

# EXPLORACIÓN DE MODELOS PARA EL CAMBIO PERSONAL Y SOCIAL: EL MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA

Dr. Antonio Rivera Cisneros.

## RESUMEN

Este ensayo contiene una descripción detallada de la teoría de James Prochaska, quien junto a sus colaboradores crea un proyecto denominado "el modelo transteórico", el cual consta de 6 etapas para realizar exitosamente un cambio de conducta, en especial de las conductas que llevan a problemas de salud graves, los cuales en la actualidad generan un alto costo en los cuidados de la salud al gobierno de muchos países. Su prevención, además de ahorrar esta gran cantidad de dinero, construye hábitos de salud más sanos. Este modelo propone cambiar la conducta problema mediante 6 etapas, las cuales incluyen 10 procesos por los cuales se debe pasar para avanzar a la siguiente etapa, explicados en este ensayo. Una detallada información sobre cómo se construye el modelo transteórico a partir de varias teorías es también el objetivo de este ensayo. Al final se mencionan algunas aplicaciones del modelo transteórico en proyectos para extinguir la conducta de fumar, al igual que otra investigación que corrobora la validez y confiabilidad de este modelo en la clasificación de etapas según las características de los participantes de la Universidad Católica de Colombia.

## ABSTRACT

This abstract contains a detailed description of James Prochaska theory, whom with his colleagues create a project: "The Transtheoric Model". This model contains six levels in order to develop a successfully change of behavior, especially about behaviors that will be develop serious health problems.

Actually, those health problems related with life styles, are causing a spend of a great monetary cost for the government. Prevention is the key not only to spend less money, but to develop better and healthier habits. This model propose the transformation of behaviors in six steps, which includes ten processes that the person has to be through in order to advance at the next level, all explained in this paper. A detail information about the construction of Transtheoric Model is also the objective in the present paper beginning from

several theories. Finally, it is mentioned some applications of Transtheoric Model in projects like eliminate smoking behavior, as same as other research which corroborate validity about this model in the classifications of steps according the attendants of Catholic University of Colombia.

**PALABRAS CLAVES:** MODELO TRANSTEÓRICO, TRANSFORMACIÓN DE CONDUCTAS, PROYECTOS.

**KEYWORDS:** TRANSTHEORIC MODEL, TRANSFORMATION OF BEHAVIORS, PROJECTS.

**P**rochaska y Di Clemente estudiaron en 1983 a pacientes que realizaron con éxito un tratamiento y dejaron de usar sustancias psicoactivas, planteando que el cambio de consumidor a abstinentes se produce en una sucesión de etapas (Mancia.org. 2009). Se trata de un modelo teórico que toma conceptos de distintos marcos teóricos de la Psicología. El diseño proviene de investigaciones empíricas de Prochaska y su equipo de trabajo. Se aplica para cambiar conductas en la salud así como en psicoterapia (Samaniego. C, 2005).

Los seis estadios de cambio por los que toda persona transita son: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización. Se podría decir que en todo proceso de cambio las personas transitan por cada uno de estos estadios (Samaniego. C, 2005).

En cada uno de los estadios existen diferentes procesos de cambio. Los procesos de cambio son cualquier actividad que uno inicia para ayudar a modificar su pensamiento, sentimiento o conducta.

La posibilidad de intervenir para que se produzca y reconocer la necesidad de ese proceso de cambio en la persona, proviene del abordaje que se efectúa desde distintos marcos teóricos de la Psicología y que es la fuente del nombre del Modelo: Transteórico (Samaniego. C, 2005).

Las diferentes teorías abordan el proceso de cambio de la siguiente manera:

Teoría “Proceso de cambio”.

Psicoanálisis Implica una concientización activación emocional.

Gestalt Auto-reevaluación y activación emocional.

Conductismo Contra-condicionamiento, recompensa y control de estímulo.

Existencialismo: Depende de las oportunidades ambientales, un compromiso y las relaciones de ayuda.

Cognitivismo Contra-condicionamiento y reevaluación.

Teoría	“Proceso de cambio”
Psicoanálisis	Implica una concientización activación emocional.
Gestalt	Auto-reevaluación y activación emocional.
Conductismo	Contra-condicionamiento, recompensa y control de estímulo
Existencialismo	Depende de las oportunidades ambientales, un compromiso y las relaciones de ayuda.
Cognitivismo	Contra-condicionamiento y reevaluación.

**Fuente.** Referencia 2: Samaniego, C. (2005). El modelo transteórico de Prochaska. Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco. Universidad de Argentina.

