación.

4. Modelo del equilibrio en la toma de decisiones

En nuestra investigación hemos utilizado el modelo de toma de decisiones de Janis y Mann (1977) para comprender mejor la forma cómo cambian los individuos. Janis y Mann postularon ocho categorías en relación a la toma de decisiones. 1. Beneficios instrumentales para uno mismo. 2. Beneficios instrumentales para los demás. 3. Aprobación por parte de uno mismo. 4. Aprobación por parte de los demás. 5. Costes instrumentales para uno mismo. 6. Costes para los demás. 7. Desaprobación por parte de uno mismo. 8. Desaprobación por parte de los demás.

Cuando comprobamos la validez de este modelo en áreas problema como por ejemplo el tabaquismo, el control de peso y la entrada en un programa terapéutico, sólo observamos claramente la existencia de dos categorías principales. Aparentemente, las personas sólo discriminan entre los pros y los contras de una decisión, lo cual facilita mucho nuestras evaluaciones. Los pros y los contras son factores ortogonales o independientes, lo que significa que los individuos pueden puntuar alto en uno y bajo en el otro, alto en ambos o bajo en los dos.

Se construyó una medida del equilibrio de la toma de decisiones en relación al abandono del tabaquismo con el fin de evaluar los pros y los contras del hábito de fumar en cada uno de los estadios de cambio (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985). Los pros y los contras tienen una gran importancia en los estadios de *precontemplación*, *contemplación* y *preparación*. En el estadio inicial de la *precontemplación*, existen más pros que contras para fumar. A medida que los individuos pasan del estadio de *precontemplación* a estadios más avanzados, se va estrechando la diferencia entre los pros y los contras, hasta acabar invirtiéndose. Sin embargo, durante los estadios de *actuación* y de *mantenimiento*, el equilibrio en la toma de decisiones tiene menos importancia como predictor de éxito (Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil y Norcross, 1985).

La relación entre los pros y los contras en los diferentes estadios resulta muy interesante. El patrón observado a medida que se pasa de un estadio a otro es muy revelador. Los pros para fumar se mantienen bastante altos en los tres primeros estadios del cambio. Durante los estadios finales de *preparación* y de *actuación*, los pros van perdiendo importancia. Por su parte, la importancia de los contras aumenta durante la *contemplación* hasta el punto que se iguala con los pros. En este momento, la toma de decisiones está en equilibrio, lo cual disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. En el estadio de *preparación*, los contras se mantienen más altos que los pros, pero la importancia de ambos es menor. Finalmente, al lograrse el mantenimiento del cese de la conducta adictiva, la importancia de la relación en-

tre estos factores es menor aunque se mantiene el equilibrio de la toma de decisiones contraria a fumar (DiClemente y Prochaska, 1985; Prochaska y col., en prensa).

5. Modelo de autoeficacia

Bandura (1986), llegó a la conclusión de que el pensamiento autorreferencial constituye un mediador importante entre el conocimiento y la acción. Las percepciones de la eficacia personal afectan las motivaciones y la conducta. En su teoría cognitiva social se defiende que las evaluaciones de la autoeficacia influyen en la elección, el esfuerzo dedicado, los pensamientos, las reacciones emocionales y la conducta ejecutada. En un trabajo previo, Bandura (1977) afirmó que la autoeficacia funciona como un elemento unificador esencial para entender el cambio conductual. La relación entre la autoeficacia y los estadios de cambio nos ha intrigado durante algún tiempo.

La aplicación de la teoría de la autoeficacia a las conductas adictivas no es una tarea simple (DiClemente, 1986). Con más frecuencia, se evalúan las respuestas de los sujetos a la valoración que realizan del grado de confianza respecto a su capacidad para abstenerse, evitar, reducir o controlar la conducta en el contexto de distintos estímulos relevantes. Las evaluaciones de la eficacia se relacionan más claramente con los problemas para lograr el mantenimiento o con los problemas de las recaídas en estas conductas (Marlatt y Gordon, 1985; Donovan y Marlatt, 1988). Se ha hallado una relación entre las evaluaciones de la eficacia y el mantenimiento con éxito del abandono del tabaquismo (DiClemente, 1981; Conditte y Lichenstein, 1981) así como del alcoholismo (Annis, 1986).

En nuestros estudios analizamos la autoeficacia pidiendo a los sujetos que puntúen el grado de confianza que tienen en sí mismos para conseguir mantenerse abstinentes del tabaco o del alcohol, en diversas situaciones y experiencias susceptibles de precipitar una recaída. La ordenación se realiza en una escala de cinco puntos de Likert y se suma en cada situación de riesgo para obtener una medida global de la autoeficacia en la abstinencia. Por otra parte, creemos que es inadecuado realizar una valoración de la eficacia sino se ha puntuado previamente la importancia de cada una de estas situaciones. Por ello, incluimos una escala similar de cinco puntos para evaluar la magnitud de la tentación de fumar o beber en cada situación. Posteriormente, utilizamos las puntuaciones obtenidas en autoeficacia y en magnitud de la tentación, cuando examinamos la relación existente entre la eficacia y los estadios del cambio (DiClemente, y col., 1985; Prochaska y col., en prensa; DiClemente y Hughes, 1990).

A lo largo de los estadios de cambio se encuentra una variación significativa en las puntuaciones de la eficacia, siendo los *precontempladores* los que refieren los niveles más bajos de eficacia y los *mantenedores* los más altos. La evaluación de la eficacia tiene una implicación distinta en los primeros estadios de cambio cuando los individuos todavía no se han comprometido a actuar y no reciben el *feedback* de la modificación para aplicarlo a su autoevaluación. En el caso de los *precontempladores* es difícil interpretar la eficacia en la abstinencia. Bajas puntuaciones en autoeficacia en este grupo de su incapacidad y de falta de voluntad. En el estadio de *actuación*, los individuos son más capaces de evaluar directamente su capacidad y grado de confianza.

