Perspectivas de la psicología de la salud en la sociedad de la información

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

P04/80040/00351

UOC
www.uoc.edu

Índice

Introducción 5

Objetivos 6

1. Campañas de promoción de salud y de prevención de la enfermedad en los medios de comunicación social 7
1.1. Fundamentos y modelos 7
1.2. Orientaciones para el diseño de campañas eficaces en los medios de comunicación social 13

2. Otras formas de promocionar la salud y prevenir la enfermedad en los medios de comunicación social 15
2.1. Publicidad y hábitos de salud 15
2.2. El entretenimiento educativo (*edutainment*) 17

3. Internet y psicología de la salud 19
3.1. La psicología de la Red: efectos del uso de Internet 19
3.2. La psicología de la salud en la Red o cómo usar la Red para objetivos saludables 24

Resumen 26

Actividades 27

Ejercicios de autoevaluación 27

Solucionario 29

Glosario 34

Bibliografía 35

Anexos 36

Introducción

Es indiscutible el hecho de que los medios de comunicación social tienen un importante impacto en cualquiera de los ámbitos sociales o culturales que conforman nuestra sociedad y, en particular, en el ámbito de la salud, en el que son una herramienta útil para la **promoción de la salud** y la **prevención de la enfermedad**. En relación con esto, examinaremos los diferentes modelos y teorías sobre la persuasión y el cambio de actitudes que han sido utilizados para el diseño de campañas de salud, sobre cuya base formularemos una serie de orientaciones para lograr que éstas sean eficaces.

Hemos aprovechado también la ocasión para revisar posibles usos de la publicidad en beneficio de la salud, y apuntamos una nueva estrategia para usar los medios de comunicación; nos referimos al entretenimiento educativo (*edutainment*) o introducción de mensajes de educación para la salud en la programación de entretenimiento para el gran público.

En cuanto al uso de Internet, desde la perspectiva de la psicología de la salud analizaremos dos líneas de investigación: el estudio de los procesos psicológicos implicados en el uso de la Red y sus efectos sobre la salud, y el examen de las posibilidades de intervención que nos brinda la Red a los psicólogos de la salud.

Objetivos

Con el estudio de este módulo, debéis alcanzar los objetivos siguientes:

1. Definir las campañas de comunicación social.

2. Exponer las condiciones que permiten maximizar la eficacia de las campañas de comunicación social.

3. Analizar los problemas y las limitaciones de estas campañas.

4. Analizar el papel de la publicidad referencial para la difusión de hábitos de salud.

5. Establecer las características definitorias del *edutainment*.

6. Ilustrar las estrategias de la publicidad y el *edutainment* para la promoción de los hábitos de salud en los medios de comunicación.

7. Examinar las posibilidades que brinda Internet al psicólogo de la salud desde el punto de vista de la investigación y la intervención.

1. Campañas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad en los medios de comunicación social

1.1. Fundamentos y modelos

"Las campañas de comunicación social pueden definirse, de manera general, como estrategias mediáticas que tienen el objetivo de informar, persuadir o motivar cambios de comportamiento en una audiencia relativamente amplia y bien definida, con pretensiones no comerciales, en beneficio de los individuos y de la sociedad en general, dentro de un periodo determinado de tiempo, por medio de actividades de comunicación organizadas donde participan los medios de comunicación social y con frecuencia complementadas por el apoyo interpersonal" (Rice y Atkin, 1996, p. 487).

Desde los distintos niveles de la Administración pública se vienen impulsando, a lo largo de estos años, campañas de comunicación basadas en el empleo de distintos medios de comunicación social y de publicidad. Entre éstas encontramos campañas dirigidas a la promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades.

Las campañas de salud

Por ejemplo, entre las primeras campañas para sensibilizar a la población acerca de las consecuencias beneficiosas para la salud de practicar regularmente ejercicio físico o informar sobre dietas y hábitos alimenticios saludables, etc. Entre las preventivas, campañas para promocionar la vacunación infantil, fomentar el uso del preservativo con el fin de reducir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, prevenir de los efectos de ciertos riesgos laborales y evitar los accidentes de tráfico, etc.

A continuación, revisaremos las teorías y modelos psicológicos que más se emplean para guiar de manera efectiva estas campañas.

Como ya vimos en el módulo "Modelos explicativos de la psicología de la salud", los **modelos sobre la expectativa–valor** enfatizan el papel de las actitudes como predictores de las prácticas de salud. El argumento principal de estos modelos es que los cambios de actitud son prerrequisitos para cambiar la conducta. La **teoría de la acción razonada y planificada** propone que para conseguir cambios en las conductas de salud es necesario producir modificaciones en las actitudes de las personas hacia estos comportamientos, y convencerlas de que estos cambios serán bien vistos por los demás significativos para ellas.

Promover hábitos de salud positivos...

... requiere persuadir a las personas de que son susceptibles de contraer enfermedades graves y de que existen medios eficaces, a su alcance, para prevenirlas.

Según lo que se ha expuesto, la amenaza, la información y su fuente pueden ser dos medios eficaces para cambiar actitudes y creencias, elementos muy utilizados en las campañas de salud en los medios de comunicación social. El análisis de los factores determinantes de la efectividad de la comunicación

EL éxito de las campañas de salud...

... depende de su eficacia para influir sobre el comportamiento o las actitudes de las audiencias.

persuasiva y el estudio de los procesos por medio de los cuales se inducen los cambios mediáticos, puede resumirse mediante el modelo matriz formulado por McGuire (1989); podéis ver la representación en la tabla siguiente.

Tabla 1

Matriz de comunicación persuasiva de McGuire					
Entradas ➔ Salidas ↓	**Fuente**	**Mensaje**	**Receptor**	**Canal**	**Destino**
Exposición					
Atención					
Interés					
Comprensión					
Adquisición					
Aportación					
Memoria					
Extracción					
Decisión					
Acción					
Refuerzo					
Consolidación					

Las **entradas** representan los **factores determinantes de la comunicación persuasiva**, según la pregunta clásica de Lasswell (1964): "¿quién dice qué a quién, cuándo y cómo?".

Entre las características principales de la **fuente** persuasiva (quién dice) destaca la **credibilidad**; ésta depende, en gran medida, del **grado de competencia** que le atribuya el receptor y de **su intención de persuadir**.

Por lo general, las fuentes que expresan sus argumentos de manera gratuita, sin una intención aparente de persuasión, suelen resultar más creíbles que aquéllas cuya intención es manifiestamente persuasiva, sólo cuando el receptor comprende los argumentos persuasivos. Para esto último, es fundamental que el mensaje sea claro, lo que implica que atraiga la atención, que los argumentos estén presentados de manera sistemática y que las conclusiones sean explícitas.

Ahora bien, en lo que respecta al **mensaje (el qué)**, no sólo se debe prestar atención al orden de presentación de los argumentos y a la manera de exponer la conclusión, sino también a la modalidad de la comunicación y, por supuesto, al contenido del mensaje.

Respecto a la eficacia del modo de comunicación, puede ser unilateral, aquella que sólo presenta los argumentos en pro o en contra de un determinado tema, o bilateral, la que presenta, a su vez, los dos aspectos de la controversia.

Los estudios indican que:

> El mensaje unilateral será más eficaz con audiencias ya convencidas, mientras que el mensaje bilateral será más eficaz con aquellas audiencias que no están de acuerdo.

La interacción entre la comunicación y el tipo de audiencia es también fundamental para un mejor entendimiento del fenómeno relativo al efecto producido por una comunicación de **contenido emocional**, en comparación con el originado por una de **contenido racional**.

Janis (1984) ha propuesto que la relación entre el miedo y el cambio de actitud es curvilínea; a niveles altos de temor, las personas se sienten paralizadas e incapaces de pensar en las reco-mendaciones del mensaje; a niveles bajos de miedo, las personas no están motivadas lo suficiente para cambiar su actitud.

Se deduce de esto que los mensajes que provocan niveles moderados de temor son los más efectivos para incrementar la motivación hacia el cambio. No obstante, las investigaciones han sugerido que los mensajes que provocan miedo no tienen un efecto consistente sobre el cambio de actitudes. Además, los efectos de estos mensajes no son permanentes y desaparecen con el transcurrir del tiempo, muy probablemente porque este tipo de mensajes afecta más a las audiencias desinteresadas o con escasa formación, como ha indicado Myers (2002), quien también señala que las personas analíticas responden más a los mensajes racionales.

En el ámbito específico de la salud se han utilizado dos tipos de mensajes:

- el emocional, orientado a provocar miedo y amenazas para la salud;
- y el informativo, sobre cuestiones relativas a los hábitos de salud y sus posibles beneficios.

El presupuesto básico del primer enfoque es que si se provoca temor en los individuos con respecto a que una determinada conducta constituye una amenaza para la salud, ésta modificará dicha conducta para reducir el miedo y la amenaza. En cuanto a los mensajes informativos, la manera más efectiva de persuadir sería aquella que respetase los siguientes principios:

- Facilitar información veraz y real.
- Atribuirla a una fuente de prestigio y digna de confianza.
- Ser de carácter bidireccional.
- Presentar los argumentos fundamentales al principio y al final.
- Proporcionar mensajes cortos, claros y directos.
- Formular conclusiones explícitas.

La observación anterior de Myers nos lleva a la consideración del **receptor (a quién)**, la evidencia acumulada demuestra que hay correlaciones positivas entre ciertas características personales de éste y más susceptibilidad a la persuasión. Entre los **factores que más influyen sobre una mayor o menor disposición a la persuasión**, pueden citarse los siguientes:

1) Autoestima. Cuanto mayor sea ésta, menos susceptible a la influencia será la persona.