Prochaska y Di Clemente (1995), observaron que si bien las diferentes escuelas describen numerosas teorías han podido desarrollar una mayor diversidad de técnicas para aplicar la misma al analizar en profundidad cómo dichas técnicas actúan para promover el cambio (Sidelski. D, Bergaman. G, 2003). Ellos describen sólo 10 clases de procesos de cambio diferentes, y proponen que todo terapeuta que se entrene en el manejo de esos procesos se hallará en condiciones de manejar innumerables situaciones de cambio (Sidelski. D, Bergaman. G, 2003).

A continuación encontrará una breve explicación de cada proceso:

### 1. **Aumento de la concientización o Adquisición de conciencia**

El resumen es: “volverse consciente”. Si bien la toma de conciencia presenta un aspecto cognitivo y otro afectivo, Prochaska en un sentido

práctico, nos dice lo siguiente: “Este proceso implica una serie de actividades que buscan incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona” (para que así pueda desarrollar respuestas más efectivas). De este modo él pone énfasis en el aspecto cognitivo. (Los aspectos emocionales de la toma de conciencia pueden verse incluidos en otros procesos).

## **2. Auto-reevaluación**

Es un proceso que incluye una serie de actividades que consisten en una valoración afectiva y cognitiva, por parte de la persona, respecto a la conducta o “problema” en cuestión. Esta evaluación o valoración “nueva” es acerca de uno mismo en cuanto a si debe dejar que todo siga igual o debe hacer algo por cambiar.

El Balance decisional es mejor hecho utilizando las siguientes categorías básicas (Samaniego. C, 2005):

Consecuencias del cambio para mí.

Consecuencias del cambio para los demás.

Reacciones propias como resultado del cambio.

Reacciones ajenas como resultado del cambio.

## **3. Reevaluación ambiental**

Es un proceso que incluye una serie de actividades que consisten en una valoración afectiva y cognitiva, por parte de la persona cuando dicha valoración se vincula con los valores esenciales de uno como parte del mundo. Consiste en la evaluación del impacto que la conducta o el problema representa para otras personas.

## **4. Emoción dramática**

Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales evocadas por distinto tipo de eventos (reales o no) vinculados con la conducta o el problema que la persona manifiesta

## **5. Auto-liberación**

Este proceso representa un compromiso personal, y en un sentido práctico incluye un conjunto de actividades que llevan a incrementar



la capacidad de elegir entre diferentes opciones en relación a uno mismo. Requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta o el problema.

## **6. Liberación social**

Este proceso implica una serie de actividades vinculadas a incrementar la capacidad de elegir entre diferentes opciones. Requiere de la creencia de que uno puede realizar ciertos cambios en el ambiente social en que convive. En este sentido representa compromisos con otras personas o instituciones.

## **7. Manejo de contingencias**

Se refiere al conjunto de actividades dirigidas a reestructurar o cambiar las consecuencias que siguen al comportamiento problema con el objeto de aumentar las probabilidades de que dicha conducta problema no ocurra. En este sentido consiste en el auto o el hetero refuerzo de dicha conducta.

## **8. Contracondicionamiento. (Recondicionamiento)**

Consiste en una serie de actividades dirigidas a modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) desencadenada por estímulos condicionados al comportamiento problema, generando respuestas alternativas.

## **9. Control del estímulo**

Consiste en una serie de actividades dirigidas a modificar ciertos elementos del medio ambiente de manera tal que disminuya la probabilidad de que se presente cierta situación (la relacionada con la conducta problema).

## **10. Relación de ayuda (o relación facilitadora)**

Para este modelo, la relación de ayuda es tanto una precondition para el cambio como un proceso. En este último aspecto, y en un sentido amplio, la relación de ayuda es vista como las condiciones que genera todo vínculo humano que faciliten el cambio buscado. En este sentido amplio, se incluye la capacidad de la persona de utilizar el apoyo social (familiar, amistades etc.) tanto como las especiales condi-

ciones creadas en el contexto terapéutico.

Colaboradores, que NO Hacer:

- No empuje a alguien a la acción
- No sermonee
- No abandone
- No sea permisivo

## **NIVELES DEL CAMBIO**

El hombre siempre ha buscado qué es aquello que debe ser cambiado en la dirección de resolver el problema. En el campo de la psicoterapia, los diferentes sistemas de terapia intentan explicar dónde está el problema, que es lo que no está funcionando, para así poder actuar a ese nivel fundamental. En diferentes estudios se pudo observar que las personas discriminaron 10 categorías diferentes como causa de sus problemas personales. En el modelo transteórico se propone que desde la psicología se abordan 5 de estos 10 niveles, que se organizan jerárquicamente, para luego focalizar dónde realizar las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Dicha jerarquía se ha organizado desde lo que se considera más superficial hacia lo más profundo (Sidelski. D, Bergaman. G, 2003).

