

MODELO TRANSTEÓRICO DEL TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS (PROCHASKA Y DICLEMENTE)¹

Este es un modelo tridimensional que identifica tres aspectos del cambio de las conductas adictivas:

- (a) **Estadios del cambio:** correspondientes a una división temporal del proceso en etapas, de acuerdo a un criterio basado en la motivación o disposición del sujeto a modificar su conducta, que comprende el periodo que va desde el momento en que la persona tiene una leve percepción del problema hasta en que éste ya no existe;
- (b) **Procesos de cambio:** referidos a las actividades iniciadas o experimentadas por la persona en proceso de cambio, que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales; y
- (c) **Niveles de cambio:** que consisten en los problemas psicológicos de la persona susceptibles de ser tratados, organizados jerárquicamente en cinco niveles interrelacionados, basados en los principales focos de intervención de las distintas corrientes psicoterapéuticas.

Estadios del Cambio

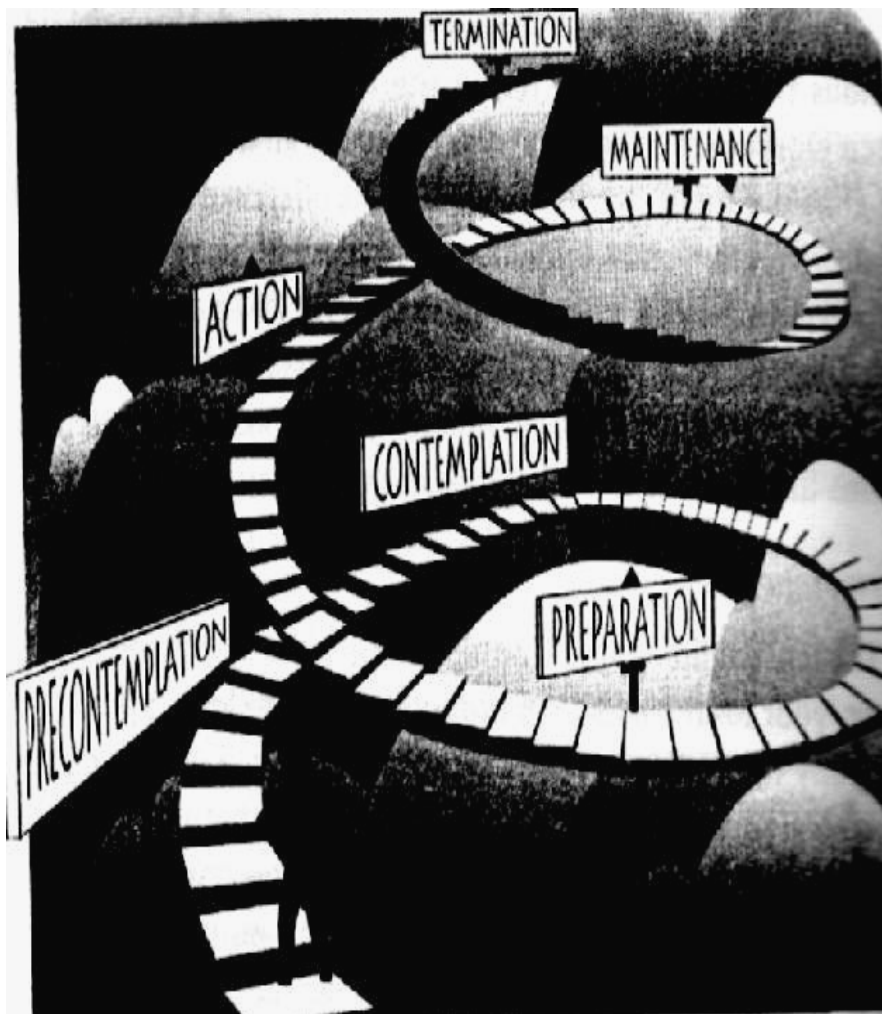
La distinción de los estadios se relaciona con la evolución temporal de los cambios de acuerdo a un determinado orden, que siguen un proceso en espiral, es decir, la mayoría de las personas no siguen un proceso unidireccional de avance, pasando de una etapa a otra hasta concluir el cambio deseado, sino que avanza algunos estadios, recae y retrocede a estadios anteriores para luego avanzar a un estadio superior al logrado en el primer avance y de ahí continuar su proceso.