2) Autoritarismo. Las personas autoritarias son muy susceptibles a ser influenciadas por comunicadores de prestigio.

3) Aislamiento social. Sentimientos de aislamiento social conducen a una mayor dependencia de la aprobación por parte de los demás, lo que redunda en una mayor susceptibilidad a la influencia.

4) Mayor o menor riqueza de fantasías. Las personas más propensas a las fantasías son más susceptibles a la persuasión.

5) Tipo de orientación vital. Las personas cuyos valores son más compatibles con la adaptación y la conformidad son más susceptibles a la persuasión que aquéllas cuya orientación vital valora la independencia y el establecimiento de objetivos y patrones personales.

Además, el mensaje se presenta por medio de algún **canal de comunicación (cómo)**. La investigación desarrollada hasta el momento sobre este punto permite concluir que a igual valencia de la fuente del mensaje y del medio, los canales más efectivos para persuadir son aquellos que afectan a un mayor número de entradas de información.

Los medios audiovisuales...

... (por ejemplo, la televisión) tienen ventajas considerables sobre el resto, ya que disponen de más recursos para reproducir de manera muy aproximada la comunicación personal cara a cara (que por directa y flexible suele ser la más eficaz para producir efectos per-suasivos) y, además, por lo general, absorben la casi total atención del receptor sobre un muy restringido campo, de modo que reducen considerablemente la capacidad sensorial no implicada en la percepción del mensaje y evitan así posibles distracciones.

Finalmente, bajo el término *variables de* ***destino*** **(cuándo)** se incluyen aquellos factores que influyen sobre lo que sucede con los cambios de opinión inducidos por el mensaje persuasivo. En principio, tres factores se han considerados fundamentales:

1) Factores temporales como la curva de olvido, cuyo gradiente parece estar relacionado con un cambio de actitud por la influencia casi exclusiva de la fuente del mensaje persuasivo, con la complejidad de éste, y por la participación activa del receptor.

2) Efectos de reminiscencia de la persuasión, según el cual el mensaje persuasivo no alcanza sus máximos efectos desde un principio, sino una vez transcurrido cierto lapso de tiempo, requerido para que el receptor integre la nueva actitud en su sistema de creencias.

3) Autonomía funcional del cambio inducido. La persuasión será más eficaz y duradera en la medida en que el cambio de actitud sea funcional, sin requerir la asociación con los factores que lo produjeron.

Las **salidas** representan un modelo del proceso de persuasión, según el cual para que un mensaje persuasivo conduzca a la acción necesita captar la atención del receptor, que sea comprendido por éste, que lo crea, lo recuerde y, por último, actúe conforme a él. Todo esto, como resulta obvio, depende de las variables de entrada, antes examinadas.

Ahora bien, algunos investigadores han puesto de relieve que lo importante no es tanto recordar el mensaje persuasivo, como recordar los propios pensamientos en respuesta al mismo. Dicha postura es conocida como la **teoría de la respuesta cognitiva**.

Según ésta, siempre que un receptor recibe un mensaje persuasivo, compara lo que la fuente dice con sus conocimientos, sentimientos y actitudes previas respecto al tema, y genera de esta manera unas respuestas cognitivas. Estos mensajes generados por el propio receptor son los que determinan el resultado final del mensaje persuasivo. Cuando los pensamientos van en la dirección indicada por el mensaje, la persuasión tendrá lugar. Por el contrario, si van en dirección opuesta, no se producirá el efecto persuasivo.

Un aspecto importante en esta teoría es determinar los factores que influyen sobre la cantidad de argumentos o de respuestas cognitivas que el receptor genera, tanto a favor como en contra.

Los resultados obtenidos al respecto avalan la consideración de la distracción y de la implicación personal del receptor en el tema como variables determinantes de sus respuestas cognitivas.

Algunos de los heurísticos...

... más utilizados se basan en la experiencia de la fuente (la confianza en los expertos o estar de acuerdo con los que saben), en el número y la longitud del mensaje (cuanto más largo sea el mensaje, parece más válido; un ejemplo, los anuncios del tipo "diez razones para...") o en el consenso (si la mayoría piensa que algo es correcto, probablemente lo sea).

No obstante, todos sabemos que existen situaciones en las que somos persuadidos sin darnos cuenta, sin haber analizado el contenido del mensaje. En este caso, la persuasión no es tanto el resultado del análisis que realizamos sobre el mensaje, sino el resultado de alguna señal o característica superficial de éste o de la fuente que lo emite, o bien de las reacciones de otras personas que reciben el mismo mensaje. Es decir, somos persuadidos porque seguimos determinadas reglas heurísticas de decisión (**modelo heurístico**).

La probabilidad de que nos dejemos llevar por cualquier otra característica diferente a la calidad del contenido del mensaje es más alta cuando nuestra motivación o capacidad de comprensión es baja, o bien cuando la prominencia de la regla heurística es alta o los elementos externos al propio mensaje son llamativos.

Petty y Cacioppo (1981 y 1986) han propuesto un modelo que permite integrar los enfoques anteriores. Nos referimos al **modelo de la probabilidad de elaboración** según el cual, cuando recibimos un mensaje persuasivo, podemos analizarlo racionalmente (**respuesta cognitiva a la persuasión**) o bien proceder de

manera prácticamente automática siguiendo un heurístico. Es decir, se pueden seguir diferentes **rutas hacia la persuasión**:

- **La ruta central** supone que el receptor realiza una evaluación crítica del mensaje persuasivo. Analiza los argumentos, los pone en relación con sus conocimientos previos y evalúa las posibles consecuencias. El cambio de actitud que se produce de esta manera es más duradero, sirve para predecir mejor la conducta y es más resistente a la persuasión contraria.

- **La ruta periférica** ocurre cuando las personas no tienen la motivación o la capacidad de realizar un proceso tan detenidamente como el anterior. En este caso, el cambio de actitud se produce sin necesidad de pensar mucho en torno al contenido del mensaje, es una característica del contexto de persuasión lo que facilita la formación o el cambio de actitud (por ejemplo, la credibilidad, competencia o atractivo de la fuente, o el número de personas que se considera que respaldan una posición determinada).

Seguir una u otra dependerá, como se indicó antes, de la motivación y de la capacidad de análisis del receptor. Desde la perspectiva de la fuente, la estrategia de persuasión preferente será la ruta central, si lo que se pretende es la producción de cambios duraderos sobre las actitudes. Ahora bien, una vez obtenido el cambio de actitud, la implementación del mismo en comportamientos específicos puede necesitar del aprendizaje de nuevas habilidades y percepciones de autoeficacia, lo que nos lleva a la **teoría social cognitiva** aplicada a los efectos de los medios de comunicación social (Bandura, 1996).

Según esta teoría aprendemos por observación de la conducta de otros, que nos sirven de modelo. Los estudios de Bandura y colaboradores ponen de manifiesto que la observación de modelos tiene tres efectos principales, cada uno de los cuales se refleja en un incremento del número, amplitud e intensidad en las respuestas de emulación del observador:

1) En primer lugar, el observador puede adquirir las reglas que rigen los juicios o comportamientos del modelo (**efecto de modelado**).

2) Segundo, la observación de modelos puede fortalecer o debilitar los motivos o las razones para llevar a cabo conductas adquiridas con anterioridad (**efecto de inhibición o desinhibición**).

3) Tercero, la observación de un modelo puede servir como "disparador" de respuestas de la misma clase, aprendidas antes pero no sujetas a ningún tipo de limitación (**efecto de provocación o facilitación social**).

La imitación o emulación del modelo depende de las consecuencias de su respuesta. A veces estas consecuencias son específicas de la conducta que se observa, como cuando los actos del modelo reciben una recompensa o un castigo inmediato. En otras ocasiones, el observador sólo puede inferirlas a partir de la eviden-

Lectura recomendada

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

Lectura recomendada

Para más información sobre este tema, podéis ver F. J. Cantero, J. M. León, y S. Barriga (1998). Actitudes: naturaleza, formación y cambio. En J. M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina, y F. J. Cantero. *Psicología social: orientaciones téoricas y ejercicios prácticos*, 117-132. Madrid: McGraw-Hill.

cia tangible de los éxitos pasados del modelo (por ejemplo, símbolos de éxito socioeconómico).

Las conductas relacionadas con la salud, ya sean inmunógenas o patógenas, se transmiten con facilidad por la influencia de modelos que son recompensados por exhibirlas o porque son portadores de símbolos de prestigio socioeconómico que son asociados a éstas.

1.2. Orientaciones para el diseño de campañas eficaces en los medios de comunicación social

En al ámbito práctico, el análisis de todo lo anterior permite deducir una serie de orientaciones para el diseño de campañas eficaces a través de los media. Parece que lo más acertado sería la elección de la estrategia persuasiva de ruta central, con la finalidad de que la audiencia procese de manera sistemática los mensajes de salud. Esto supondría adoptar las siguientes medidas:

1) La utilización de fuentes múltiples, creíbles y confiables para la audiencia, y transparentes en su intención de persuadir.

2) El diseño de mensajes relevantes para la audiencia, que la involucren de manera personal.

3) La facilitación de modelos de audiencia que generen pensamientos favorables a los mensajes a la campaña de salud.

4) La elección de un canal que facilite la difusión masiva y múltiple del mensaje.

5) La adopción de una modalidad de comunicación bilateral (presentando argumentos a favor y en contra del objeto de actitud).

6) En cuanto a los factores englobados bajo el término *destino*, éstos deberían favorecer la repetición del mensaje y la participación activa de los receptores, y resaltar el valor funcional de la adopción de los mensajes incluidos en la campaña.