La relación entre tentación y eficacia aporta una información adicional que es específica de cada estadio. La puntuación en la magnitud de la tentación es inversamente proporcional a la evaluación de la eficacia y entre ellas existe una correlación

considerable (-0,60). Tal como se vio con los pros y los contras, la eficacia y la tentación interaccionan a lo largo de los estadios de cambio. En el estadio de *precontemplación*, existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la magnitud de la tentación, este desnivel se reduce en los estadios de *contemplación* y de *preparación*. A medida que los individuos entran en el estadio de la *actuación*, el equilibrio entre la tentación y la eficacia se va haciendo más precario, ya que la eficacia aumenta drásticamente y la tentación disminuye de forma gradual. En el *mantenimiento*, se invierte el patrón de la *precontemplación* y la tentación disminuye totalmente, mientras que la eficacia alcanza su punto máximo y se mantiene elevada (DiClemente, 1986; Prochaska y col., en prensa).

La covarianza de la eficacia y la tentación aporta una información importante en relación a las diferencias dentro de los estadios o entre ellos. La agrupación por estadios de cambio de los pacientes alcohólicos en tratamiento ambulatorio puso de manifiesto diferencias interesantes en la autoeficacia para mantenerse abstinentes de alcohol. Los *precontempladores* manifestaron un mayor grado de confianza que de tentación a pesar de los graves problemas con el alcohol y de los síntomas de abstinencia. Este patrón difiere significativamente del que se encontró en los sujetos del programa de abandono del tabaquismo. Descubrimos un patrón que indicaba desesperación en los sujetos con un perfil de desaliento en su estadio. Este perfil se caracterizaba por niveles muy elevados de tentación y muy bajos de eficacia. En estos momentos estamos empezando a explorar el significado de estas diferencias en otro estudio amplio de escalas.

Se puede sentar la hipótesis de que la eficacia es un predictor de cambio. En nuestra investigación sobre los estadios para el abandono del tabaquismo, las evaluaciones de autoeficacia resultaron ser predictores bastante válidos del paso a los estadios de *actuación* y de *mantenimiento*, pero no del paso a los estadios previos (Prochaska y col., 1985). El movimiento desde los estadios de *precontemplación* y de *contemplación* parece estar relacionado con los procesos cognitivos y de toma de decisiones del cambio. Sin embargo, la predicción del movimiento de un estadio a otro, o de la evolución, es solamente una de las posibles relaciones predecibles.

De nuestro microanálisis de la relación existente entre la eficacia y los estadios surgió una interesante relación específica entre la eficacia y la actividad del proceso de cambio. Aparentemente, las evaluaciones de eficacia modulan el esfuerzo o la actividad de afrontamiento pero no lo hacen en un sentido unidireccional. Puntuaciones altas entre los sujetos en estadio de *precontemplación* y de *contemplación* correlacionaron con una mayor autoeficacia para abstenerse del tabaco presentaron correlación con una disminución de la actividad del proceso de cambio. En consecuencia, la eficacia influye en el esfuerzo realizado en procesos concretos de cambio, dependiendo hasta cierto punto de la posición dentro del estadio (DiClemente, y col., 1985).

Las evaluaciones de autoeficacia reflejan la posición dentro de cada estadio y pueden ayudarnos a entender algunos aspectos del potencial de cambio que posee un individuo determinado. De todos modos, la capacidad predictiva de la autoeficacia es mucho más marcada en los estadios finales del cambio que en los iniciales. Por ello, las evaluaciones de eficacia pueden ser predictoras de la conducta hacia el cambio únicamente cuando el individuo ya ha emprendido alguna acción. Antes del estadio de *actuación*, las evaluaciones de eficacia son menos precisas, o tienen menor relevancia. Tener en cuenta el estadio es importante para comprender la forma en que la percepción de la autoeficacia influye en el cambio de la conducta adictiva.

La información que hemos recogido hasta este momento revela que las evaluaciones de eficacia son tan específicas de cada estadio que los investigadores y los clínicos deben ser prudentes al valorar e interpretarlas en individuos situados en distintos estadios del cambio.

6. Predicción del cambio

Para predecir el avance desde un estadio al siguiente pueden utilizarse algunas variables clave, como los procesos de cambio, la autoeficacia, la tentación y el equilibrio en la toma de decisiones. En un estudio longitudinal, de dos años de duración, con 886 sujetos en proceso de autocambio, se encontraron seis funciones discriminantes que predecían significativamente el movimiento para los grupos de *precontemplación*, *contemplación*, *actuación* y estadios de *recaída* (Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpil y Norcross, 1985). Los sujetos que abandonaron la conducta adictiva durante un tiempo largo, representantes del estadio de *mantenimiento*, no sufrieron las recaídas suficientes para entrar en el estudio. Las funciones discriminantes predijeron el progreso en un período de 6 meses. Las variables que entraron en las funciones incluían los diez procesos de cambio, la autoeficacia y las medidas de tentación y de equilibrio en la toma de decisiones.

Las seis funciones discriminantes no sólo fueron, también, estadísticamente significativas sino que tuvieron un significado práctico considerable. Todas estas funciones estaban definidas por variables abiertas al cambio. No se definían por variables estáticas tales como el sexo, la edad o la historia del hábito. Estas variables predictivas no tan sólo son susceptibles de modificación sino que pueden estar sometidas al autocontrol, sin que dependan necesariamente de la intervención profesional.

Cuando se utilizaron como predictores las variables estáticas como la edad, la educación, los ingresos económicos, la historia de tabaquismo, las antecedentes familiares, las razones para fumar, los síntomas de abstinencia y los problemas de salud, los resultados fueron mucho menos significativos. De las 17 variables predictivas utilizadas en esta investigación, casi dos tercios no demostraron una relación significativa con el cambio conductual (Wilcox, Prochaska, Velicer y DiClemente, 1985). No se encontró ninguna función discriminante que predijera el cambio a partir del estadio de *contemplación*. Se encontraron tres variables que predijeron el cambio desde el estadio de *precontemplación* 1. Mayor número de problemas de salud. 2. Moderación en la cantidad cotidiana de tabaco fumado. 3. Hábito de menos años de duración. La segunda función significativa indicaba que después de una recaída, los individuos con un nivel de educación más alto y con mejores ingresos económicos se sentían más inclinados a volverlo a dejar. La tercera función discriminante indicaba que los sujetos que fuman menos desde menos tiempo, tienen mayor probabilidad de mantenerse abstinentes o de tomar una acción posterior que los fumadores empedernidos.