*Jerarquía de niveles de más superficial a más profundo:*

1. Sintomático / situacional. Identificar y Actuar sobre los síntomas y las situaciones que generan esos síntomas. Se puede actuar sobre los antecedentes (*desencadenantes*) o sobre las consecuencias (*síntomas*). En esta etapa es donde se sitúa la investigación.
2. Cogniciones Mal-adaptativas. Identificar y Actuar sobre las creencias irracionales disfuncionales.
3. Conflictos Interpersonales. Identificar y Actuar sobre los circuitos de interacción en las relaciones.

4. Conflictos en el Sistema familiar. Identificar y Actuar a nivel de los “patrones” familiares.

5. Conflictos Intrapersonales. Identificar y Actuar en la problemática intrapsíquica, ya sea su estructura psíquica mecanismos defensivos o impulsos.

Niveles	Etapas				
	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Sintomático / Situacional	Aumento de la Concientización				
	Emoción Dramática Reevaluación Social		Auto reevaluación	Auto liberación	Manejo de las Contingencias Relación que ayuda Contracondicionamiento Control del Estimulo
Cogniciones mal adaptativas	Idem al paso por las etapas y procesos				
Conflictos Interpersonales	Idem al paso por las etapas y procesos				
Conflictos a nivel familiar	Idem al paso por las etapas y procesos				
Conflictos Intra Personales	Idem al paso por las etapas y procesos				

Fuente. Referencia 3: Sidelski, D. Bergaman, G. (2003). Modelo Transteórico del cambio. <http://www.practicaintegral.com.ar>. Universidad de Morón.

Según este modelo de cambio el terapeuta interviene en el nivel más superficial posible que resuelva el problema. Y profundiza su tarea de acuerdo a los requerimientos del caso.

En el siguiente cuadro encontrará la relación entre los procesos de cambio y los sistemas terapéuticos que más se relacionan con cada uno, así como los autores que más representan esa escuela.

Proceso de Cambio	Sistema Terapéutico	Autores
Adquisición de conciencia	Psicodinámicos Análisis Transaccional Programación Neuroling.	Freud, Sullivan Berne Bandler, Grínder
Auto reevaluación	Terapia Racional-Emotiva Terapia Cognitivo Conductual	Ellis Beck, Mahoney
Reevaluación social	Teoría del aprendizaje social	Bandura, Kanfer
Auto liberación	Existencialismo Terapia de realidad Direct decision Therapy	Bugental Glasser Greenwald
Liberación Social	Teoría sistémica Terapia familiar estructural	Haley, Watzlawick Minuchin
Control del estímulo	Terapia Cognitivo Conductual	Goldfried, Meichenbaum
Contracondicionamiento	Terapia Conductual	Wolpe
Manejo de las Contingencias	Behavior Modification	Skinner, Ayllon, Azrin
Emoción Dramática	Terapia gestáltica Implosive therapy	Perls Stampfl
Relación de Ayuda	Humanistic Existencial	Rogers Jourard

(Fuente. Referencia 3: A System of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis (1979). Sidelski. D, Bergaman. G, (2003).

En cada uno de los estadios se efectúan intervenciones específicas que apuntan a generar el proceso de cambio que permitirá que la persona avance en las etapas. El avance no es lineal y el regreso a etapas anteriores es siempre posible.

Etapa pre-contemplativa. Los pacientes no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario (Mancia.org, 2009). “No piensan actuar en un futuro inmediato (6 meses próximos). Las personas que se encuentran aquí son en general defensivas y resistentes. Tienden a evitar leer, escuchar o hablar acerca de sus hábitos no saludables. Estas personas no están realmente listas para sumarse en programas orientados a la acción” (Samaniego. C, 2005).

Etapa contemplativa. Si bien los pacientes contemplan la necesidad del cambio aún no han hecho nada objetivo al respecto. Estos pacientes pueden ser ayudados a modificar o aumentar su motivación por el cambio intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica (Mancia.org, 2009).



“Las personas están dispuestas a actuar en los próximos 6 meses. Están más conscientes de los beneficios del cambio, pero también son muy conscientes de que los cambios tienen sus costos. Los contempladores crónicos tienden a “pensar” en lugar de “actuar” (Samaniego. C, 2005).

Trampas que no lo dejan avanzar, algunas son:

1. La búsqueda de la certeza absoluta.
2. Esperar por el momento mágico.
3. Acción prematura.

**Etapa de Preparación.** En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo, consultan solicitando ayuda. Las intervenciones terapéuticas surten un mayor efecto cuando se realizan en esta etapa (Mancia.org, 2009).