Por esa razón, la duración de este proceso varía según cada persona y según la complejidad del problema de consumo, sin embargo la mayoría demora entre dos a tres en completar el recorrido desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento.

A diferencia del modelo tradicional en que la recaída es considerada un fracaso, en este modelo se la considera como parte normal de proceso de cambio. La mayoría de los consultantes recaen en algún momento del ciclo (por esto es que se representa a las fases del cambio en forma de un espiral; véase la Figura de la página siguiente). Una gran parte de ellos no abandonan el intento de cambio, sino que lo recomienzan a partir del estadio de contemplación y se preparan para la actuación posterior.

¹ Resumido del Documento de Trabajo, "Diagnóstico, Tratamiento y Alianza Terapéutica", Programa de Apoyo a los Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u Otras Sustancias Estupefacientes o Psicotrópicos", CONACE, 2004

También es importante considerar que no todas las personas que contemplan la posibilidad de modificar su conducta adictiva logran hacerlo; según Prochaska y DiClemente alrededor de un tercio de los consultantes se estancan en algún estadio y no logran completar el proceso.



Fases del Cambio

(Prochaska et al., *Changing for Good*, 1994)

Cuadro analítico de los estadios del cambio de las conductas adictivas

Estadio	Disposición hacia el cambio ²	Conciencia del problema ³	Balance decisional ⁴	Motivación al tratamiento	Autoevaluación de eficacia v/s craving ⁵
Precontemplación	No considera necesario cambiar su conducta, ya que no la percibe como problema.	No existe conciencia del problema o la conciencia es mínima y observa con extrañeza que otras personas así lo consideran, incluso lo niega.	Los aspectos gratificantes que obtiene del consumo (ganancias) son superiores a los aversivos (pérdidas).	Acude a tratamiento presionado por los demás (familia, conflictos con la justicia, problemas laborales, etc.) con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca.	Gran desnivel entre la baja autoeficacia y la magnitud del deseo de consumir (percepción de incapacidad y falta de voluntad), pero hay que tener en cuenta que no se ha modificado la conducta adictiva, por lo que es difícil que la persona auto-evalúe su eficacia.

² Disposición de la persona a modificar su conducta y constituye el criterio principal de distinción entre un estadio y otro.

³ Expresa la percepción que tiene la persona respecto de su conducta. A medida que se avanza en los estadios, la percepción del problema se hace más compleja abarcando los variados ámbitos de la conducta (personal, familiar, laboral y social).

⁴ Evaluación de los pro y los contra de abandonar la conducta. Este aspecto es relevante en los tres primeros estadios y es menos importante en los siguientes, al lograrse un cambio en la conducta adictiva.

⁵ Este criterio combina dos aspectos: la auto-eficacia, es decir, la percepción de la propia persona respecto de su capacidad para modificar su conducta, y por otra el *craving*, esto es la persistencia del deseo unida a la incapacidad de controlarlo. Estas variables evolucionan en forma inversamente proporcional a través de los estadios, es a medida que aumenta la percepción de auto-eficacia disminuye el *craving*. Cabe señalar que la disminución total del deseo intenso de consumir que plantea el modelo en el último estadio (mantenimiento) puede entenderse más como el control del deseo que su extinción total.