7. Niveles de cambio

Hasta ahora hemos expuesto solamente el enfoque de un problema de adicción único y bien delimitado. Se ha discutido un modelo bidimensional que implica los estadios y procesos de cambio que se aplican a una sola conducta adictiva. Sin embargo, la realidad no es tan sencilla y la conducta humana no consiste en un proceso tan simple. Aunque podamos identificar y aislar algunas conductas adictivas, la verdad es que éstas se producen en el contexto de unos ni-

veles interrelacionados de la actividad humana. La tercera dimensión esencial del enfoque transteórico incide en este aspecto. La dimensión de los *niveles de cambio* representa una organización jerárquica en cinco niveles distintos, interrelacionado, de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados. Estos niveles son:

1. Síntomas / situación
2. Cogniciones desadaptativas
3. Conflictos actuales interpersonales
4. Conflictos de familia / sistemas
5. Conflictos intrapersonales

Tradicionalmente, cada sistema psicoterapéutico ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles y ha centrado su atención en la resolución de los mismos. Los conductistas se han centrado en los determinantes sintomáticos y situacionales; los terapeutas cognitivos en las cogniciones desadaptativas; los terapeutas familiares en el nivel de familia / sistema y los psicoanalistas en los conflictos intrapersonales. Nos parece esencial, para el proceso de cambio, que tanto los terapeutas como los pacientes se pongan de acuerdo en el motivo a que atribuyen el problema y en el nivel o niveles que desean trabajar para cambiar la conducta patológica. En lo que concierne a los estadios equiparables, es de una importancia extrema llegar a un acuerdo implícito con el paciente sobre el nivel, o niveles, apropiados para el trabajo terapéutico, si se desea que éste funcione adecuadamente.

En el enfoque transteórico preferimos intervenir, en un principio, en el nivel síntoma / situación porque el cambio suele ser más rápido en este nivel de problemas, más consciente y contemporáneo y además, porque este nivel suele representar la razón principal por la que el individuo acude a la terapia. Por otro lado, también la mayoría de sujetos que cambian por sí mismos, prefieren intervenir inicialmente en el nivel síntoma / situación. A medida que nos vamos centrando en un punto de la jerarquía más bajo, más se alejan los determinantes del problema de la conciencia del individuo. Al avanzar hacia niveles más bajos, nos encontramos con determinantes que pertenecen a momentos más alejados en la historia del individuo y el problema se encuentra más interrelacionado con la percepción de uno mismo. En consecuencia, podemos predecir que cuanto más profundo sea el nivel que debe ser cambiado, más larga y compleja será la intervención terapéutica y mayor la resistencia por parte del paciente (Prochaska y DiClemente, 1984). Debemos añadir que los niveles mencionados no están separados completamente unos de otros. Es probable que el cambio en uno de los niveles produzca un cambio en los otros. Los síntomas suelen relacionarse con conflictos intrapersonales. Las cogniciones desadaptativas suelen reflejar las creencias o normas de la familia / sistema.

En el enfoque transteórico, el terapeuta se encuentra preparado para intervenir en cualquiera de los cinco niveles de cambio, aunque prefiera empezar por el nivel más simple, consciente y actual, que pueda estudiar mediante la valoración y el juicio clínico.

En resumen, según el enfoque transteórico, un tratamiento global consiste en la aplicación diferencial de los procesos de

cambio en cada uno de los cuatro estadios dependiendo del nivel de problema que está siendo tratado. La integración de los niveles con los estadios y procesos de cambio permite la aplicación de un modelo de intervención jerárquica y sistemática en el contexto de un amplio abanico terapéutico. La Tabla 3 muestra un resumen de la integración de los niveles, de los estadios y de los procesos de cambios.

Tres son las estrategias básicas que pueden utilizarse para intervenir en múltiples niveles de cambio. La primera, consiste en una estrategia de *cambio de niveles*. De entrada, la terapia se centrará en los síntomas del paciente y en las situaciones que mantienen estos síntomas. Si los procesos pueden aplicarse eficientemente en el primer nivel y el paciente progresa hacia los siguientes estadios de cambio, la terapia podrá completarse sin necesidad de trasladarse a un nivel más complejo de análisis. Si este enfoque no es eficaz, la terapia deberá trasladarse a otros niveles de la secuencia para poder alcanzar el cambio deseado. La estrategia del cambio de un nivel más alto a uno más profundo se ilustra en la Tabla 3 mediante las flechas que atraviesan primero un nivel y prosiguen hacia el siguiente.

La segunda estrategia es la del *nivel clave*. Si la evidencia disponible apunta a un nivel clave de causalidad de un problema y el paciente se compromete a trabajarlo, el terapeuta deberá ocuparse casi exclusivamente de este nivel.

La tercera alternativa es la estrategia de *impacto máximo*. En algunos casos clínicos complicados, es evidente la implicación de múltiples niveles como causa, efecto o mantenimiento de los problemas de los pacientes. En este caso, se crean unas intervenciones encaminadas a tratar múltiples niveles de cambio para conseguir el máximo impacto, de una forma sinérgica en lugar de secuencial.

¿Qué es lo que hace mover a las personas del estadio de *precontemplación* al de *contemplación*? ¿Por qué razón los individuos se hacen conscientes de que determinados patrones de conducta previamente aceptados, son ahora problemáticos o patológicos? Con el fin de responder a estas preguntas tan importantes, hemos tenido que ir más allá de los datos obtenidos con la investigación y apoyarnos más en la experiencia clínica y en la teoría (Prochaska y DiClemente, 1984).