Por lo que respecta a la estructura de los mensajes, éstos deberían ajustarse al siguiente esquema:

a) Objetivo o propósito del mensaje (aquello que deseamos que la audiencia crea y acepte como base de acción).

b) Problemas y necesidades relacionados con el asunto del mensaje, y apoyar cada declaración con hechos y ejemplos.

c) Implicaciones para la audiencia de los problemas y necesidades antes presentados.

d) Soluciones a las necesidades y problemas planteados, y proponer hechos y ejemplos en apoyo de éstos.

e) Enumeración de los beneficios derivados de la adopción de las soluciones antes presentadas, y apoyarlos con hechos.

f) Comparación de los beneficios de la adopción con los costes de la misma.

g) Anticipación de las posibles objeciones de la audiencia y respuestas a las mismas.

h) Costes e implicaciones del rechazo del mensaje.

i) Resumen del mensaje teniendo en cuenta los siguientes puntos: solución, beneficio de la adopción y costes de la no adopción.

j) Enumeración de los pasos que hay que dar para poner en practica la solución, y facilitar ejemplos de cada uno de los mismos.

Las campañas que se ajustan a estos esquemas que acabamos de presentar incrementan la probabilidad de que el cambio de actitudes influya en la conducta de salud, tal y como han puesto de manifiesto Bishop (1994) y Barriga Jiménez y León Rubio (2001).

La limitada eficacia de muchas campañas preventivas dirigidas a modificar determinados comportamientos de riesgo para la salud se debe a que éstas emplean mensajes de salud que no tienen en cuenta todo lo expresado antes. También habría que añadir la imposibilidad de controlar la exposición de la audiencia al mensaje de salud. No obstante, siempre proporcionan algunas ventajas, entre las que cabe señalar su utilidad para:

La limitación de la eficacia...

... está determinada por el hecho de que las informaciones que proporcionan son generales y nada concretas, alejadas de las experiencias inmediatas que interesan a la audiencia, y no acostumbran a incluir instrucciones específicas sobre las acciones que deben llevarse a cabo.

1) Sensibilizar a la población acerca de los riesgos para la salud de determinados comportamientos.

2) Acumular efectos persuasivos en relación con las creencias de salud de la población. Al repetirse los mensajes de manera sistemática, las actitudes y creencias de los receptores pueden ir modificándose gradualmente en la dirección de las recomendaciones de salud que conforman la campaña.

2. Otras formas de promocionar la salud y prevenir la enfermedad en los medios de comunicación social

2.1. Publicidad y hábitos de salud

La publicidad es uno de los principales medios de comunicación social que viene difundiendo desde bastantes años atrás hábitos de comportamiento relacionados con la salud. En concreto, los más publicitados son el hábito de fumar, el consumo de alcohol y los hábitos alimentarios.

Con relación al **hábito de fumar**, a pesar de haberse reducido progresivamente el consumo de cigarrillos, aún sigue representando una de las mayores causas de muerte evitable en el mundo. A esta reducción del consumo de cigarrillos ha contribuido la práctica desaparición de la publicidad sobre tabaco en radio y televisión, aunque continúan las campañas publicitarias de diferentes marcas en la prensa escrita y como patrocinadores de eventos deportivos.

Ante esta reducción del consumo de cigarrillos, las grandes empresas tabacaleras se han lanzado a la búsqueda de nuevos clientes, y han enfocado sus esfuerzos hacia dos sectores de población: adolescentes no fumadores y adultos poco fumadores. Los dos tienen dos características en común, que les hace vulnerables a esta publicidad: infravaloran tanto los peligros del tabaco como los beneficios que se derivan de no fumar.

Si analizamos este tipo de publicidad, se observa una estrategia publicitaria bastante clara, consistente en mostrar imágenes positivas de fumadores que llevan un estilo de vida atractivo para estas poblaciones y, en especial, para los adolescentes.

Hábito de fumar

Como ejemplo de este tipo de publicidad, podemos señalar la campaña lanzada hace un par de años por la marca de cigarrillos Fortuna ("For...sun, For...friends,... Fortuna").

En lo que respecta al **consumo de alcohol**, en primer lugar debemos indicar que supone una importante carga económica, psicológica y física para las familias en las que alguno de sus miembros es consumidor habitual de elevadas cantidades de alcohol. Si analizamos la publicidad relacionada con el consumo de alcohol, hallamos que la prensa escrita y la televisión constituyen los principales medios de comunicación social en los que aparece este tipo de publicidad. En concreto, con relación a los espacios televisivos, aunque es bastante frecuente observar escenas en las que se consume alcohol, son bastante escasas las imágenes publicitarias que retratan al alcohólico con verdaderos problemas.

En cambio, son muy frecuentes campañas publicitarias que recuerdan el alto porcentaje de muertes de adolescentes en accidentes de tráfico por conducir ebrios. De todos modos, y a pesar de los continuos estudios que han tratado

de establecer relaciones entre publicidad e incremento de consumo en adolescentes, los resultados no se han mostrado concluyentes, por lo que no podemos establecer una relación directa entre los dos aspectos.

Sobre los **hábitos alimentarios**, se ha comprobado que los niños son los que a lo largo del día visionan un mayor número de anuncios sobre productos alimentarios, y son los destinados a productos no nutritivos los que alcanzan una mayor audiencia. Los efectos, probablemente negativos, de esta publicidad, junto a las dietas alimentarias de los padres van a determinar la dieta y los hábitos de alimentación de estas nuevas generaciones.

Esto nos abre una puerta a la posibilidad de modificar, mediante la publicidad, algunos hábitos perjudiciales del consumidor en el campo de la alimentación. En este punto, los profesionales de la salud pueden jugar un papel importante como mediadores con los grandes fabricantes y productores de alimentos, y convencerles de la importancia de aprovechar las características saludables de sus productos para promover el consumo de alimentos que pueden mejorar la salud de los consumidores. Eso sí, salvando errores cometidos con anterioridad cuando se censuraban las limitaciones y atributos menos positivos de dichos productos, razón por la que quizá no haya sido posible aún llegar a un buen entendimiento entre productores y profesionales de la salud; esta situación suele desembocar, en la mayoría de las ocasiones, en un bucle en el que los intereses de mercado y económicos de la publicidad chocan con los intereses sanitarios.

Otros elementos cuya presencia en publicidad, y sobre todo en televisión, es bastante frecuente son las escenas de **sexo y violencia**, aspectos directamente relacionados con el desarrollo de una salud física y mental adecuada.

En primer lugar, la **actividad sexual** en televisión es cada vez más frecuente y explícita, mientras que los espacios que hacen referencia a la prevención de embarazos o enfermedades de transmisión sexual son bastante escasas. A esto debemos sumarle el hecho de que, para la población adolescente, la televisión supone una fuente de información importante y en muchos casos exclusiva, puesto que reciben poca información de otras fuentes (padres o escuela). Esta situación está planteando una importante necesidad de aportar a esta población modelos de conducta sexual adecuados, si queremos contribuir a evitar que siga al alza tanto el incremento de embarazos no deseados y los consecuentes abortos como las enfermedades de transmisión derivadas de una práctica sexual sin la utilización de las medidas protectoras adecuadas. Aquí, de nuevo, los profesionales de la salud tienen un gran camino por recorrer.

Por ultimo, con relación al visionado de **contenidos televisivos que incluyen violencia**, se ha teorizado mucho sobre los diferentes efectos comportamentales (catarsis, excitación, desinhibición, imitación, desensibilización), cognitivos (opiniones y creencias) y emocionales (miedo o temor ante violencia,

agresión o peligro físico) que pueden derivarse como consecuencia. A su vez, se han establecido dos tipos de relación entre el visionado de violencia en televisión y la conducta de la persona:

1) Relación indirecta

a) Por un lado, se entiende que ver violencia en televisión produce una descarga o liberación de energía (catarsis), que reduce a su vez los niveles de tensión y estrés y aumenta el estado de satisfacción personal, aunque esta noción no ha recibido demasiado apoyo.

b) Por otro lado, en cambio, Bandura y Walters (1963) sostienen que ver violencia en televisión es algo nocivo para la persona y la sociedad. Esto se debe a lo siguiente.

- En primer lugar, actúa como modelo de comportamiento agresivo y,
- en segundo lugar, aquella persona que por algún motivo disfrute de observar dicha violencia experimentará como consecuencia sentimientos de culpa y malestar.

2) Relación directa. En numerosos estudios se comprobó que tras haber experimentado un episodio violento en el mundo real, las personas tendemos a ver más violencia en televisión.

Ante las numerosas teorías e investigaciones que ha suscitado este tema, sólo podemos señalar que se hace necesario seguir estudiando sobre todo en lo que respecta a la "violencia doméstica". En este sentido, pueden surgir interrogantes del tipo: la continua aparición de noticias en los informativos de los medios de comunicación social, ¿puede estar contribuyendo a incrementar los casos de violencia doméstica? ¿Están siendo de utilidad las campañas publicitarias sobre el tema? ¿Se está tornando la sociedad cada vez más violenta como consecuencia del incremento de los contenidos violentos en los medios de comunicación social, o estamos sobrevalorando este tema?

En definitiva, quedan aún muchos interrogantes por responder para lograr no sólo satisfacer nuestra curiosidad, sino mejorar nuestra calidad de vida.