Estadio	Disposición hacia el cambio	Conciencia del problema	Balance decisional	Motivación al tratamiento	Autoevaluación de eficacia v/s craving
Contemplación	Empieza a plantearse la posibilidad de abandonar la conducta adictiva. No ha desarrollado un compromiso firme de cambio, se siente ambivalente respecto a la necesidad de cambiar y a los supuestos beneficios del cambio.	Toma de conciencia progresiva de la existencia de toda una problemática engendrada por la conducta adictiva.	Los aspectos gratificantes que obtiene del consumo empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van progresivamente reconociéndose y en aumento.	Inicia un proceso interno de motivación de acuerdo a la creciente toma de conciencia de problema. Se esfuerza en comprender su problema de consumo, sus causas, sus consecuencias y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.	Disminuye el desnivel entre baja autoeficacia y la magnitud del deseo de consumir.
Preparación	Se compromete a abandonar su conducta adictiva. Realiza algunos pequeños cambios conductuales, por ejemplo, disminuye la dosis de droga que consume logrando abstenerse por periodos cada vez más largos.	Hay conciencia del problema y decisión para modificar su conducta.	Los aspectos aversivos se reconocen y comienzan a ser percibidos como superiores respecto a los gratificantes.	Desea cambiar su conducta problemática y, en consecuencia, puede solicitar activamente apoyo terapéutico..	Continúa disminuyendo el desnivel entre baja autoeficacia y la magnitud del deseo de consumir.

Estadio	Disposición hacia el cambio	Conciencia del problema	Balance decisional	Motivación al tratamiento	Autoevaluación de eficacia v/s craving
Acción	Los aspectos aversivos son claramente percibidos como superiores a los gratificantes.	Hay conciencia del problema y se implementa la acción para abandonar la conducta adictiva.	La autoeficacia aumenta drásticamente y la tentación de consumir disminuye en forma gradual. En este estadio surge el riesgo de recaída, relacionado principalmente con el intenso síndrome de abstinencia.	Puede solicitar apoyo para enfrentar el período de desintoxicación ya que reconoce el fracaso en intentos anteriores. Muestra mayor compromiso con su proceso terapéutico.	Cambia su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que la afectan, con el objetivo de superar su problema de consumo. Cambios visibles para las personas cercanas con llevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.
Mantenión	No sólo son percibidos los aspectos aversivos de la conducta adictiva como superiores a los gratificantes, sino que los aspectos gratificantes del cambio comienzan a ser valorados en el balance decisional.	Se mantiene la conciencia del problema.	El deseo intenso de consumir disminuye totalmente, mientras que la percepción de auto-eficacia alcanza su punto máximo.	Se centra en aquellos aspectos del tratamiento que promuevan la prevención de la recaída.	Compromiso con el cambio para conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. El cambio puede ser percibido como una amenaza debido al miedo a recaer, como si cualquiera cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída. Esto puede generar un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado.

La recaída

En la evolución temporal que representa el avance a través de los estadios, la recaída constituye la interrupción del desarrollo lineal del proceso y un regreso a etapas anteriores. Considerando que una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantención del cambio de la conducta adictiva fallan (abstinencia, cambio en estilo de vida), ésta sólo puede producirse en los estadios de acción y mantención, ya que en los estadios anteriores no se ha abandonado el consumo.

La persona que recae enfrenta, en general, sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, de manera que su sentido de auto-eficacia se ve seriamente afectado. Por esta razón es necesario reevaluar todos los criterios para determinar al estadio que ha retrocedido. Según Prochaska y DiClemente las personas al recaer regresan al estadio de *contemplación*, y desde ahí reinician sus intentos por modificar su comportamiento, por lo cual es clave la acción del terapeuta, para ayudarlas nuevamente a pasar a los estadios siguientes.⁶

De acuerdo a los estudios citados por Prochaska y DiClemente sobre el comportamiento seguido por personas participantes en un amplio espectro de terapias, la mayoría recae durante el primer año (entre el 70% al 80%). Sin embargo, la mayoría de quienes recayeron –el 84%– no abandonó el tratamiento y volvió a reiniciar el proceso en la mayoría desde el estadio de contemplación.

La finalización

Este es un estadio más bien teórico, definido como la convicción del usuario que no volverá a consumir y por la ausencia total del deseo de consumir (tendrá cero tentación).

Prochaska y DiClemente reportan que en el caso del tabaquismo esta fase se alcanza después de 5 años de abstinencia mantenida.

Puesto que no existen estudios similares en relación con otras conductas adictivas y que incluso entre las personas adictas a la nicotina hay quienes nunca logran cumplir con los criterios establecidos, no es posible afirmar por ahora que se alcance este estadio en las conductas adictivas.