Proponemos que el progreso desde el estadio de *precontemplación* al de *contemplación* se debe a cambios, ya sean del desarrollo o ambientales, que se producen a lo largo de la vida de un individuo. Muchas personas empiezan a considerar la posibilidad de cambiar debido a los procesos evolutivos de su vida. Tal como sugieren Levinson y colaboradores (1978) en su trabajo *Las estaciones de la vida de un hombre*, muchas personas se sienten bastante satisfechas con su cónyuge durante la década de los 20 años. Sin embargo, cuando entran en la década de los 30, empiezan a sopesar la posibilidad de cambios radicales en sus matrimonios. Del mismo modo, muchos fumadores empiezan a pensar en dejar de fumar a medida que se acercan a la edad de los 40 años y aumenta la sensación del enfrentarse con una vida finita. No es una coincidencia que los sujetos incluidos en nuestra investigación que cambiaron y que obtuvieron la mayor tasa de éxito en el cese de su hábito tenían una edad media de 39 años cuando decidieron emprender la acción. Desde el punto de vista del desarrollo, la edad de los 40 años es el momento en el que muchas personas examinan sus vidas y deciden que es necesario realizar cambios.

Tabla 3

Niveles x Estadios x Procesos de Cambio				
Estadios				
Niveles de mantenimiento	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Actuación
Sintomático/ situacional	Aumento de la concienciación Alivio por dramatización Reevaluación ambiental	Autorevaluación		
		Autoliberación		
		Manejo de contingencias		
		Relaciones de ayuda		
Cogniciones desadaptativas Conflictos intrapersonales Conflictos familiares Conflictos intrapersonales			Cogniciones desadaptativas Contracondicionamiento	

Aparentemente, otros individuos se preparan para el cambio por motivos no debidos al desarrollo interno sino a alguna modificación del entorno. Es probable que el cónyuge o uno de los hijos haya alcanzado un estadio nuevo del desarrollo y le pida o insista en que abandone la bebida. En otros casos, el sujeto se da cuenta de que su entorno ya no refuerza el consumo que hace de la droga sino que castiga de un modo sutil, o no tan sutil, su viejo hábito. En el medio ambiente se producen múltiples cambios que pueden estar relacionados con la conducta personal del individuo y que, en cualquier caso, pueden impulsarle a considerar seriamente el abandono de su conducta adictiva. Un ejemplo patético de este tipo de sucesos ambientales es el de un matrimonio que participaba en nuestra investigación junto con individuos que realizaban un autocambio. Ambos cónyuges eran fumadores empedernidos desde hacía 20 años. Un día, su perro murió de cáncer de pulmón. El marido dejó de fumar. La esposa compró otro perro.

Un punto teórico importante es que el cambio intencional, como el que ocurre en la terapia, es tan sólo una de las formas con que las personas cambian. También pueden cambiar debido a alteraciones del ambiente que les rodea o a la entrada en nuevas fases del desarrollo. El enfoque transteórico se centra principalmente en facilitar el *cambio intencional*, pero en el trabajo con los pacientes reconoce y, en ocasiones, se apoya en otros tipos de cambio. En cualquier caso, se acepta que si los cambios del desarrollo o del entorno no dan lugar al cambio intencional, los pacientes actúan bajo coacción y aumenta la probabilidad de que vuelvan a antiguos patrones conductuales una vez se elimina la noxa externa.

Por ejemplo, es típico que los individuos afectados de alcoholismo dejen de beber cuando sus cónyuges les amenazan con el divorcio. Una vez los cónyuges regresan al matrimonio y desaparece la coacción de la amenaza de divorcio, estos individuos tienen una gran probabilidad de recaer en el hábito alcohólico.

¿Cuáles son las circunstancias en las que los procesos del desarrollo o los cambios del entorno son capaces de actuar como influencias liberadoras que motiven nuestro deseo de

realizar un cambio intencional en nuestras vidas? ¿Bajo qué circunstancias experimentamos estos procesos como fuerzas coactivas que tratan de imponernos un cambio ante el que debemos resistirnos con todas nuestras energías? ¿Bajo qué condiciones los pacientes perciben la terapia como una influencia liberadora que les capacita para realizar un cambio intencional en sus vidas? ¿En qué circunstancias los sujetos perciben la terapia como una fuerza coactiva que les impone unos cambios ante los que deben resistirse con sus mejores mecanismos de defensa?

Los terapeutas contribuyen al avance de sus pacientes hacia el estadio de *contemplación* si pueden ayudarles a identificarse con la fuerza del desarrollo o del entorno en que están presionándoles para que cambien. Por ejemplo, los pacientes pueden tener ciertas dificultades para identificarse con el proceso del envejecimiento, en el contexto del desarrollo, a pesar de surgir del interior del individuo. El que la entrada en una nueva época de la vida se convierta en una crisis vital o en una oportunidad de crecimiento, depende de si se experimenta el envejecimiento como impuesto o como parte de uno mismo. La mayoría de nosotros reconoce el proceso mismo incluye volverse más independiente, maduro y adulto. En cambio, al llegar a la 40 o los 50 años, las personas experimentan el envejecimiento como una imposición, sobre todo en una sociedad que otorga mucha importancia a la juventud.

Los pacientes pueden resistirse a la coacción del proceso de envejecimiento de una forma autodestructiva. Es posible que nieguen cualquier problema potencial de salud mental o física para no tener que tomar en consideración el cambio en su deprimente conducta alcohólica. Es posible que tomen estimulantes para recobrar la energía de una juventud que se les escapa. Tal vez empiecen a tomar barbitúricos para dormir durante la noche. En otros casos, se enzarzan en relaciones sin sentido para no enfrentarse al hecho de que su impulso sexual ha disminuido. Algunos realizan gastos económicos excesivos como una negación del límite existente en sus vidas.

Estos mismos mecanismos autodestructivos pueden ser utilizados contra las presiones del entorno para el cambio. Un

paciente, cuyo nombre era Harold, había participado en una terapia de pareja durante tres meses en el momento en que dijo: "Todavía no sé por qué vengo aquí. Afronto perfectamente todas las situaciones estresantes de mi vida. Es mi mujer la que no puede afrontarlas, pero ella insiste en que yo acuda a la terapia o si no me dejará". Por supuesto, a su esposa no le sirvió de nada repetir por enésima vez que Harold había estado gastando dinero hasta llevarles casi a la bancarrota, que podía perder su trabajo por tercera vez en 4 años, que sus hijos le temían debido a la violencia de su temperamento y que ella estaba planteándose seriamente la separación ya que su marido dedicaba toda su energía al club de esquí y ninguna al matrimonio. Pero Harold no entendía a su mujer ni las razones que ella tenía para que cambiara. La percibía como una madre manipuladora que intentaba quitarles su libertad y su diversión.