**Etapa de acción.** Involucra una modificación evidente del comportamiento. Acción es la fase donde la gente trabaja más duro, aplicando los mayores procesos de cambio más frecuentemente. Prochaska & Di Clemente han encontrado que las personas tienen que trabajar muy duro alrededor de 6 meses antes de disminuir sus esfuerzos. Un problema es que la gente espera que lo peor pase en unas pocas semanas o en unos pocos meses y así disminuir sus esfuerzos demasiado rápidamente. Esta creencia es una de las razones por las cuales las personas recaen tan rápidamente (Samaniego. C, Octubre 2005).

**Etapa de mantención.** El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas (Mancia.org, 2009). Continúan aplicando procesos particulares de cambio, pero no necesitan trabajar tan duramente para prevenir la recaída. Durante la fase de mantenimiento los riesgos más comunes para la recaída están asociados a problemas emocionales tales como ira, ansiedad, depresión, estrés. ¿Cuánto dura la etapa de mantenimiento? Para algunos toda la vida. Otros pueden terminar totalmente con sus hábitos no saludables y no experimentar tentación a través de situaciones de riesgo, con un 100% de confianza en que no volverán a fumar (Samaniego. C, 2005).

**Etapa de recaída.** Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta (Samaniego, C., 2005).

### **APLICACIONES:**

Este enfoque ha sido adoptado por varias organizaciones prominentes para cambiar los malos hábitos y adicciones que cuestan mucho dinero a un país. El Centro para el Control de Enfermedades y Prevención en Atlanta lo está utilizando para tratar de conseguir que grupos de alto riesgo de transmisión con SIDA usen condones, y el Instituto Nacional del Cáncer lo utiliza en su servicio telefónico para los fumadores que intentan dejar de fumar. El servicio Nacional de salud en gran Bretaña está utilizando este modelo también para que la gente deje de fumar y para mejorar las dietas poco saludables y abandonar el alcohol y las drogas.

Un estudio que compara los programas de uso generalizado por la Sociedad Americana del Cáncer y la American Lung Association, que ayuda a las personas a dejar de fumar y el nuevo modelo que propone Prochaska, muestran que este último es más eficiente y produce mejores resultados. Después de un año el 24% de los fumadores que utilizaron el modelo transteórico no fuma, mientras que de los que utilizaron el método general sólo el 11% se mantiene sin fumar (Goleman, D. Septiembre 1993).

Una nueva investigación que utiliza el MTT (modelo transteórico) en estudiantes consumidores de alcohol de la Universidad de Católica de Colombia, comprueba la validez y confiabilidad que tiene el modelo

transteórico en la clasificación de los participantes en las etapas de Prochaska, además propone algunas subetapas (Alarcón, F. L. 2001).

Una investigación más comprueba que los procesos de cambio como lo son la auto-reevaluación, relación de ayuda, autoeficacia y las variables de decisión son los que predicen más eficazmente. Las relaciones de ayuda y la liberación social y la emoción dramática, tienden a predecir el fracaso (Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Ginpil, S., Norcross, J.C., 1985).

En esta investigación hecha con universitarios identificados como bebedores de alto consumo, se aplica un programa motivacional individual, en grupo, y un grupo control, Se observó que ambas terapias motivacionales (individual y grupal) condujeron a una disminución significativa en los indicadores de consumo y a una mejoría en el uso de los procesos de cambio responsables del mismo. Sin embargo, la intervención grupal condujo a un impacto superior al de la intervención individual en aspectos como: a) frecuencia de consumo, b) autoeficacia ante situaciones de alto riesgo de consumo, c) percepción de vulnerabilidad y daño y d) uso de procesos conductuales asociados al cambio y al mantenimiento del mismo. Esta investigación propone que el cambio de conducta es mejor cuando la intervención es grupal (Alarcón, F.L., Gantiva, D. C. 2009).

La clasificación que da Prochaska, permite la formulación y ejecución de programas específicos de educación nutricional con el fin de promover un mayor incentivo y motivación para el cambio de las prácticas de alimentación inadecuada y proporcionar una adecuada calidad de vida a largo plazo (Toral, N., Slater, B. 2007).