2.2. El entretenimiento educativo (*edutainment*)

Esta estrategia consiste en la inclusión de mensajes de salud en el contenido o programas de entretenimiento de los medios de comunicación social; de esta manera, es posible llegar a un público amplio, en un contexto psicológico que facilita la recepción del mensaje. Además, debido a la duración y frecuencia de emisión de los programas de entretenimiento, cuyo formato suele ser la dramatización o el musical, es posible elaborar mensajes complejos, tanto en su aspecto informativo como persuasivo.

La estrategia de Barriga y León (2001)

Barriga y León desarrollaron estrategias de afrontamiento modelado para el uso de los servicios de salud por parte de personas mayores de 65 años de edad, dentro de un magazine de tarde producido para televisión, lo que no podría haberse efectuado en formatos de menor duración. Cabe señalar también que lograron una audiencia media de 242.000 personas, de las cuales el 32% pertenecían al grupo diana (mayores de 65 años de edad), que estuvo atento al televisor 20 de los 35 minutos que duraba la emisión del programa.

Esta estrategia se ha utilizado para cambiar hábitos perjudiciales como el tabaquismo y para promocionar conductas de salud como la práctica del sexo responsable.

Lectura recomendada

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

Por diferentes motivos, cuya exposición excedería los límites de este trabajo, este tipo de estrategias suele subrayar las soluciones personales a los problemas sanitarios, en lugar de las soluciones colectivas y políticas, lo que a nuestro juicio es la principal limitación que presenta el *edutainment*.

3. Internet y psicología de la salud

El uso que hacemos de Internet puede estar relacionado, tanto de manera negativa como positiva, con la salud. Para ejemplificarlo, vamos a ocuparnos de dos temas que, por otra parte, representan dos enfoques distintos del estudio psicológico de Internet:

1) Lo que podríamos denominar la psicología de la Red; es decir, el estudio de los procesos psicológicos implicados en el uso de la Red. Para ilustrar esta línea de trabajo, examinaremos por qué algunas personas emplean tanto tiempo en Internet, hasta el punto de que disminuyen considerablemente sus relaciones sociales, y se sienten cada vez más solos y depresivos.

2) La psicología de la salud en la Red; es decir, cómo podemos usar Internet para lograr algunos de los objetivos de nuestra disciplina.

Un ejemplo es...

... crear grupos de apoyo, sobre todo para aquellas personas que se sienten estigmatizadas y que son reticentes a compartir sus problemas con otras personas.

3.1. La psicología de la Red: efectos de uso de Internet

Nos referimos al denominado *síndrome de adicción a Internet*, con el que se pretende resumir todos los efectos negativos de una utilización excesiva de este medio. En este abuso de la Red influyen tanto las características del usuario como algunas propiedades de la propia Red.

En cuanto a las características del usuario, Wallace (2001) considera que las personas de control interno, aquellas que creen que lo que les sucede es consecuencia de sus propios actos, son más propensas a prendarse de Internet porque les ofrece muchísimas oportunidades de controlar lo que hacen: dónde quieren ir, qué van a decir, qué sitios visitar, qué leer y qué grabar.

En lo que respecta a las propiedades de la Red, algunos de sus espacios pueden ser muy compulsivos. El estudio que llevó a cabo Young (1998) sobre la adicción a Internet nos da algunas pistas respecto a cuáles son estos espacios. Sus resultados revelaron que los usuarios dependientes dedicaban la mayor parte del tiempo que se pasaban en la Red a participar en entornos de comunicación síncrona, sobre todo chateando (el 35% del tiempo) y jugando en comunidades virtuales (el 28% del tiempo).

En opinión de Wallace (2001), estos espacios se caracterizan, desde un punto de vista psicológico, por:

1) El usuario recibe un premio contingente con su respuesta; en este caso, el reconocimiento y la atención de personas desconocidas y potencialmente idealizadas en el contexto de una interacción anónima y despersonalizada en

el que su identidad se encuentra totalmente bajo su control, o el logro de una determinada puntuación.

2) El premio es recibido según un programa de refuerzo de frecuencia intermitente; cada *x* número de respuestas el usuario es recompensado. Además, el usuario puede modificar o creer que modifica la frecuencia del refuerzo modificando su identidad en la Red.

3) Si la identidad que el usuario ha creado se gana una buena reputación, éste tratará de mantenerla, empleando cada vez más tiempo en esto.

Algunos autores piensan que la adicción a Internet es un fenómeno pasajero, propio de novatos, sin consecuencias graves; en el estudio de Young (1998) el 83% de los usuarios considerados dependientes eran novatos (llevaban un año o menos utilizando la Red). Obvian de esta manera, como ha señalado McMurran (1994), que la conducta adictiva no es necesariamente progresiva y que suelen producirse fluctuaciones y episodios de liberación y recaída. Además, aunque la adicción a Internet no sea tan frecuente como se supone o sus efectos no sean tan dramáticos como los de otras adicciones, lo cierto es que tendremos que idear estrategias para que las personas "atrapadas en la Red" puedan superar su problema.

Un buen principio, para esto, podría ser la aplicación del **modelo transteórico**. Este modelo desarrollado por James Prochaska y sus colegas intenta explicar y predecir los cambios en los comportamientos adictivos mediante una estructura tridimensional que integra **estadios, procesos y niveles de cambio**.

Lectura recomendada

Para una revisión actual podéis ver J. M. León Rubio y S. Medina Anzano (2002). *Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.

En concreto, asume que las personas progresan a través de cinco **estadios o etapas**, en las cuales el comportamiento experimenta una serie de cambios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En la fase de precontemplación no hay intención de cambiar el comportamiento, y es probable que las personas instaladas en esta etapa no adviertan que tienen un problema o que corren un riesgo para la salud.

La toma de conciencia del problema y la idea de cambiar el comportamiento en un periodo de tiempo breve es lo que caracteriza la segunda etapa, la de contemplación, en la que aún no se ha realizado ningún esfuerzo para cambiar la conducta.

El esfuerzo se inicia con la preparación de planes específicos para cambiar, lo que es propio de la etapa de preparación. En este proceso, ésta es la primera vez que ideas y acción aparecen juntas.

A partir de esta etapa se le concede a la autoeficacia un alto valor predictivo como variable de cambio; los autores aconsejan que las evaluaciones de la eficacia se realicen después de la siguiente etapa, cuando el individuo ya ha iniciado alguna acción y puede recibir retroalimentación de su capacidad de autocontrol para mantener el comportamiento, incluso en situaciones de riesgo. Es decir, al

igual que Bandura, Prochaska y colaboradores consideran que las creencias en la propia capacidad autorreguladora se desarrollan mediante experiencias de dominio, y favorecen el mantenimiento del cambio de comportamiento y el afrontamiento de situaciones de riesgo, así como la evitación de recaídas.

La modificación del comportamiento se produce en la fase de acción; es en ésta cuando las personas llevan a cabo cambios manifiestos en su comportamiento, que tratarán de conservar durante la fase de mantenimiento, en la que a su vez intentan resistirse a la tentación de caer.

Ahora bien, las expectativas de autoeficacia no son las únicas variables susceptibles de interacción en el modelo transteórico, Prochaska y DiClemente conceden también una gran importancia a la variable **motivación para el cambio o toma de decisiones** que operativizan en términos de beneficios y costes, para uno mismo y para los demás, de las diferentes alternativas de comportamiento ante un mismo problema; en este caso, abandonar o mantener una conducta de riesgo para la salud. Dicha variable puede cambiar de un estadio a otro y predecir el movimiento de los sujetos, tanto de retroceso como de evolución.

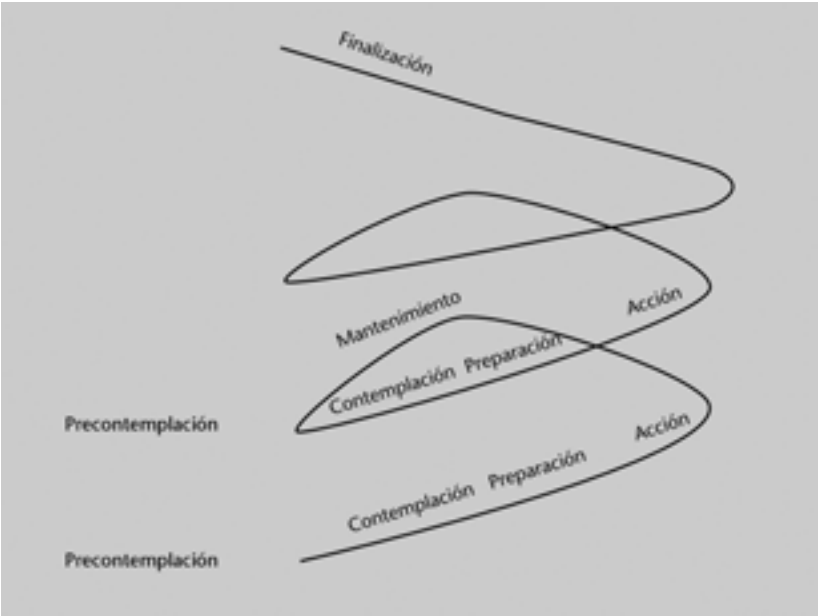
Se ha demostrado...

... en distintos tipos de adicciones que esta variable es un predictor significativo de los sujetos situados en el estadio de la precontemplación. Predice también el retroceso de los sujetos del estadio de contemplación al de precontemplación, y la evolución o el progreso del de contemplación al de acción, así como el hecho de permanecer en el estadio de contemplación.

En la figura 1, en la que representamos el modelo, es posible comprobar que el paso de un estadio a otro no es lineal, sino en espiral; es decir, se producen progresos y retrocesos. Estos últimos (las recaídas) sitúan a las personas en la fase previa a partir de la cual vuelven a recuperarse, atravesando todas las etapas hasta completar el proceso de cambio de comportamiento.