¿De qué modo pueden intervenir los terapeutas para que los pacientes a la defensiva les consideren como una influencia liberadora en lugar de una fuerza coactiva? Es obvio que cuanto más se identifiquen los pacientes con el terapeuta y con los elementos de la terapia, más probable será que consideren a esta como una influencia liberadora. En especial con los *precontempladores*, la relación terapéutica se convierte en una precondición para el cambio ulterior. Es más fácil que se produzca una identificación con el terapeuta si el paciente está convencido de que éste se preocupa realmente por él. Es más fácil que se produzca esta identificación si el sujeto siente que el terapeuta está intentando comprender verdaderamente su experiencia, incluyendo su necesidad de defensa y su deseo de abrirse. La probabilidad de que la identificación sea mayor depende de que piense que el terapeuta se dedica a ayudarle de forma más conveniente para él y no para segundas partes como la justicia, la escuela, el patrono o el centro de salud mental.

La preocupación, la comprensión y el compromiso encaminados al bienestar de los pacientes son los valores básicos para que se produzca la identificación con la terapeuta. Los terapeutas se sienten más libres como tales, si son capaces de preocuparse, entender y comprometerse en el bienestar de sus clientes. Ciertamente, en ocasiones, los terapeutas pueden sentirse coaccionados por los fenómenos de contratransferencia o por otros tipos de presiones que no tienen que ver realmente con la necesidad del paciente sino con sus propias necesidades. También puede ocurrir que no comprendan realmente a su paciente sino que estén respondiendo a su propia proyección en él. La mayoría de terapeutas reconocen que existe una línea muy precisa entre la proyección y la empatía, ya que la empatía es la proyección correcta. Es necesario que los terapeutas se comprometan a dejar de lado sus propias necesidades y proyecciones problemáticas para identificarse adecuadamente con cada uno de sus pacientes.

Los pacientes deben sentir que su terapeuta tiene la libertad necesaria para identificarse con ellos antes de poderse identificar libremente con él. Si el paciente advierte que su terapeuta no puede identificarse con la situación debido a una falta de preocupación hacia él, porque no le comprende o porque no se dedica lo suficiente, es probable que decida abandonar el tratamiento antes de empezar. Los pacientes necesitan creer que el terapeuta puede identificarse con ellos del mismo modo a como lo haría con sus amigos y familiares, no como si fueran seres ajenos a su identidad. Si el sujeto piensa que el terapeuta no identifica con él por cuestiones de sexo o de grupo étnico, procedencia cultural, clase social u orientación sexual, no se sentirá libre durante la terapia. Es posible que el paciente evite a un terapeuta por miedo al riesgo de coacciones étnicas, de clase social o de orientación sexual.

A medida que se va desarrollando una identificación compartida entre el paciente y el terapeuta, aquel es más sensible a la influencia de este último. Los sujetos se sienten mucho más libres para responder al *feedback* y a la educación respecto a los aspectos alienados de sus vidas y están especialmente receptivos al procesamiento de la información procedente del terapeuta o de otras personas con las que tienen una relación de ayuda. Los terapeutas también se abren más a la influencia de sus clientes, de manera que realizan una formulación más favorable, susceptible de ser corregida por informaciones posteriores. De todos modos, nos centraremos en la forma en que los pacientes cambian durante la terapia y no en cómo cambian los terapeutas. Una relación de apoyo, como la relación terapéutica, otorga al individuo la libertad de procesar los acontecimientos del desarrollo o del entorno en una atmósfera amigable y no coactiva. Al bajar las defensas, los pacientes pueden empezar a verse a sí mismos más claramente. Entonces, pueden plantearse la posibilidad de realizar cambios intencionales en sus vidas sin sentirse totalmente presionados por los acontecimientos del desarrollo o del medio ambiente. Como ocurre con muchos otros cambios vitales, la entrada en el estadio de *contemplación* suele experimentarse como una combinación de coacción y de decisión libre.

Una vez los pacientes van entrando en el estadio de *contemplación*, su capacidad de introspección y de comprensión ha de ser crítica para que se mantenga el progreso. El hecho de que esta introspección sea histórico-genética, interactiva, cognitiva o situacional depende del nivel de cambio necesario. Para los sujetos que trabajan en el nivel síntoma / situación, es posible que lo único que necesiten sea un análisis funcional de los antecedentes y las consecuencias inmediatas de su trastorno conductual. Por otra parte, los clientes que están intentando cambiar unas relaciones interpersonales perturbadas deben profundizar en la naturaleza interactiva de sus problemas. Los que no se han liberado suficientemente de los vínculos de su familia de origen, o que están cargados de conflictos intrapersonales internalizados, tendrán que indagar en el interior de las causas histórico-genéticas de sus conflictos.

La introspección y la comprensión pueden convertirse en un proceso interminable, si los pacientes desean lograr un conocimiento completo de todas las influencias que actúan sobre ellos. Algunas personalidades muestran una propensión a estancarse en la contemplación prolongada de un problema. En particular, las personalidades obsesivas prefieren creer que si piensan en un tema el tiempo suficiente, conseguirán que desaparezca o bien alcanzarán el grado de comprensión suficiente como para poder solucionarlo. El individuo obsesivo no suele admitir que existen unos límites importantes para el pensamiento y que muchos problemas personales sólo pueden resolverse mediante compromisos más allá del razonamiento. El temor a enfrentarse con lo irracional puede mantener a un obsesivo buscando respuestas en su interior durante años, yendo de un libro a otro y de un terapeuta a otro. Por supuesto, algunos terapeutas tienen también el temor de comprometerse en la acción si no consiguen una comprensión obsesiva del problema de sus clientes.