Las investigaciones con adultos muestran que cerca del 45% de los pacientes que llegan a terapia abandonan el tratamiento luego de algunas pocas sesiones, generalmente por resistencia, falta de motivación o no sentirse listos para afrontar la terapia. Estos investigadores especularon sobre los motivos de tan alto porcentaje de abandono en la terapia, y llegaron a la conclusión de que las personas entran a

tratamiento con diversos niveles de disponibilidad para el cambio. En base a esto, plantearon diferentes pasos en el proceso de cambiar intencionalmente el comportamiento, y propusieron que el impacto potencial de cualquier intervención terapéutica depende del paciente y sus niveles de disponibilidad para el cambio. El modelo así propuesto tuvo una efectividad en la predicción de porqué las personas abandonan la terapia de un 93%. Con este enfoque, se pasa desde un modelo informativo a otro motivacional, siendo el paciente quien toma la iniciativa para recuperarse, ofreciéndole el terapeuta estrategias de cambio adecuadas de acuerdo a la etapa del proceso en que el adolescente se encuentra y a los acuerdos alcanzados entre ambos (Toral, N., Slater, B. 2007). Además de que esta investigación corrobora la predicción del porqué la motivación es un factor muy importante para el cambio de conducta, también gracias a su intervenciones comprueban los resultados favorables aplicando el modelo transteórico a la eliminación del hábito de consumir drogas en jóvenes adolescentes (T. McWhirter, Ph.D., Florenzano U., Soubllette L. 2002).

## **CONCLUSIÓN:**

Este interesante modelo plantea cambiar una conducta problema mediante 6 etapas, es un proyecto que implica invertir tiempo, pues la eliminación del hábito sucede por completo y sin reincidencia después de algunos años; la eficacia de este programa depende precisamente del tiempo y el esfuerzo que cada individuo hace para lograr eliminar un hábito no saludable.

Así que utilizar el modelo transteórico de Prochaska para mejorar los hábitos de salud y eliminar los malos hábitos como la mala alimentación, promete soluciones eficaces, adecuadas y permanentes. Si bien los cambios a largo plazo es algo a lo que las personas no están acostumbradas. Pensando en esto se utilizan los procesos de cambio, ya que para cambiar una conducta primero se debe cambiar de forma de pensar.

El tiempo para modificar la conducta depende del número de regresos al hábito insano, de cada persona. Por una parte se toma el tiempo necesario, por otra las características de cada individuo, parece entonces un arduo trabajo y un largo camino, sin olvidar las dificultades extras del contexto social; aunque bien vale la pena utilizar este nuevo modelo transteórico para aventurarse al difícil sendero que implica cambiar una conducta, abordando desde un enfoque más libre de decisión para la persona.

Este modelo tiene similitud con el modelo Chimalli que se trabaja actualmente en México, con la diferencia que el primero refiere a un cambio y el segundo a una prevención, los métodos y técnicas son muy similares. Y ha mostrado resultados eficaces en la prevención y sensibilización de una sociedad. La implementación del modelo transteórico es ya un hecho en otros países y ha dado muy buenos resultados, como se dijo anteriormente en las investigaciones realizadas.

Utilizar este modelo en proyectos que ayuden a disminuir el número de personas que realizan conductas poco sanas, no es ya un lujo para nuestro país, sino una necesidad. Aprovechemos entonces la existencia de este modelo y las posibles soluciones que nos ofrece para resolver problemas sociales tan costosos que parece se salen de nuestras manos.

### **SOBRE EL AUTOR:**

**Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Guanajuato (México) con 29 años de experiencia en el área de la medicina. Cuenta con más de 20 años de experiencia docente en universidades de México. Pertenece al cuerpo docente del Doctorado en Ciencias de la Educación de UMECIT.**

### **BIBLIOGRAFÍA**

Comunidad de Ciencias de la salud, (2009). Etapas de Prochaska, Boletín de Psiquiatría.

Samaniego, C. (2005). El modelo transteorético de Prochaska. Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco. Universidad de Argentina.

Sidelski, D. Bergaman, G. (2003). Modelo Transteórico del cambio. <http://www.practicaintegral.com.ar>. Universidad de Morón. (Consultado en diciembre 2011).

Goleman, D. (Septiembre 1993). New Addiction Approach Gets Results. The New York Times.

Alarcón, F. L. (2001). Clasificación de estudiantes Universitarios Bogotanos Consumidores de alcohol en etapas conforme al modelo transteórico. Sección latinoamericana. 13(2): 199-209.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Ginpil, S., Norcross, J.C., (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *pub. med.gob.* 10 (4): 395-406.

Alarcón, F.L., Gantiva, D. C. (2009). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas sociales al cambio. *Imbiomed.* 12(1): 13-26.

Toral, N., Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar: Transtheoretical model approach in eating behavior. *Ciência & Saúde Coletiva.* 12(6).

McWhirter T., Florenzano U., Soublette L. (2002). El modelo transteorico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Adolescencia latinoamericana.* 3(2).