⁶ Recuérdese que Prochaska y DiClemente afirman que hay personas que se encuentran en el estadio de precontemplación después de diversos intentos fallidos por modificar su comportamiento (*Changing for Good*, 1994)

Procesos de cambio

Los procesos de cambio es lo que hacen las personas para avanzar con éxito desde un estadio del cambio al siguiente; es decir, las actividades iniciadas o experimentadas por una persona, que modifican sus sentimientos, conocimientos o sus relaciones interpersonales.

Prochaska y DiClemente identificaron 10 procesos básicos del cambio de las conductas adictivas, que se agrupan en procesos cognitivos y conductuales.⁷

Procesos de cambio

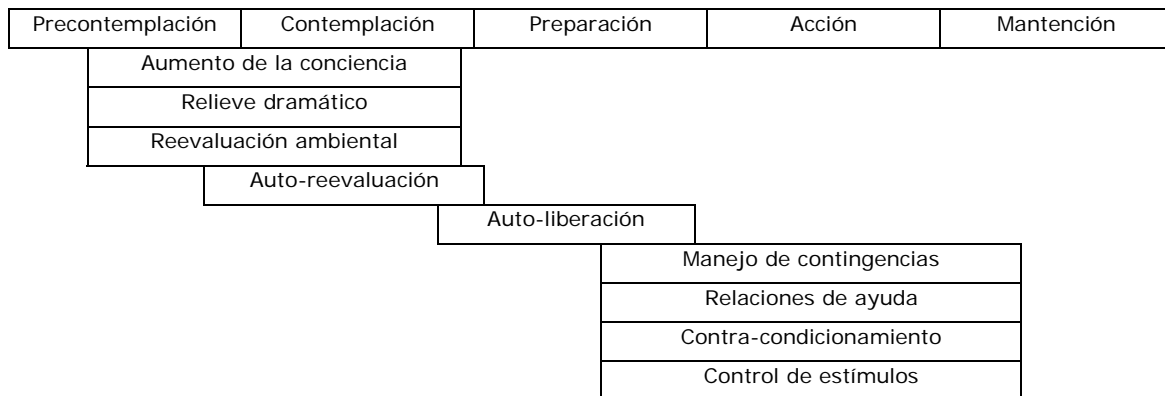
<i>Clasificación según el tipo de cambio</i>	<i>Procesos del cambio</i>
Cognitivos o experienciales	Aumento de la concienciación
	Auto-reevaluación
	Reevaluación ambiental
	Alivio dramático
	Liberación social
Conductuales	Auto-liberación
	Manejo de contingencias
	Relaciones de ayuda
	Contra-condicionamiento
	Control de estímulos

Según Prochaska y DiClemente, hay una relación directa entre los procesos de cambio y los estadios del cambio. Determinaron que en cada estadio las personas utilizan determinados procesos para avanzar al estadio siguiente. Esto significa que una vez que el terapeuta conozca en qué estadio del cambio se encuentra la persona en tratamiento, sabrá cuáles son los procesos que debe orientar para ayudarlo a avanzar al nuevo estadio. Esto es muy importante, pues la inadecuada selección de los procesos no sólo no facilita el avance de la persona, sino que lo obstaculiza. Un gran número de personas se estanca en un determinado estadio (generalmente el de contemplación) en su proceso de cambio, porque el terapeuta ha intencionado procesos que no corresponden al estadio de cambio en que se encuentra la persona, generando sentimientos de frustración y de baja auto-eficacia.

En el diagrama que se encuentra más abajo, se puede apreciar que el inicio de los procesos de cambio no coincide con el de los estadios, sino que se ubican al medio de éstos y se prolongan hasta el estadio siguiente, constituyéndose en una especie de puente entre los estadios. Esto es debido a que una vez que la persona alcanza un determinado estadio, mientras termina de afianzar los procesos logrados en la etapa anterior, debe iniciar los nuevos procesos que le permitirán seguir avanzando.

⁷ En los Anexos 1 y 2 se encuentran dos cuestionarios diseñados para evaluar la fase de la motivación para el cambio y los procesos de cambio del usuario.