El paso de la *contemplación* a la *preparación* conlleva una concienciación, un alivio drástico y una serie de procesos de reevaluación. Las intervenciones de concienciación, como las observaciones, las confrontaciones y las interpretaciones, adquieren su importancia máxima durante el estadio de *contemplación*. Las intervenciones afectivas, como las utilizadas en el psicodrama, la terapia gestáltica o en algunas terapias de grupo, pueden ayudar a los pacientes a experimentar de forma más directa algunas emociones que habían sido enmascaradas por sus adicciones. El acceso directo a la ira, a la ansiedad o a la tristeza puede ser, de entrada, un proceso doloroso, pero es-

tas emociones también pueden constituir una importante fuente de motivación entrar en acción. Las técnicas de clarificación de valores tienen su importancia en la preparación de los pacientes para el inicio eficaz de la acción. Ayudar a los clientes a trabajar en el equilibrio de la toma de decisiones permitirá, por ejemplo, discernir qué tipo de acción refleja con más probabilidad el tipo de persona que el sujeto quiere ser. En el momento en que los pros de una acción determinada superan claramente a los contras, se encuentran más predisuestos a pagar el precio subsidiario a un gran cambio en sus vidas.

Durante el estadio de *preparación*, los pacientes deben empezar a iniciar algunos pequeños pasos encaminados a la actuación. Estarán mejor preparados para emprender una acción importante si ya han empezado a reducir el uso de sustancias tóxicas, si tienden a retrasar la ingesta diaria, o si pueden controlarla. Los pequeños pasos como éstos, consiguen someter las conductas adictivas a un control más personal y menos biológico. El salto directo a la acción sin algunos pasos de preparación es equiparable a intentar correr una maratón sin haber corrido distancias más cortas previamente.

Cuando se trata de actuar, la adquisición o la utilización de determinadas habilidades es importante para el progreso terapéutico. Si el terapeuta es tan sólo eficiente en las intervenciones de concienciación, tales como las interpretaciones, el estadio de *contemplación* se alarga de una forma excesiva y obsesiva. La aplicación de técnicas conductuales como la exposición a estímulos, la desensibilización, el entrenamiento en asertividad, en comunicación o en negociación, son aspectos importantes del estadio de *actuación*. El tipo de técnicas que se utilicen depende del nivel de cambio del paciente. Por ejemplo, la desensibilización suele utilizarse sobre todo en el nivel síntoma / situación, mientras que el entrenamiento en comunicación es mucho más importante para el nivel interpersonal. En el nivel de familia / sistema es particularmente liberador el renegocia las normas de la familia disfuncional. De otro lado, la asertividad de base existencial constituye uno de los medios liberadores para la expresión del nuevo yo, que emerge cuando se han resuelto los conflictos intrapersonales.

Desde una perspectiva transteórica, la relación terapéutica, las interpretaciones, la adquisición y uso de capacidades tienen una importancia fundamental para conseguir el cambio. Su importancia relativa varía de estadio en estadio, siendo la relación terapéutica la más importante para facilitar el paso del estadio de *precontemplación* al de *contemplación*. La confrontación y la interpretación tienen su máxima importancia durante la *contemplación*, la clarificación de valores y el compromiso durante la *preparación* y la adquisición y utilización de capacidades durante los estadios de *actuación* y de *mantenimiento*.

8. Aspectos clave en relación con el cambio

De qué modo puede responder el modelo transteórico a las preguntas de quién, qué, cuándo, dónde, porqué y cómo, se produce el cambio? El modelo transteórico de cambio que hemos desarrollado se centra en el momento de ocurrir los cambios, en cómo y cuáles son los que ocurren cuando se modifican las conductas adictivas. La dimensión de los estadios de cambio indica *cuándo* las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas. Los procesos de cambio indican *cómo* las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas. Adictivas. Los procesos de cambio indican *cómo* se realizan estos cambios al pasar de un estadio al próximo. Los niveles ponen de manifiesto *qué* es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de adicción.

El *dónde* cambian las personas no se considera una dimensión esencial del cambio. El que los individuos cambien en programas de tratamiento residenciales, en el curso de una terapia ambulatoria, en grupos de autoayuda, con manuales de autoayuda o trabajando en su propio hogar puede tener implicaciones prácticas importantes, pero no parece ser una dimensión crítica para desarrollar un modelo global de cambio.

El *porqué* las personas intentan superar sus problemas de adicción se relaciona con el importante aspecto de la motivación, considerado por los clínicos como un punto clave para el éxito del tratamiento. Hasta ahora, no hemos prestado suficiente atención a la cuestión de porqué algunas personas intentan cambiar y otras lo evitan. Entre las variables que hemos estudiado, el equilibrio en la toma de decisiones parece ser la que se relaciona más estrechamente con el hecho de que algunos individuos cambien y otros mantengan sus conductas adictivas. Los datos existentes sobre el equilibrio en la toma de decisiones y nuestras observaciones informales indican que las motivaciones para cambiar varían según el estadio en el que se encuentra el individuo. La razón por la que un individuo empieza a plantearse la necesidad de abandonar su consumo de drogas puede ser distinta de la razón por la que finalmente toma la acción para dejarlas. La razón por la que alguien se esfuerza en mantener su vida libre de drogas puede ser distinta de la razón por la que otra persona decide volver a intentarlo después de haber fracasado en el mantenimiento de un estilo de vida libre de adicciones. Por ejemplo, un individuo puede plantearse el abandono de las drogas debido a que un amigo murió por una sobredosis. Es probable que esta misma persona esté más preparada para actuar después de participar durante algún tiempo en un programa terapéutico. Un individuo puede emprender la acción en el momento de un cumpleaños clave y por tener la sensación de que el tiempo se le acaba. La lucha por mantenerse libre de drogas se fundamenta, por un lado, en la motivación para evitar el fracaso. El retorno a la contemplación, en vez de abandonar el intento, puede establecerse en la motivación para tener un control de propia vida más que en la creencia de que una conducta adictiva está más allá del autocontrol. Desde la perspectiva transteórica, pensamos que el análisis global de la motivación para el cambio incluye un análisis de la motivación en cada estadio y la aceptación de que esta motivación puede ser un fenómeno dinámico que fluctúa de un estadio al siguiente.