Estos **estadios** representan **cuándo** ocurren determinados cambios de intenciones, actitudes y comportamientos. Por tanto, éstos vienen a reflejar una dimensión temporal que, como es lógico, no puede dar cuenta de cómo se producen los cambios o transiciones de un estadio a otro, se trate de progresos o de retrocesos entre estadios.

Figura 1. Modelo en espiral de los estadios de cambio



Por su parte, los **procesos** representarían **cómo** suceden dichos cambios. Estos procesos de cambio no son otra cosa que actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su adicción. En la siguiente tabla, que tomamos de Tejero et al. (1997), damos cuenta de cada uno de los procesos propuestos por el modelo.

Tabla 2

Los diez procesos de cambio		
Núm.	**Proceso**	**Explicación**
1	Aumento de la concienciación	Intensificación del procesamiento de la información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla.
2	Contracondicionamiento	Modificación de la respuesta elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.
3	Relieve dramático	Experimentación y expresión de reacciones emocionales elicitadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos (esencialmente las consecuencias sobre la salud) asociados a la conducta adictiva.
4	Reevaluación ambiental	Valoración del impacto de la conducta adictiva sobre sus relaciones interpersonales, y reconocimiento de las consecuencias positivas derivadas de la modificación del hábito adictivo respecto a dicha relación interpersonal.
5	Relación de ayuda	Existencia y utilización del apoyo social que puede facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.
6	Manejo de contingencias	Estrategia conductual consistente en incrementar la probabilidad de que cierto comportamiento relacionado con el cambio de hábito ocurra.
7	Autoliberación	Aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir. Requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio, ya que posee o puede adquirir las habilidades necesarias para esto.
8	Autorreevaluación	Valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva sobre los valores personales y la manera de ser, así como el reconocimiento, tanto afectivo como cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida la conducta adictiva.
9	Liberación social	Toma de conciencia, tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles. Este proceso representa un aumento en la capacidad del adicto para decidir y elegir.
10	Control de estímulos	Evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo de drogas. Un ejemplo característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva se reduzca significativamente.

Una de las ventajas de este modelo es que sugiere el tipo de ayuda que puede prestarse a la persona, dado que de los resultados obtenidos por Prochaska y

DiClemente se desprende que determinados procesos o estrategias de cambio se enfatizan más que otros durante determinados estadios, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3

Integración de los estadios y procesos de cambio				
Precontemplación	**Contemplación**	**Preparación**	**Acción**	**Mantenimiento**
Aumento de la concienciación				
Relieve dramático				
Reevaluación ambiental				
	Autorreevaluación			
		Autoliberación		
			Manejo de contingencias	
			Relaciones de ayuda	
	Contracondicionamiento			
			Control de estímulos	

La tercera dimensión del modelo transteórico, es decir, los **niveles de cambio** hacen referencia a **qué** es necesario cambiar para que se dé el abandono de la conducta adictiva. Estos niveles, organizados de manera jerárquica, serían los siguientes:

- síntoma/situacional
- cogniciones desadaptativas
- conflictos interpersonales actuales
- conflictos sistémicos/familiares
- conflictos intrapersonales.

Según proponen los autores, al inicio es preferible intervenir en el primer nivel por cuatro motivos:

1) el cambio en este nivel manifiesto y observable tiene una probabilidad más alta de que suceda;

2) su cambio representa el motivo principal por el que el adicto solicita tratamiento;

3) dado que es el más consciente y contemporáneo, exige un grado de inferencia menor en su evaluación e intervención; y

4) dada la interdependencia entre estos niveles, es de suponer que la modificación de uno de éstos provoque cambios en los otros.

De esta manera, el modelo nos proporciona una primera estrategia de intervención que podríamos denominar ***estrategia del cambio de niveles***.

La segunda aproximación a la intervención sería la denominada ***estrategia del nivel clave***. Demostrada la existencia de un nivel clave de causalidad en la adquisición o el mantenimiento de la conducta adictiva, el proceso terapéutico debería focalizarse en dicho nivel.

La tercera alternativa es la **estrategia del impacto máximo**. Dado que en la conducta adictiva están implicados o inciden diferentes niveles, ya sea como causa, consecuencia o sostén de la conducta adictiva, las intervenciones deberían tener por objetivo incidir en el adicto a diferentes niveles de cambio, para así maximizar el impacto terapéutico y alcanzar el cambio en estos niveles de manera sinérgica.

Este modelo asume que es de esperar que la persona recaiga en sus hábitos de riesgo para la salud, lo que es muy frecuente en las adicciones. Las conductas adictivas son fáciles de modificar, pero sus cambios se mantienen con dificultad; la posibilidad de recaídas forma parte del proceso terapéutico, por lo que es necesario estudiar los factores que las pronostican, para de esta manera poder prevenirlas.

3.2. La psicología de la salud en la Red o cómo usar la Red para objetivos saludables

Sin duda alguna, son muchos los usos que los psicólogos de la salud pueden hacer de la Red. Nos limitaremos a señalar sólo algunos, los más salientes, desde nuestro punto de vista:

1) Prestar ayuda terapéutica.

Parece que las personas se sienten más libres para revelar sus problemas emocionales y de comportamiento mediante la Red. Aprovechando esta tendencia observada en los usuarios de la Red, algunos psicólogos han ideado programas informáticos terapéuticos como el Listener o el Eliza (Fleming, 1990).

2) Crear grupos de apoyo.

El relativo anonimato de la Red ofrece a las personas afligidas o que tienen una identidad estigmatizada por la sociedad un medio idóneo para prestarse apoyo y consuelo, sin las complicaciones propias de las interacciones cara a cara.

Los estudios de Mickelson y McKenna y Bargh

Por ejemplo, Mickelson (1997) estudió grupos de apoyo presenciales y virtuales dedicados a padres de niños con necesidades especiales y comprobó que las personas que buscaban apoyo en cada uno de estos entornos eran muy diferentes; casi la mitad de los participantes en grupos de apoyo virtual eran padres varones, cifras muy distintas a las encontradas en los grupos presenciales, en los que prácticamente no encontró ninguno.

McKenna y Bargh (1998) investigaron grupos de noticias dedicados a personas con estigmas disimulables (drogodependencias, homosexualidad y sadomasoquismo) y con estigmas visi-

bles (obesidad, tartamudeo, parálisis cerebral y calvicie). La participación era mucho más alta en los grupos con estigmas disimulables que visibles, lo que parece lógico si tenemos en cuenta que las personas con estigmas disimulables tienen más dificultades para conocer a otras personas con el mismo problema en la vida real, aún más, cuando no han "declarado" su problema. Por tanto, para estas personas estos grupos de apoyo son muy importantes. Además, como consecuencia de su participación estas personas se aceptaban más a sí mismas y muchas de ellas acababan optando por hacer pública su identidad oculta.

3) Informar y orientar sobre la salud.

Un buen ejemplo de este uso y función de la Red es el sitio **Psych Central**, que tiene por objetivo ayudar a las personas a encontrar los sitios adecuados en la Red donde pedir información y ayuda sobre distintos problemas psicológicos y de salud, de manera que los usuarios de Internet interesados pueden encontrar fácilmente en la Red información muy útil y actualizada sobre cómo mejorar su salud y qué medidas adoptar para prevenir distintas enfermedades. De esta manera, la Red se convierte en un importante recurso de educación para la salud.

La Red puede ser considerada un medio flexible mediante el cual las personas pueden encontrar soluciones a ciertas necesidades individuales y sociales relativas a la salud, tanto informativas como formativas, que los servicios de salud no cubren como sería deseable.

Resumen

En este módulo hemos tratado de responder a cuestiones tales como qué podemos hacer para que las campañas de salud mediante los medios de comunicación social sean más eficaces, qué aporta la publicidad, el *edutainment* e Internet a la promoción de comportamientos saludables y la prevención de riesgos para la salud.

En relación con la primera cuestión, hemos señalado que lo más acertado para incrementar la eficacia de las campañas de salud, de manera que el cambio de actitudes promovido por éstas influya en la adopción de conductas de salud, es utilizar fuentes múltiples y creíbles, promover la participación activa de la audiencia e incrementar el valor funcional de la adopción de los mensajes incluidos en la campaña en cuestión.

En lo que respecta a la segunda cuestión, hemos apuntado la necesidad de que los profesionales de la salud trabajen de manera conjunta con los profesionales del marketing y la publicidad para favorecer un uso de ésta más saludable y orientado a promover una cultura de la salud. Asimismo, hemos presentado la novedosa estrategia del *edutainment* como un medio eficaz de llevar a un amplio número de personas, de un modo entretenido, mensajes de salud extensos.

Por último, hemos presentado Internet como un campo psicológico de investigación e intervención y como un medio para alcanzar los objetivos de nuestra disciplina.