Integración de los estadios y los procesos de cambio



Precontemplación

<i>Procesos asociados</i>	<i>Breve descripción de los procesos</i>
<p>Durante este estadio la utilización de los procesos de cambio es menor que en los otros estadios, pues los usuarios no ven la necesidad de cambiar y no destinan ningún esfuerzo, o muy poco, al análisis o superación de sus problemas [percibidos por otros].</p> <p>En el contexto terapéutico, al que llegan por presión externa, presentan resistencias a los esfuerzos del terapeuta por ayudarles a cambiar.</p> <p>Para ayudarlos a avanzar al siguiente estadio, se sugiere intencionar los siguientes procesos:</p>	<p><i>Aumento de la concienciación</i></p> <p>Consiste en que la persona intensifica el procesamiento de información sobre los problemas asociados a su conducta adictiva y a los beneficios de modificarla.</p>
	<p><i>Relieve dramático</i></p> <p>La persona experimenta y expresa reacciones emocionales elicítadas (provocadas, inducidas) por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos, particularmente sobre la salud, asociados a la conducta adictiva.</p>
	<p><i>Reevaluación ambiental</i></p> <p>La persona valora el estado actual de sus relaciones interpersonales, en relación con el impacto tanto de su conducta adictiva, como de los beneficios del abandono ésta, sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas cercanas.</p>

Contemplación

<i>Procesos asociados</i>	<i>Breve descripción de los procesos</i>
<p>El paso de la precontemplación a la contemplación y el progreso en este estadio lleva asociado un mayor uso de los procesos de cambio cognitivos, afectivos y de evaluación, iniciados en el estadio anterior: aumento de la concienciación, alivio dramático y reevaluación ambiental.</p> <p>A medida que los usuarios se vuelven más conscientes de sí mismos y de la naturaleza de sus problemas, adquieren mayor libertad para autoevaluarse afectiva y cognitivamente. Así, durante este estadio se da inicio al proceso de la auto-reevaluación que cumplirá la función de puente hacia el estadio de preparación.</p>	<p>Auto-reevaluación</p> <p>La persona valora afectiva y cognitivamente el impacto de su conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, y reconoce afectiva y cognitivamente la mejoría significativa que representaría para su vida abandonar el consumo.</p> <p>El análisis de los valores significa distinguir los valores que se intentará hacer realidad, los que se pondrán en acción y los que se desea modificar.</p>

Preparación

<i>Procesos asociados</i>	<i>Breve descripción de los procesos</i>
<p>En este estadio se mantienen algunos de los procesos iniciados en los estadios anteriores y simultáneamente surgen otros que constituyen los primeros pasos hacia la acción. Es posible que se utilicen procesos de contra-condicionamiento y de control de estímulos para comenzar a reducir el consumo. Sin embargo, el punto más importante es que el uso de la sustancia adictiva se vaya considerando en mayor medida bajo el control, propio que bajo el control biológico. La preparación de los usuarios para la acción requiere cambios en la forma de pensar y de sentir en relación con su conducta adictiva y con la valoración del estilo de vida. Todos estos cambios constituyen el inicio del proceso de auto-liberación que se desarrollará más plenamente en el siguiente estadio.</p>	<p>Auto-liberación</p> <p>La persona aumenta su capacidad para decidir y elegir, unida a la creencia que ella misma puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que posee o puede desarrollar las habilidades necesarias para hacerlo.</p>