El hecho de *quién* puede cambiar durante un tratamiento y quien fracasa en el intento ha sido tratado tradicionalmente mediante el estudio de las características personales del paciente. Variables tales como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la duración, la frecuencia y la intensidad del problema, el nivel intelectual, la disposición psicológica y el grado de psicopatología son algunas de las características del sujeto que han recibido una atención considerable en la literatura (Luborsky, Chandler, Auerback, Cohen y Bachrach, 1971; Meltzoff y Fornreich, 1970). Por nuestra parte, no hemos prestado demasiada atención a estas variables por distintas razones. La más importante es que las variables demográficas, de personalidad y psicopatologías suelen ser variables tipo rasgo, poco abiertas al cambio y sobre las que el influjo del paciente o del terapeuta es poco eficaz. Algunas décadas de investigación psicoterapéutica sobre quién se beneficia del tratamiento no ha dado lugar a demasiados avances en el conocimiento de cómo podemos ayudar a cambiar. En ocasiones, esta misma investigación no ha hecho más que añadir cierto pesimismo en los clínicos respecto a su capacidad para poder ayudar al conjunto de una clase, una cultura o una comunidad de personas a superar problemas destructivos, como pueden ser las conductas adictivas. Hasta que consigamos desarrollar unos modelos de tratamiento más adecuados, fundamentados en modelos de cambio más globales, no podremos responder a la pregunta de quién puede cambiar

con el máximo de tratamiento, quién puede cambiar con un tratamiento mínimo, quién puede cambiar por sí mismo y quién cambiará, o no, independientemente de lo que intente o de lo que nosotros hagamos.

9. La recaída no es principal problema de las adicciones

Muchos clínicos e investigadores han llegado a la conclusión que la recaída es el problema principal de la intervención terapéutica en una conducta adictiva (p. ej., Brownell y col., 1987). Esta suposición se establece, probablemente, sobre los resultados de las intervenciones en clínicas y hospitales, donde un alto porcentaje de pacientes pasan a la acción y alto porcentaje de ellos recaen (p. ej. Lando, 1977; Hunt y col., 1971). Los sujetos que acuden a las clínicas pueden decidir actuar por distintas razones. En primer lugar, el coste total de los centros clínicos (económico, temporal y emocional) elimina, probablemente, a muchos individuos que no están preparados para actuar. En segundo lugar, la intensidad del tratamiento en estos centros permite acoger a muchos participantes que desean emprender una acción. En tercer lugar, en estas clínicas existe un considerable apoyo y presión social para que se pase a la acción, como por ejemplo, escoger una fecha común para abandonar el hábito tabáquico (p. ej., Lando, 1977). Por último, en ciertos contextos, como en el caso de los tratamientos con pacientes ingresados o en residencias, se instaura con control social que prohíbe o hace imposible el uso de sustancias adictivas durante el tratamiento.

Con la combinación de todas estas influencias y presiones, es de esperar que un gran porcentaje de pacientes se decida a actuar durante el tratamiento. No obstante, después del tratamiento la mayoría vuelve a sus conductas adictivas, con lo que la recaída parece ser un problema muy importante.

Cuando dejamos los programas con pacientes ingresado e intervenimos en poblaciones enteras, en lugar de hacerlo en muestras seleccionadas de individuos adictos, descubrimos que la recaída es solamente uno de los principales problemas con los que nos enfrentamos. Cada estadio del cambio se asocia a algún problema importante.

Las intervenciones innovadoras diseñadas para la mayoría de poblaciones en el estadio de *precontemplación* tienen que resolver los importantes problemas de cómo llegar y retener a los *precontempladores*. No podemos esperar que un gran número de *precontempladores* estén dispuestos a pagar el coste derivado de los programas terapéuticos realizados en una clínica o en un hospital. Es interesante mencionar que, incluso en el caso de un programa que podía llevarse a cabo desde el hogar, dirigido a una población de fumadores en todos los estadios, sólo el 11% de 1600 participantes era *precontemplador* (DiClemente y col., en prensa). Los *precontempladores* que deciden acudir a la terapia en una clínica, presentan una tasa bastante alta de abandono del tratamiento (Medieros y Prochaska, 1990).

El problema principal en el estadio de *contemplación* consiste en la ayuda que puede ofrecerse a los participantes del programa para que empiecen a actuar. En nuestros programas con base en el domicilio particular, todos los *contempladores*, por definición, manifestaron al inicio que tenían la intención de dejar de fumar en los próximos seis meses. Aún disponiendo de los mejores programas de autoayuda, menos del 50% dejó de fumar por lo menos durante 24 horas en los 12 siguientes.

En el estadio de *preparación*, el mayor reto es mantener a los participantes en acción continua durante un tiempo suficiente como para que aprendan del siguiente intento de actuación. Es poco probable que los intentos de *actuación* que duran sólo uno o dos días, o una o dos semanas, ayuden a los individuos a aprender de sus propias experiencias tanto como los intentos que duran uno o dos meses. Cuanto más dure el intento de *actuación*, más individuos aprenderán lo que funciona adecuadamente y lo que no funciona.

En el estadio de *actuación*, el principal problema son las recaídas. La mayoría de las personas que deciden actuar en contra de sus conductas adictivas con o sin intervención profesional, recaen alguna vez (Brownell y col., 1987). Las últimas tendencias consideraban que la mejor solución era prevenir la recaída (p. ej., Marlatt y Gordon, 1988). Aunque en principio estamos de acuerdo con los programas de prevención de recaídas, en la práctica no parece que sirvan de ayuda para mantener los patrones no adictivos en la mayoría de los individuos (Brownell y col., 1987).

Hasta que se produzcan un mayor desarrollo en los programas de prevención de recaídas, creemos que la alternativa más práctica consiste en los programas de reciclaje. El objetivo de los programas es conseguir que los sujetos que han recaído se reciclen de un modo más eficiente y efectivo. Para una minoría de participantes, desmoralizados respecto a su capacidad para cambiar, el objetivo inmediato es evitar que recaigan al estadio de *precontemplación*. Para la mayoría de individuos, que recaen en el estadio de *contemplación*, los esfuerzos deben dirigirse a que empiece la acción mucho antes de lo que lo harían normalmente. En cuanto a los que recaen en el estadio de *contemplación*, los esfuerzos deben dirigirse a que empiece la acción mucho antes de lo que lo harían normalmente. En cuanto a los que recaen y vuelven a la fase de preparación, la ayuda se centra en darles un *feedback* más inmediato sobre los procesos de cambio que ya han utilizado suficientemente, sobre los que han infrautilizado y sobre los que han utilizado en exceso comparado con los grupos normativos que han tenido más éxito en la acción.