Actividades

1. Aportad ejemplos de campañas de salud mediante los medios de comunicación social.

2. Aportad ejemplos de *edutainment* y de publicidad relacionada con la salud.

3. Buscad páginas web que fomenten hábitos saludables.

Ejercicios de autoevaluación

De elección múltiple

1. Las campañas de comunicación social…
a) tienen por objetivo informar, persuadir o motivar cambios de comportamiento en una audiencia cualquiera.
b) persiguen un beneficio comercial para la sociedad.
c) suponen actividades de comunicación organizadas en las que participan los medios de comunicación social.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

2. Con relación a las campañas de comunicación social, los modelos de la expectativa-valor…
a) enfatizan el papel de las expectativas como predictores de las prácticas de salud.
b) consideran los cambios de actitudes prerrequisitos para producir cambios de conducta.
c) apuntan que la amenaza no es un medio eficaz para cambiar actitudes y creencias.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

3. Entre los factores que más influyen sobre la disposición a la persuasión pueden citarse…
a) la autoestima y el autoritarismo.
b) el aislamiento social.
c) el tipo de orientación vital.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

4. Para que un mensaje persuasivo conduzca a la acción…
a) debe captar la atención del receptor, ser comprensible, creíble y fácil de recordar.
b) es más importante recordar los propios pensamientos suscitados por el mensaje que el mensaje persuasivo en sí.
c) debe ser extenso si queremos que sea evaluado como válido por el receptor.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

5. En el diseño de campañas en los medios de comunicación social, lo más acertado de cara a la eficacia de las mismas es…
a) utilizar fuentes múltiples, creíbles y confiables.
b) adoptar una modalidad unilateral de comunicación.
c) elegir la ruta periférica.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

6. La limitada eficacia de muchas campañas preventivas se debe a que…
a) no son útiles para sensibilizar a la población acerca de los riesgos para la salud de determinados comportamientos.
b) las informaciones que proporcionan son demasiado específicas.
c) la información que aportan se encuentra alejada de las experiencias inmediatas de la audiencia.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

7. El *edutainment* como herramienta para la promoción de conductas de salud y la reducción o eliminación de hábitos perjudiciales…
a) consiste en introducir mensajes de salud en espacios televisivos de entretenimiento.
b) consiste en prestar apoyo psicológico mediante la Red.
c) consiste en una nueva herramienta pedagógica que utiliza una metodología de enseñanza interactiva en un entorno lúdico.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

8. Respecto a la publicidad relacionada con el consumo de alcohol, podemos señalar que…
a) los resultados de los estudios se muestran concluyentes al establecer una relación directa entre los dos aspectos.
b) son bastante escasas las imágenes publicitarias que retratan al alcohólico con verdaderos problemas.
c) la prensa escrita es el principal medio de comunicación social en el que aparece este tipo de publicidad.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

9. Si aceptamos que existe una relación directa entre el visionado de violencia en televisión y la conducta de la persona, podremos afirmar que…
a) experimentar un episodio violento en la vida real nos lleva a ver más violencia en televisión.
b) ver violencia produce una descarga de energía que reduce los niveles de tensión e incrementa la satisfacción personal.
c) ver violencia actúa como modelo de comportamiento agresivo.
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

10. Entre las ventajas de Internet como medio de difusión y formación en materia de salud, podemos citar que…
a) permite acceder a información útil y actualizada de manera fácil y económica.
b) recurre a técnicas como el juego y el descubrimiento para fomentar el interés.
c) facilita un aprendizaje basado en el intercambio de opiniones (foros).
d) Todas las anteriores son correctas.
e) Todas las anteriores son falsas.

Cuestiones breves

1. ¿Qué es una campaña de comunicación social?

2. ¿Cuáles son las características fundamentales de la fuente persuasiva?

3. ¿Qué características debe reunir un mensaje informativo para que sea eficaz?

4. ¿Qué características hacen a una persona más vulnerable a la persuasión?

5. ¿Qué dice la teoría de la respuesta cognitiva?

Desarrollo del tema

¿Qué diferencias hay entre la ruta central y la periférica?

Solucionario

Actividades

Las soluciones que proponemos a continuación son orientativas.

Actividad 1

Desde el año 1987, la Secretaría de Drogodependencias de la Administración del País Vasco viene llevando a cabo una serie de acciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias, entre las que se incluyen una serie de campañas de comunicación que a continuación se detallan.

WEB

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

Cuanto menos mejor-*Zenbat eta gutxiago hobe*

Campaña dirigida al conjunto de la población vasca, pero que insistía sobre determinados colectivos específicos (jóvenes, conductores, profesionales de la salud, empresarios y sindicatos, medios de comunicación, educadores).

El objetivo general de esta campaña fue sensibilizar a la población acerca de las consecuencias negativas del consumo del alcohol, así como informar de las medidas posibles para tomar desde los distintos ámbitos para prevenirlas y contrarrestarlas.

Ocupando la parte central de la campaña y con su lema, se realizó publicidad exterior (vallas), anuncios de televisión, cuñas de radio y publicidad en la prensa diaria. Además, se elaboraron 500.000 folletos, 600.000 carteles y 800.000 pegatinas, calendarios de mano y tarjetas para la autoevaluación individual del consumo semanal, y se editaron y reeditaron distintas publicaciones dirigidas a determinados colectivos.

Si no fumas, mucho mejor-*Ez baduzu erretzen, askoz hobeto*

El público objetivo de la campaña fue el conjunto de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El objetivo general de esta campaña fue sensibilizar a la población acerca de las consecuencias negativas del consumo de tabaco, así como informar de las posibles medidas que hay que tomar para prevenirlas y contrarrestarlas.

Los medios concebidos y utilizados a lo largo de la campaña fueron variados; junto con las clásicas cuñas de radio, anuncios de televisión, publicidad en la prensa diaria, vallas, carteles y pegatinas, se realizó un anuncio para su pase en salas de cine y se empleó una estrategia interpersonal, consistente en dos equipos de trabajo compuestos de médico, monitor y furgoneta, respectivamente, cuya labor fundamental consistió en acercar a la población tanto el material publicitario como la información y contenidos del mensaje.

Estrategia de comunicación sobre prevención comunitaria de las drogodependencias

Para llegar a la población general, objeto último de esta campaña, se pensó en actuar sobre colectivos que cumplen un papel de mediadores sociales. El objetivo fundamental de la estrategia consistía en impulsar la asunción y aplicación en el ámbito social de los criterios preventivos contenidos en la Ley sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en Materia de Drogodependencias aprobada en 1998. Para esto se trató de lograr el compromiso y las responsabilidades que la ley atribuye a cada colectivo social en este tema, informando de la relevancia del papel que cada sujeto y colectivo social tiene en la consecución del objetivo de crear una mentalidad social preventiva. El material utilizado como soporte de la estrategia de comunicación fue un cuaderno divulgativo con el título "Las drogodependencias se pueden prevenir", en el que aparecían los contenidos básicos de la campaña. Además, se puso en marcha una campaña publicitaria que

tenía como frases de reclamo las siguientes: "Las drogodependencias se pueden prevenir"; "Entre todos mucho mejor"; "De ti también depende".

Y tú, ¿por qué bebes?-*Eta zuk, zergatik edaten duzu?*

Campaña dirigida a los jóvenes de edades comprendidas entre los catorce y veinte años, con los siguientes objetivos:

1) Concienciarlos de los inconvenientes y problemas que supone el consumo de alcohol.

2) Proponer usos alternativos y modos de vida más positivos y saludables.

3) Cuestionar prácticas relacionadas con el consumo de alcohol muy arraigadas socialmente.

4) Evitar, en la medida de lo posible, un consumo abusivo de alcohol.

Los medios utilizados fueron anuncios para la televisión y el cine, cuñas de radio y publicidad en prensa, carteles y folletos.

El anuncio presenta situaciones cotidianas de diversión, en las que se contrapone el deseo de los jóvenes con la realidad a la que les conduce el consumo excesivo de alcohol.

No seas Dolly-*Ez hissen Dolly*

Campaña dirigida a los jóvenes entre catorce y veinte años. El objetivo central de la campaña era fomentar actitudes de moderación o de abstinencia en el uso de bebidas alcohólicas, tratando de combatir la costumbre de beber en exceso con los amigos y de inducir una reflexión para el cambio.

Un anuncio con códigos visuales de videoclip, cuñas de radio, carteles, test sobre el consumo del alcohol y actividad de calle conformaron los medios empleados para difundir el mensaje.

Sé tú mismo-*Zu zeu izan*

Continuación de la campaña anterior.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha puesto en marcha una campaña educativa sobre nutrición para escolares, cuyas principales características son:

Fuente: http://comunidad-escolar.pntic.mec.es/642/info6.html

WEB

1) Título: "Campaña educativa sobre hábitos alimentarios en las escuelas" (PLENUFAR 2).

2) Objetivo: fomentar hábitos alimentarios saludables en la población escolar de edades comprendidas entre los diez y los doce años.

3) Procedimiento: 4.000 farmacéuticos acudirán a las aulas y con la ayuda de distintos materiales didácticos enseñarán a los niños la importancia de alimentos como el pan, pescado, agua, leche, cereales y frutas; así como la frecuencia recomendada de su consumo y, además, todos los aspectos relacionados con los hábitos sociales y educativos que se desarrollan al sentarse a la mesa, ya que "la manera de comer es tan importante como lo que se come". Las 19.222 oficinas de farmacia españolas tendrán expuestos carteles y entregarán folletos con los consejos más importantes de la campaña, para fomentar entre toda la población los hábitos saludables de alimentación.

4) Temporalidad y cobertura: primer trimestre del curso escolar. Se pretende llegar a 120.000 niños, 30 por farmacéutico.

5) Lugar: comunidades autónomas como Andalucía, La Rioja, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Aragón.

Actividad 2

Ejemplos de *edutainment*

- Sistema bienestar junto a la cama (*Bedside Wellness System*). Programa de realidad virtual que estimula en los pacientes oncológicos los sentidos de la vista, el oído, el tacto y el olfato, sin ocasionar agotamiento o tensión adicional. Está orientado a mejorar la condición emocional y el bienestar de pacientes de cáncer que sufren inquietud, insomnio o depresión.