Acción

<i>Procesos asociados</i>	<i>Breve descripción de los procesos</i>
<p>Durante este estadio es importante que los usuarios actúen para auto-liberarse. Es decir, que la modificación de la conducta en este estadio se fundamenta en una percepción creciente de auto-eficacia unida a la creencia que los propios esfuerzos representan un papel clave en la superación del problema (cambios cognitivos y afectivos), y por otra parte en el uso de procesos conductuales como el contra-condicionamiento y el control de estímulos.</p> <p>Este es un estadio de cambio especialmente estresante, pues por un lado la persona necesita creer que posee la autonomía necesaria para cambiar la vida, y por otro debe aceptar que la coacción forma parte de su vida tanto como la autonomía. Además, el riesgo de recaída que surge asociado a la disminución o abstinencia del consumo también trae asociado el riesgo del fracaso y con ello la culpa y una serie de sentimientos y auto-percepciones negativas que pueden lesionar los logros conseguidos.</p> <p>Por estas razones, las personas que se encuentran en este estadio tienen una especial necesidad de apoyo y de comprensión por parte de quienes conforman su entorno cercano.</p>	<p>Liberación social</p> <p>La persona aumenta su capacidad para decidir y escoger, propiciado en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas disponibles.</p>
	<p>Manejo de contingencias</p> <p>La persona logra aplicar técnicas de control de contingencias y/o responde positivamente a su aplicación por parte del terapeuta. El manejo de contingencias es cualquier técnica de condicionamiento operante que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias. Consiste en la presentación contingente o retiro de los reforzadores y estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas.</p>
	<p>Relaciones de ayuda</p> <p>La persona identifica y usa redes de apoyo social (familiares y amigos) que pueden facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva. Por ejemplo, abrirse y confiar en alguna persona cercana.</p>
	<p>Contra-condicionamiento</p> <p>La persona logra modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) provocada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.</p>
<p>Control de estímulo</p> <p>La persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva que la reduzca significativamente.</p>	

Mantenición

<i>Procesos asociados</i>	<i>Breve descripción de los procesos</i>
Los procesos asociados al estadio de mantención son todos los desarrollados en el estadio anterior, sin embargo la preparación específica para este estadio implica la prevención de recaídas. Las personas necesitan valorar las alternativas que disponen para afrontar las condiciones de mayor riesgo sin que resurjan las defensas autodestructivas y los patrones patológicos de respuesta. Prochaska y DiClemente señalan que probablemente lo más importante para la persona es que está convirtiéndose progresivamente en quién desea ser. La aplicación eficaz y continua de técnicas de contra-condicionamiento y de control de estímulos depende de la convicción que el cambio producido genera una mayor valoración de sí mismo y por parte de los demás.	Liberación social Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contra-condicionamiento Control de estímulos

Niveles de cambio

Los niveles de cambios consisten en el modo de ordenar los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados, de acuerdo al grado de contemporaneidad con el problema actual de la persona, en este caso la conducta adictiva y el grado de conciencia que posee el usuario.

<i>Criterios de clasificación</i>	<i>Niveles de cambio</i>
Más consciente y contemporáneo	Síntoma/situación
	Cogniciones desadaptativas
	Conflictos personales actuales
	Conflictos de familia/sistemas
Menos consciente y menos contemporáneo	Conflictos intrapersonales

Cada enfoque o sistema terapéutico ha situado el origen de los problemas psicológicos en uno o más de estos niveles y ha centrado su atención en los mismos en la búsqueda de su solución. En el Modelo Transteórico se privilegia intervenir en el nivel síntoma/situación porque el cambio suele ser más rápido, más consciente y más contemporáneo. Además, porque en ese nivel se ubican los problemas que constituyen el motivo o razón principal por las que las personas acuden en busca de tratamiento, y porque las personas que inician el proceso sin

ayuda profesional lo hacen en este nivel. Asimismo, los autores suponen que los niveles inferiores implican mayor complejidad y extensión temporal que los niveles superiores.⁸

Sin embargo, el enfoque transteórico no desecha la intervención en los otros niveles, y se plantean tres estrategias posibles:

- (1) **Cambio de niveles:** que consiste en ir avanzando de nivel en nivel, desde el primero hasta localizar el que resulte eficaz para facilitar el cambio deseado;
- (2) **Nivel clave:** consistente en trabajar un nivel determinado al que apunte la evidencia disponible, previo acuerdo y compromiso del paciente; y
- (3) **Impacto máximo:** que considera el trabajo simultáneo en varios niveles.