El mayor problema para una minoría de personas que han llegado al estadio de *mantenimiento* con cualquier intento de *actuación*, es conseguir que acaben con su conducta adictiva. Mientras estos individuos permanezcan en el estadio de *mantenimiento*, deberán seguir aplicando los procesos de cambio y seguirán presentado un riesgo de recaídas. El problema es ahora encontrar los medios para acelerar el proceso de finalización, de manera que los individuos se liberen del alto riesgo de recaída en el tiempo más corto posible. Otro problema muy importante consiste en determinar quienes y con qué tipo de conductas serán capaces de acabar totalmente con sus adicciones y quienes estarán en situación de mantenimiento de por vida.

Bibliografía

- DiClemente, C. C., Prochaska, J.O. Self-change and therapy change of smoking behavior : A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7:133-142;1982.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Gibetini, M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 2:181-200; 1985.
- Donovan, D. M., Marlatt, G. A. (Eds.). *Assessments of addictive behaviors: Behavioral, cognitive, and physiological procedures*. New York: Guilford Press; 1988.

- Glasgow, R. E., Schafer, L., O'Neill, N.K. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49:659-667;1981
- Goldfried, M. Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35:931-950;1980.
- Goldfried, M. *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer; 1982.
- Heather, N. Change without therapist. En W. Miller y N. Heather (Eds.) *The Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York, NY: Plenum Publishing, Co; 1986.
- Hunt, W., Barnett, L., Branch, L. Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27:455-456;1977.
- Janis, I. L., Mann, L. *Decision Making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: The Free Press; 1977.
- Lando, H. A. Successful treatment of smokers with a broad-spectrum behavioral approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45:361-366; 1977
- Levinson, D., Dorrow, D., Klein, E., Levinson, M., McKee, B. *The seasons of man's life*. New York: Alfred A. Knopf;1978.
- Luborsky, L, Chandler, M., Auerback, A., Chen, J., Bachrach, H. Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75:145-185;1971.
- Marlatt, A. Self-directed change: Mechanisms and maintenance. En W. Miller y N. Heather (Eds.), *The addictive Behaviors: Processes of Change*. New York, NY: Plenum Publishing Co; 1986.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., Velicer, W. F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20:368-375;1989.
- Medieros, M., Kornreich, M. *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press; 1970.
- Miller, W., Baca L. Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14:441-448;1983.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O. Psychotherapist heal thyself-I. The psychological distress and self-change of psychologist, counsellors, and laypersons. *Psychotherapy*, 23:102-114;19986a.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O. Psychotherapist heal thyself-II. The self-initiated and therapy facilitated change of psychological distress. *Psychotherapy*, 23:345-356;1986b.
- Ockene, J., Ockene, I., Kristellar, J. Smoking cessation in patients with cardio-vascular disease, NHLBI Grant, Worcester, MA; 1988.
- Olcott, P. Perceived change processes in successful weight reduction and maintenance of weight loss. Unpublished doctoral dissertation, University of Rhode Island; 1985.
- Orford, J. Critical conditions for change. En W. Miller and N. Heather (Eds.). *The addictive Behaviors: Processes of Change*. New York, NY: Plenum Publishing, Co; 1986.
- Orleans, C. T., Schoenback, V. J., Salmon, M. A., Wagner, E. A., Pearson, D.C., Fiedler, J., Quade, D., Porter, C.Q., Kaplan, B.A. *Effectiveness of self-help quit smoking strategies*. En T. Glynn (Chair), Four National Cancer Institute-funded self-help smoking cessation trials : Interim results and emerging patterns. Symposium presented at the annual meeting of the Association for the advancement of Behavior Therapy Convention, New York; 1988.
- Parloff, M. Shopping for the right theory. *Saturday Review*, February 21, 14-16;1976.
- Parloff, M. Psychotherapy and research: An anaclitic depression. *Psychiatry*, 43:279-293;1980.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19:276-278;1982.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. Stages and processes of self-change of smoking : Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51:390-395;1983.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. En *Advances in Cancer Control – 1983*, New York; Alan R. Liss, Inc; 1983.
- Prochaska, J. O. *Sistems of Psychotherapy : A transtheoretical Analysis*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press; 1984.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dow Jones/Irwin; 1984.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. Common processes of change for smoking, weight control, and psychological distress. En S. Schiffman and T. Wills (Eds.), *Coping and Substance Abuse*. New York: Academic Press; 1985.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C.C., Velicer W.F., Gimpil, S., Norcross, J. C. Predicting change in smoking status for self-changes. *Addictive Behaviors*, 10:395-406;1985.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer W. F., Rossi, J. S. Guadagnoli, E. Patterns of self-change in smoking cessation. Manuscript submitted for publication, University of Rhode Island; 1990.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. Stages of change in the modification of problem hebaviors. En Michel Herson (Ed.), *Advances in Behavior Modification*. New York: Plenum; en prensa.
- Shumaker, S. A., Grunberg, W. E. National working conference on smoking relapse. *Health Psychology*, 5:1-81;1986.
- Schacter, S. Recidivism and self cure of smoking and obesity. *American Psychologist*, 37:436-444;1982.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation*. U.S.D.H.H.S Public Health Service, DHHS Publication No. (CDC) 90-8416;1990.
- Velicer, W., DiClemente, C., Prochaska, J., Brandenburg, N. A decisional balance measure for predicting smoking cessation. *Journal of Personality an Social Psychology*, 48:1279-1287;1985.
- Wilcox, N., Prochaska, J., Velicer, W., DiClemente, C. Client characteristics as predictors of self-change in smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 40:407-412;1985.
- Prochaska J. O. i Prochaska J. M. (1993). *Recaídas y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* Barcelona: Edicionesen Neurociencias.