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

- Proyecto de promoción de la salud en la República de Sud-àfrica "*Soul* City". Fue fundado por Garth Japhet, médico y periodista ocasional, con el propósito de poner los medios de información al servicio de la prevención del VIH/sida y promover estilos de vida más saludables. Es un programa de educación para la salud destinado a desafiar las percepciones sociales y a cambiar los patrones de comportamiento poco saludables de una manera creativa y divertida, con el objetivo de hacerlo más accesible para amplios segmentos de la población. Consiste fundamentalmente en series dramáticas para la televisión y la radio.

Fuente: http://www.comminit.com/la/lahaciendoolas/sld-1033.html

Ejemplos de publicidad

Publicidad engañosa

1) Cigarrillos *light*: marketing eficaz, desastre para la salud pública:

a) Los adjetivos *light* o *suaves* que aparecen en las cajetillas de tabaco manipulan a los consumidores y les hacen creer que hay una diferencia para la salud si se fuma un cigarrillo *light*. En cambio, como han comprobado expertos de todo el mundo, no hay ninguna diferencia, en el ámbito de la salud, si se fuma un cigarrillo *light* en lugar de un cigarrillo "regular".

b) Ante esta publicidad, muchos fumadores que quieren abandonar este hábito recurren al tabaco *light* para acallar sus conciencias, pues creen que hacen algo positivo para su salud mientras siguen fumando. Por tanto, en bastantes ocasiones reducen la inclinación de dejar de fumar.

c) En definitiva, sabemos que el 50% de los fumadores a largo plazo mueren de las secuelas del tabaquismo. Por tanto, una táctica de marketing que convence a fumadores a no dejar de fumar representa una amenaza para la salud pública.

2) Anuncios para bajar de peso. Un análisis de trescientos anuncios "para bajar de peso" (realizado por la Federal Trade Comission, FTC) emitidos y publicados durante el año 2001 encontró que:

Fuente: http://www.ftc.gov/bcp/conline/spanish/features/s-gtloss.htm

a) Muchos hicieron afirmaciones prometiendo más de lo que probablemente los productos y programas podían cumplir.

b) A menudo proclamaban resultados "milagrosos" (una rápida y fácil pérdida de peso. Por ejemplo: "¡Sólo dos días para ver resultados!"), mientras que ignoraban y contradecían los dogmas básicos de la pérdida y el mantenimiento de peso exitosos (reducción en la ingestión de calorías y ejercicio físico. Por ejemplo: "¡Coma todo lo que desee!").

c) Muchos anuncios no contaron con la evidencia científica que respaldara las afirmaciones que hacían sobre su rendimiento.

d) En cambio, utilizaron testimonios equívocos de consumidores, expertos y otras técnicas engañosas para apoyar la credibilidad de sus productos.

e) Además, la publicidad de productos adelgazantes, unido a la constante aparición en televisión de modelos extremadamente delgadas, contribuye a un aumento de los trastornos alimentarios, sobre todo en las jóvenes entre doce y veinticuatro años. Los datos señalan que más de la mitad de esta población se interesa por publicaciones relativas al peso, al adelgazamiento y al control de la obesidad. Asimismo, es muy importante la influencia de la publicidad en las farmacias, ya que tiende a presentar los productos con un cierto halo científico.

Fuente: http://www.el-mundo.es/salud/1994/97/00114.html

Publicidad encaminada a la promoción de hábitos saludables

1) Anuncios institucionales.

En este caso, nos podemos encontrar numerosos campos de acción como la lucha contra las drogas, contra el cáncer, las iniciativas de la Sociedad Española del Corazón, etc. Como ejemplo, hemos elegido la campaña que la Fundación Española del Corazón lleva a cabo a través de sus publicaciones y de su página web. Esta campaña consiste en presentar testimonios y consejos de famosos que sirven de modelos de conducta.

Fundación Española del Corazón

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

WEB

Lista de personajes

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

"Antes hacía muchísimo ejercicio. Practicaba ballet desde que era jovencita. Pero hace unos años que empecé con lo de caminar, que está muy bien. Yo madrugo y me hago cuatro o cinco kilómetros."

- Marta Robles
- Abel Matutes
- Jesús Rollán

2) Anuncios publicitarios encaminados a promocionar la dieta mediterránea:

La dieta mediterránea puede ser considerada una eficaz farmacia natural en la prevención de numerosas enfermedades:

- El aceite de oliva, componente esencial de la dieta mediterránea, es rico en ácido oleico y en ácidos grasos esenciales omega 3, sustancias con innegables ventajas cardiovasculares. No sólo elevan los niveles del colesterol "bueno" (HDL), sino que reducen el colesterol "malo" (también llamado LDL) y el nivel de triglicéridos en la sangre. Con esta labor benefactora, el aceite permite evitar la oxidación de grasas que, más adelante, podrían dar lugar a la formación de placas de ateroma. Además, los ácidos grasos del "oro líquido" limpian las arterias y las mantienen flexibles para prevenir el infarto y los accidentes cerebrovasculares.

- Además, hay que añadir las propiedades antiinflamatorias de los omega 3, de manera que el aceite también puede prevenir la aparición de enfermedades como la artritis reumatoide o la colitis ulcerosa. Incluso se ha destacado en numerosas ocasiones que una dieta rica en lípidos monoinsaturados podría prevenir la aparición de tumores de mama, próstata y colon y evitar el sobrepeso, la diabetes, la hipertensión y el deterioro cognitivo.

- Además, los cereales y los alimentos ricos en fibra, gracias a su contenido en ácido fólico, reducen los niveles de homocisteína en la sangre, un factor que determina el riesgo coronario por encima incluso de lo que pueda "leerse" de los niveles de colesterol. El ácido fólico, también presente en las verduras de hoja verde, especialmente en el brócoli, aporta al organismo una protección natural y eficaz contra los problemas coronarios, y favorece el suministro de oxígeno a las células y la circulación de la sangre.

- Por su parte, el pescado, rico en ácidos grasos y omega 3, reduce el riesgo de sufrir un infarto y previene accidentes cardíacos más graves, como las arritmias. Además, comer pescado al menos una vez a la semana permite luchar contra la aparición de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, gracias también a su aporte de ácido fólico.

Actividad 3

- Fomento de hábitos saludables en general:

  http://perso.wanadoo.és/pedrodgento/
  http://www.comfenalcovalle.com.co/salut/sa_fomento.html
  http://www.healthfinder.gov/espanol/

- Alimentación sana/dieta:

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

- Dejar de fumar:

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

- Fomento de seguridad y salud / situaciones de emergencia

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

- Portales de salud en general:

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

Ejercicios de autoevaluación

De elección múltiple

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

Cuestiones breves

1. Estrategias mediáticas que tienen el objetivo de informar, persuadir o motivar cambios de comportamiento en una audiencia relativamente amplia y bien definida, con pretensiones no comerciales, en beneficio de los individuos y de la sociedad en general, dentro de un periodo determinado de tiempo, por medio de actividades de comunicación organizadas en las que participan los medios de comunicación social y con frecuencia complementadas por el apoyo interpersonal.

2. Entre las características principales de la **fuente** persuasiva (quién dice) destaca su **credibilidad**; ésta depende, en gran medida, del **grado de competencia** que le atribuya el receptor y de su **intención de persuadir**.

3.
a) Facilitar información veraz y real.
b) Atribuirla a una fuente de prestigio y digna de confianza.
c) Ser de carácter bidireccional.
d) Presentar los argumentos fundamentales al principio y al final.
e) Proporcionar mensajes cortos, claros y directos.
f) Formular conclusiones explícitas.

4.
a) Baja autoestima.
b) Marcado autoritarismo.
c) Sentimientos de aislamiento social.
d) Riqueza de fantasías.
e) Conformismo.

5. Según esta teoría, cuando recibimos un mensaje persuasivo lo comparamos con nuestros conocimientos y actitudes respecto a su contenido, y se genera una serie de respuestas cognitivas que determinan el resultado final del mensaje persuasivo. Cuando nuestros pensamientos son

coherentes con el mensaje, se produce la persuasión. Por el contrario, si no son compatibles dicho efecto no se producirá.

Desarrollo del tema

Según el **modelo de la probabilidad de elaboración**, cuando recibimos un mensaje persuasivo podemos analizarlo de manera racional (**respuesta cognitiva a la persuasión**) o bien proceder de manera casi automática siguiendo un heurístico. Es decir, se pueden seguir distintas **rutas hacia la persuasión**:

1) La ruta central supone que el receptor realiza una evaluación crítica del mensaje persuasivo. Analiza los argumentos, los pone en relación con sus conocimientos previos y evalúa las posibles consecuencias. El cambio de actitud que se produce de esta manera es más duradero, sirve para predecir mejor la conducta y es más resistente a la persuasión contraria.

2) La ruta periférica ocurre cuando las personas no tienen la motivación o la capacidad de realizar un proceso tan detenido como el anterior. En este caso, el cambio de actitud se produce sin necesidad de pensar mucho en torno al contenido del mensaje, es una característica del contexto de persuasión lo que facilita la formación o el cambio de actitud (por ejemplo, la credibilidad, competencia o atractivo de la fuente, o el número de personas que se considera que respaldan una posición determinada.

Seguir una u otra dependerá, como se indicó antes, de la motivación y de la capacidad de análisis del receptor. Desde la perspectiva de la fuente, la estrategia de persuasión preferente será la ruta central, si lo que se pretende es la producción de cambios duraderos sobre las actitudes.

Resumiendo, mientras que la ruta central es critica, la periférica es acrítica; mientras que la primera requiere un receptor motivado y analítico, la central no es apropiada para este tipo de receptor.