El proceso diagnóstico será *integral*, entonces, cuando a propósito de determinar la presencia de abuso o dependencia de una o más sustancias, pesquisar la presencia o no de trastornos psiquiátricos asociados, y determinar el compromiso biopsicosocial del usuario, el terapeuta o el equipo *investigan en qué fase de la motivación para el cambio* se encuentra el consultante, con el fin de determinar las intervenciones adecuadas para facilitar la progresión del usuario hacia la fase de preparación y acción para el cambio.

Puesto que las investigaciones estiman que las personas que presentan conductas adictivas se encuentran entre un 60% a un 65% en el estadio de precontemplación, y entre un 25% y 35% están en el estadio de contemplación, los primeros movimientos del terapeuta será *facilitar* la progresión del consultante hacia la fase de preparación.

⁸ Bien sabemos que es más probable tener éxito en un tratamiento que apunte a las metas de los propios consultantes, más que a las metas teóricas del profesional-experto-en-la-vida-de-otros. Véase más adelante el apartado referido a Entrevistas Motivacionales.

ANEXO 1

ESCALA DE EVALUACION DEL CAMBIO, UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND⁹

Nombre: _____ Fecha: _____

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando comienza un tratamiento y aborda algún problema en su vida. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de estas frases. En cada caso, responda en función de cómo se siente ahora mismo y no en función de cómo se sintió en el pasado o cómo le gustaría sentirse.

	Totalmente en Desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar					
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera					
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando					
4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema					
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa la posibilidad que dé un paso atrás con un problema que he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mi mismo.					
9. He trabajado con éxito mi problema, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.					
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.					

⁹ Tomado y ligeramente modificado, de J. Graña (Ed.) (1998) *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Ed. Debate, Madrid

	Totalmente en Desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mi mismo.					
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.					
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.					
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo					
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.					
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.					
18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aun me encuentro luchando con él.					
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.					
21. Quizá en este lugar me puedan ayudar					
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.					
24. Espero que aquí alguien me pueda ayudar con un buen consejo.					
25. Cualquiera persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.					
26. Toda esta charla psicológica es aburrida, ¿por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.					

	Totalmente en Desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona, ¿por qué perder el tiempo pensando en ellas?					
30. Estoy trabajando activamente con mi problema.					
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.					
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					

CRITERIOS DE EVALUACION

PRECONTEMPLACION: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31

CONTEMPLACION: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24

ACCION: 3, 7, 10, 17, 20, 25,30

MANTENCION: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE PROCESOS DE CAMBIO PARA ADICTOS¹⁰

Nombre:.....
 Edad:.....
 Fecha:.....

Le solicitamos que. responda a las siguiente afirmaciones, marcando con una "X" la categoría de respuesta con la cual usted se sienta más identificado.

	Nunca	Muy pocas veces	De vez en cuando	Bastante s veces	Muchas veces
1 Me siento enojado cuando pienso en mi consumo de droga.					
2 Me detengo a pensar cómo mi consumo de drogas ha perjudicado a las personas que me rodean.					
3 Encuentro que. mantenerse ocupado disminuye mis ganas de consumir droga.					
4 Evito a la gente con la cual he consumido drogas.					
5 Cuando me siento tentado a consumir droga, intento distraerme haciendo otra cosa.					
6 Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con la droga.					
7 Me gusta ver anuncios o noticias en la televisión acerca de cómo la sociedad está intentando ayudar a la gente a no tomar drogas.					
8 Me gusta estar con personas que me felicitan o recompensan por no tomar drogas.					

¹⁰ Tomado y adaptado al castellano chileno, de J. Graña (Ed.) (1998) *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Ed. Debate, Madrid

	Nunca	Muy pocas veces	De vez en cuando	Bastante s veces	Muchas veces
9 Estoy avergonzado por algunos de mis comportamientos durante mi consumo de drogas.					
10 Algunas personas me hacen sentir bien cuando no tomo drogas.					
11 Estoy plenamente consciente del daño que mi consumo de drogas ha ocasionado sobre las personas que me importan.					
12 Miro los letreros en sitios públicos que motivan a las personas a no consumir drogas.					
13 He escuchado que las drogas pueden provocar graves cambios en el estado de ánimo y ocasionar depresión.					
14 Me detengo a pensar que mi consumo de drogas a ocasionado problemas a otras personas.					
15 Me siento avergonzado o decepcionado conmigo mismo cuando me doy cuenta que dependo de las drogas.					
16 Me atemorizan algunas de las situaciones en las que me he encontrado como resultado de mi consumo de drogas.					
17 Encuentro útil hacer alguna actividad física para aguantar las ganas de consumir drogas.					
18 Evito los lugares donde las personas consumen drogas.					

