

Drogadicción. Un proceso de cambio

Modelo transteórico

Para un mejor abordaje diagnóstico-terapéutico del control de la drogadicción, hay que tener en cuenta que dejar las drogas y cambiar por un estilo de vida más saludable, no debe ser considerado como un hecho puntual en la vida del drogadicto, sino como un proceso que pasa por una serie de etapas, Prochaska y Di Clemente en 1994.

Estos autores propusieron un modelo transteórico de cambio, en donde los estadios de cambio han mostrado ser un elemento claramente predictivo de asistir o no a un tratamiento y sobre la eficacia del mismo.

Su modelo y los estudios que lo sustentan han permitido entender las conductas adictivas no como un fenómeno de todo o nada, sino como un continuo en la intención a dejar una conducta adictiva, como en el mismo proceso de recuperación, el cual pasa por toda una serie de fases de recuperación y recaída hasta que finalmente se consigue la abstinencia a medio y largo plazo.

Este proceso de abandonos y recaídas puede durar varios años.

Aunque su modelo es tridimensional, integrando estadios, procesos y niveles de cambio, el mayor impacto del mismo está en los estadios del cambio.

Estos representan una dimensión temporal que nos permite comprender cuándo ocurren los cambios, ya sea a nivel cognitivo, afectivo o conductual.

Los drogadictos se encuentran en una fase o en otra en función de cuál sea su actitud en cuanto a realizar un intento serio de dejar las drogas.

Los estadios de cambio

Estos autores (Prochaska y colaboradores, 1994), consideran seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

Fase de precontemplación.

No existe conciencia del problema, ni se busca ningún tipo de solución. En esta etapa los programas terapéuticos suelen fracasar. Los esfuerzos del profesional han de ir dirigidos a promover la motivación del paciente. Los niveles de intervención son: informar, no etiquetar.

Fase de contemplación.

Se empieza a contemplar el problema pero aún existe una ambivalencia que frena al paciente. En esta fase todavía son muy frecuentes los intentos terapéuticos fallidos. El nivel de intervención son: evaluar pros y contras de conducta actual y del cambio y entrevista motivacional.

Fase de preparación.

La ambivalencia se ha resuelto a favor del cambio y el paciente ha decidido emprender alguna medida para modificar sus hábitos de consumo. El nivel de intervención son: pactar objetivos y compromiso.

Fase de acción.

Se inicia el cambio de conducta, generalmente, en el marco de una intervención terapéutica. El nivel de intervención son: intervención terapéutica y refuerzos positivos.

Fase de mantenimiento.

Su duración se extiende desde los seis meses posteriores a la estabilización hasta cinco años después de iniciada la acción. El nivel de intervención son: análisis de dificultades, habilidades y refuerzos positivos.

Fase de finalización.

Si después de la fase de mantenimiento no se produce una recaída, se llega a esta última fase, en la que se da por finalizado el proceso de cambio.

Recaída.

El cambio a través de los distintos estadios implica un patrón en espiral. En este recorrido, la recaída es un evento fruto de la interrupción de la fase de acción o de mantenimiento, provocando un movimiento hacia estadios previos de precontemplación y contemplación. La recaída es un fenómeno sumamente frecuente en las conductas adictivas. El nivel de intervención son: motivar reacción y estrategias de manejo de recaídas

En este gráfico se observa el Patrón es espiral

Estrategias para motivar el cambio de fase

De acuerdo a este modelo, las personas que se encuentran en la fase de “Precontemplación”, “Contemplación” o “Acción” necesitan motivación y estímulo previos para poder llegar a la “Acción”.

A continuación se describen los procesos que pueden ser utilizados para motivar a la persona para pasar de la fase de “Pre-contemplación” y “Contemplación” a la “Acción”. En estas etapas es clave el saber escuchar al paciente y crear un ambiente de agrado y confianza.

1. Promover la toma de conciencia de la situación problema (el darse cuenta)

Proporcionar información con respecto al riesgo asociado a la conducta problema. Las intervenciones que se pueden realizar son: educación personalizada, promover la discusión que facilite el darse cuenta de las consecuencias de la conducta de riesgo, campañas en los medios de comunicación masivos

2. Compromiso emocional

Conseguir que el individuo se comprometa emocionalmente, lo que favorecería la toma de decisión para la "acción". Esto se puede lograr a través de actividades como juego de roles, testimonios personales y campañas en los medios de comunicación masivos.

3. Reevaluación del medio ambiente

Permite que el individuo reflexione sobre las consecuencias de su comportamiento en relación a los hábitos de las personas que viven a su alrededor, el identificarse como un modelo positivo o negativo. La intervención a nivel familiar contribuye a promover hábitos positivos.

4. Oportunidades sociales

Otorgar mayores oportunidades de tener una mejor calidad de vida a grupos sociales menos favorecidos, a través de políticas de salud, programas a grupos de riesgo.

5. Auto-reevaluación

Evaluación de la imagen de uno mismo con y sin el comportamiento riesgoso. Son efectivos además los modelos de otras personas que viven una vida saludable. Los procesos que se señalan a continuación ayudan al paciente a aumentar su confianza y capacidad de cambio. Se utilizan en las personas que están en las fases de "acción" o "mantenimiento".

6. Control de estímulos

Evitar señales que inciten al comportamiento que se intenta cambiar y ofrecer oportunidades para alternativas saludables.

7. Apoyo social

Las relaciones que ayudan son las que combinan cuidado, confianza, aceptación y apoyo para el comportamiento saludable recién adquirido. Los grupos de autoayuda, contribuyen a disminuir el riesgo de volver al comportamiento poco saludable. Otra manera de apoyar los cambios es a través de una línea telefónica de ayuda, llamadas del profesional de la salud o apoyo mutuo entre dos personas que tienen el mismo objetivo.

8. Condicionamiento adquirido

Que la persona adquiera un comportamiento saludable en reemplazo a la conducta problema. Ej.: la relajación puede contrarrestar el estrés; la conducta asertiva, la presión de los pares.

9. Manejo de refuerzos

Se ha demostrado que reforzar las conductas adquiridas con recompensas o premios ayuda más que el castigo. Estas pueden ser internas o externas. Un ejemplo de las primeras sería comprarse algún regalo; un ejemplo de las externas es el reconocimiento del grupo de apoyo o del profesional de la salud, a través de frases de reconocimiento por el éxito alcanzado.

10. Autoliberación

La confianza de la persona en su capacidad de hacer un cambio y su compromiso a hacerlo. Ejemplos: testimonios en público o promesas de Año Nuevo pueden aumentar la motivación para hacer el cambio.