Glosario

catarsis *f* Según la hipótesis de la catarsis, se establece que los individuos pueden descargar impulsos de agresividad acumulados si se dejan absorber por eventos violentos.

comportamientos de salud *m pl* Hace referencia a una serie de comportamientos que la personas ponemos en práctica con el objetivo de mantener y/o mejorar nuestros niveles de salud. Entre éstos, podemos destacar los siguientes: dormir siete u ocho horas cada noche, desayunar todos los días, hacer tres comidas al día sin picar entre comidas, mantener el peso corporal dentro de los límites normales, practicar de manera sistemática ejercicio físico activo, no beber alcohol o hacerlo de moderadamente, no fumar, buscar atención sanitaria y llevar a cabo comportamientos de seguridad y mejora del medio ambiente.

desensibilización *f* Hipótesis que establece que el visionado reiterativo de violencia televisiva conduce a una reducción en la capacidad de respuesta emocional a la violencia en la pantalla y a un incremento de la aceptación de la violencia en la vida real.

desinhibición *f* Hipótesis que sugiere que el visionado de violencia televisiva puede legitimar el uso de violencia en la vida real por parte del espectador, para socavar algunas sanciones sociales contra el comportamiento violento.

educación para la salud *f* Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

efectividad *f* Magnitud en la que una intervención (tratamiento, procedimiento o servicio) mejora los resultados para los pacientes. Se diferencia de la eficacia, entre otros factores, en que en ésta los sujetos del estudio están sometidos a un mayor control y los criterios de selección son más restringidos.

eficacia *f* Grado en el que algo (procedimiento o servicio) puede lograr el mejor resultado posible y alcanza las metas u objetivos que habían sido previamente establecidos.

evaluación sumativa *f* Evaluación centrada en los productos o resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje, y cuya función está orientada a la toma de decisiones en cuanto al grado de alcance de los objetivos propuestos. Se planifican actividades de evaluación de carácter sumativo al final de un proceso (por ejemplo, al final de una unidad didáctica, curso, ciclo o año) para comprobar el nivel de éxito con relación a la planificación didáctica.

excitación *f* Hipótesis que sugiere que el visionado de programas televisivos violentos puede excitar a los espectadores.

imitación *f* Hipótesis que supone que los espectadores, en su mayoría muy jóvenes, tienden a aprender de los comportamientos desarrollados por personajes televisivos y copian de ellos sus acciones.

navegar (en Internet) *v intr* Acción de visitar diferentes páginas web que se van enlazando unas con otras; en ocasiones, ayudados por buscadores.

persuasión *f* Acción con la que se persigue, mediante razonamientos y argumentaciones, inducir o modificar un determinado comportamiento del destinatario; en este caso, la audiencia de los medio de comunicación social.

prevención de la enfermedad *f* Comprende las medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

promoción de la salud *f* Proceso político y social global, que abarca no sólo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, para mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

software *m* Programa o aplicación informática.

violencia doméstica *f* Actos violentos cometidos en el hogar entre miembros de una familia.

Bibliografía

Bibliografía citada en el texto

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

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

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

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

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

Janis, J. L. (1984). Improving adherence to medical recommendations: Prescriptives hypothesis derived from recent research in Social Psychology. En A. Baum, S. E. Taylor y 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. En L. Bryson (Ed.), *Communication of ideas*, 37-51. New York: Cooper Square Publishers.

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

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

McKenna, K. A. y 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.

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

Mickelson, K. D. (1997). Seeking social support. En 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. y Cacioppo, J. T. (1981). *Attitudes and persuasión: Clasic and contemporary approaches*. Dubuque: Wm Brown.

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

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

Rice, R. E. y Atkin, C. (1996). Principios de las campañas de comunicación pública de éxito. En J. Bryant y 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. y Casas, M. (1997). Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska & DiClemente Transtheorical 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.

Anexos

Anexo 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 aditivas. 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, McConnaughy, 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: *precontemplanción, 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 (Prockaska 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 (McConnaughy, 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 (DiClemente 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; Prokaska 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 *precontemplacion* 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 *precontemplanción* 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 lardo 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 mos-

trarse 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 sumir 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, aproximadamente, 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.

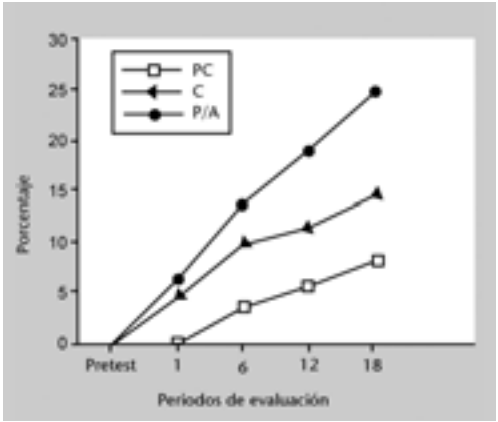


Figura. 2. Porcentaje de abstinentes, al cabo de 18 meses, para fumadores situados en los estadios de *precontemplación* (PC), *contemplación* (C) y *preparación-actuación* (P/A) antes del tratamiento.

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 pudiéramos 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).

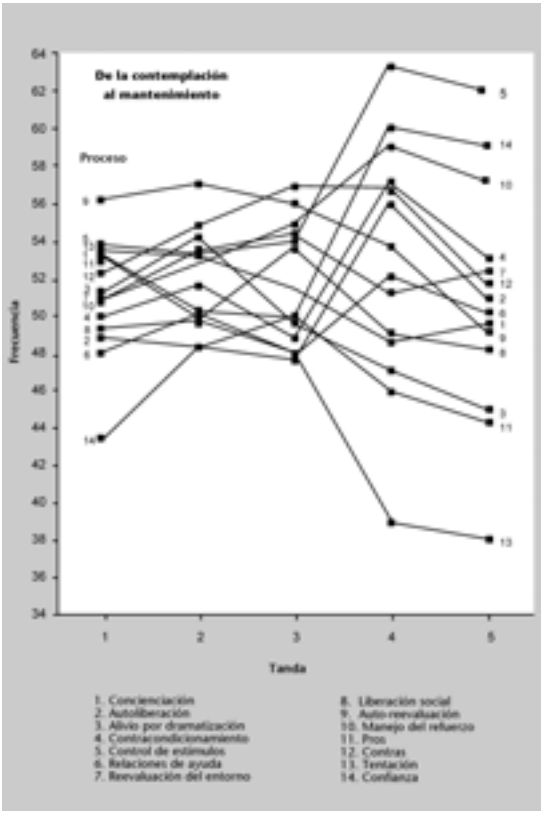


Figura. 3. Cambios en 14 variables-procesos en cinco tandas de seis meses de seguimiento de fumadores que progresan desde el estadio de *contemplación* al de *mantenimiento.*

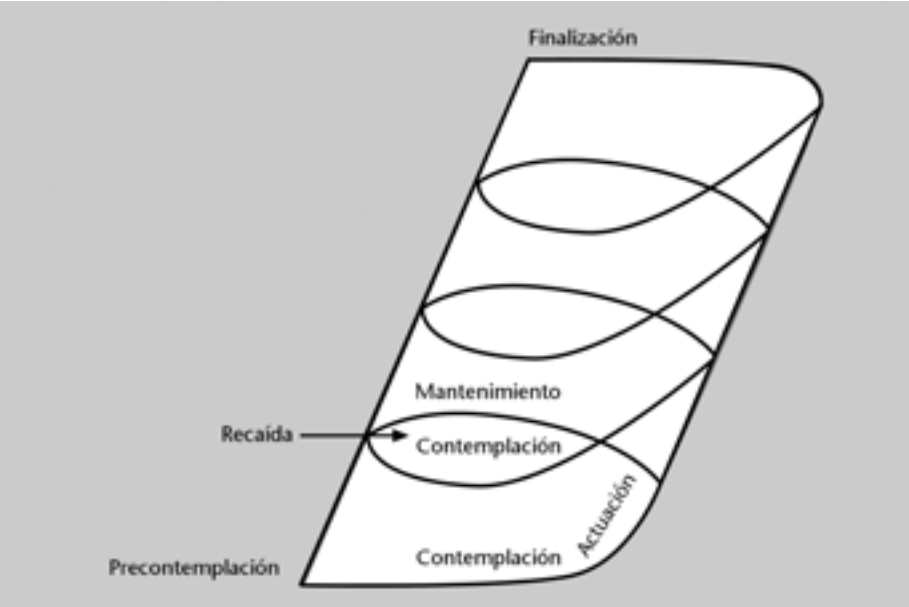


Figura. 4. Un modelo de cambio en espiral.

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 d 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 educacionales, 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 Proachaska, 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.	Revaluación 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). Unas 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 (Medieros y Prochaska, 1990), aún cuando esto 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 revaluación; 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

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 preguntas, "¿Me gustaré 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, experimentarán 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, Ginpel 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 la 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 puede puntar 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 estadio 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 entre 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 conductal. 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; Condiotte 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 (DiClememnte, 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 *precontemplacion* 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 cuanta 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, Ginpil 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 tomas 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 niveles 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. Coginiciones 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

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

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 un nuestra investigación junto con individuos que realizaban un autocambio. Ambos cónyuges eran fumadores empedernidos desde hacía 20 años. Un días, 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 afectos 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 con 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 tomas 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 entrono 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 le 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 empezarlo. 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 entrono 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 revaluación. Las intervenciones de concienciación, como las observaciones, las confrontaciones y las interpretaciones, adquieren su importancia máxima durante es 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 estas 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 encuentras más predispuestos 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, lo 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 ser 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 psicopatológias 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 uno 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 trata-

miento, 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 recae (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 acoge 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 estadio, 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.

McConnaughy, 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., Ginpil, 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.