	Nunca	Muy pocas veces	De vez en cuando	Bastantes veces	Muchas veces
19 Tengo a alguien Que. intenta compartir conmigo sus experiencias personales con el consumo de drogas.					
20 Existen personas en mi vida diaria que se preocupan que me sienta bien cuando no consumo drogas.					
21 La información de los medios de comunicación (revistas, radio, televisión) sobre las drogas atrae mi atención.					
22 Me comprometo a no recurrir a las drogas en los momentos en que me siento ansioso o inseguro de mi mismo.					
23 Me siento asustado por la intensidad de mis ganas de consumir drogas.					
24 Me digo a mi mismo que soy capaz de no tomar drogas si me lo propongo con suficiente firmeza.					
25 Las descripciones dramáticas de los peligros de las drogas me afectan emocionalmente (me siento nervioso, preocupado).					
26 Me mantengo alejado de los lugares asociados en general a mi consumo de drogas.					
27 Me doy cuenta que algunas personas que están dejando las drogas manifiestan su deseo de no ser inducidos a consumir.					

	Nunca	Muy pocas veces	De vez en cuando	Bastantes veces	Muchas veces
28 He oído hablar sobre los graves problemas médicos que puede provocar el consumo de drogas.					
29 Me digo a mi mismo que no necesito drogas para sentirme bien conmigo mismo.					
30 Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas a causa de las drogas.					

CRITERIOS DE EVALUACION

AUMENTO DE LA CONCIENCIACION	13, 21, 28
CONTRA-CONDICIONAMIENTO	3, 5, 17
ALIVIO DRAMÁTICO	16, 23, 25
REEVALUACION AMBIENTAL	2, 11, 14
RELACIONES DE AYUDA	6, 9, 30
MANEJO DE CONTINGENCIAS	8, 10, 20
AUTO-LIBERACION	22, 24, 29
AUTO-REEVALUACION	1, 9, 15
LIBERACION SOCIAL	7, 12, 27
CONTROL DE ESTIMULOS	4, 18, 26

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE BALANCE DECISIONAL¹¹

Nombre: _____ Fecha: _____

Las siguientes frases representan diferentes opciones sobre el consumo de cocaína. Por favor, puntúa el grado de importancia que tiene para ti en cada afirmación para decidir si tomas o no cocaína, mediante la escala desde “no importante” a “muy importante”.

	No importante	Un poquito importante	Algo importante	Bastante importante	Muy Importante
1. Me siento mejor cuanto tomo cocaína.					
2. La cocaína me hace sentir más seguro y sociable.					
3. Soy una compañía más divertida cuando tomo cocaína.					
4. Mi consumo de cocaína me ha llevado a comportarme de forma irresponsable.					
5. Me siento más seguro cuando consumo cocaína.					
6. Cuando consumo cocaína no logra mantenerme al día con los pagos de mis cuentas.					
7. La cocaína me ayuda a aliviar mis tensiones.					
8. A medida que me metía más en el consumo de cocaína, más me alejaba de las personas con las que antes me relacionaba.					
9. Cuando consumo cocaína pido prestado dinero que no consigo devolver.					
10. La cocaína me proporciona una inyección extra de energía.					
11. Comprar cocaína ha contribuido a que experimente presiones económicas.					
12. Tengo problemas de sueño cuanto tomo cocaína.					

¹¹ Tomado de J. Graña (Ed.) (1988) *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Ed. Debate, Madrid

CRITERIOS DE EVALUACION

PROS 1, 2, 3, 5, 7, 10

CONTRAS 4, 6, 8, 9, 11, 12