

Prevención secundaria para el consumo de drogas en adolescentes con el modelo transteórico de cambio.¹

Susana Gutiérrez Castiblanco

Grupo de Discusión en Psicología Jurídica y Ciencias Forenses – UNIMINUTO

Nicolás Felipe Muñoz Salamanca

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Resumen

La marihuana es la droga ilícita más consumida en Colombia, especialmente entre jóvenes de 18 a 24 años. En Bogotá, el consumo anual alcanza el 4.1% de la población, y más de la mitad de los usuarios presentan abuso o dependencia. El consumo de sustancias como marihuana, alcohol y cocaína está asociado a graves problemas de salud, como trastornos mentales y enfermedades crónicas. La percepción del riesgo varía, y la mayoría considera fácil acceder a estas sustancias. La Ley 1566 de 2012 reconoce el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como un problema de salud pública y promueve la atención integral. La OMS aboga por intervenciones combinadas para el tratamiento y la prevención del consumo. Programas como “Alcohólicos Anónimos” y “Planeta Juventud” son ejemplos de campañas exitosas. Los tratamientos más efectivos incluyen la terapia cognitivo-conductual, manejo farmacológico, entrevistas motivacionales y tratamiento residencial. El Modelo Transteórico de Cambio (MTT), que describe seis etapas del cambio conductual, ofrece un enfoque adaptado a cada etapa, mejorando la efectividad de las intervenciones, especialmente en jóvenes universitarios, y promueve la adopción de conductas saludables a largo plazo.

Palabras clave: Marihuana, Modelo Transteórico de Cambio, Prevención, Jóvenes.

¹ How to cite this article: Gutiérrez Castiblanco S. & Muñoz Salamanca, N. F. (2018). Prevención secundaria para el consumo de drogas en adolescentes con el Modelo Transteórico de Cambio. *KANKEI, Revista sobre familia e interacción social*, 2(1), 46-65.

Correspondence concerning this article should be addressed to Susana Gutiérrez Castiblanco; Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI. e-mail: susana.gutierrez.036@gmail.com

The views expressed here are those of the authors. Except where otherwise noted, the articles in this journal are of Free Content and Non Commercial Version.

DESCRIPTIVE REVIEW ARTICLE

RECEIVED: SEPTEMBER 25, 2017–ACCEPTED: JANUARY 10, 2018

Abstract

Marijuana is the most commonly used illicit drug in Colombia, particularly among young people aged 18 to 24. In Bogotá, the annual consumption rate reaches 4.1% of the population, with more than half of users showing signs of abuse or dependence. The consumption of substances like marijuana, alcohol, and cocaine is linked to serious health problems, including mental disorders and chronic diseases. Perceptions of risk vary, and most people find it easy to access these substances. Law 1566 of 2012 acknowledges substance use disorders (SUD) as a public health issue and ensures comprehensive care. The World Health Organization (WHO) advocates for combined interventions in treatment and prevention. Programs such as “Alcoholics Anonymous” and “Planet Youth” are successful prevention campaigns. The most effective treatments include cognitive-behavioral therapy, pharmacological management, motivational interviewing, and residential treatment. The Transtheoretical Model of Change (TTM), which outlines six stages of behavioral change, provides an approach tailored to each stage, improving intervention effectiveness, especially for university students, and encourages the long-term adoption of healthy behaviors.

Keywords: Marijuana, Transtheoretical Model of Change, Prevention, Youths.

Introducción

De acuerdo con las estadísticas presentadas por la American Thoracic Society (Drake & Slatore, 2013); aunque hoy día el consumo de alcohol se mantiene estable y se extiende a todo el territorio nacional, la marihuana es la sustancia ilícita más consumida en Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia – ODC, 2017).

En un estudio realizado por la Secretaría Distrital de Salud - SDS (2016), se evidenció en la ciudad de Bogotá un “aumento significativo del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis y heroína), principalmente marihuana” (p. 11). En lo que respecta a la población, las edades entre los 18 y 24 años registraron en el último año una prevalencia del 9%, seguido por el grupo de 12 a 17 años, con el 7.4%, y el de 25 a 34 años, con el 5.5%. Por lo tanto, los adolescentes y adultos jóvenes son de las poblaciones más vulnerables al consumo.

En este estudio, los resultados por grupos de edad muestran que la mayoría de las personas que cumplen con los criterios de abuso y dependencia se encuentran entre los 18 y 24

años, representando el 5.1% de la población total en ese rango de edad, seguidos por los adolescentes, quienes constituyen cerca del 5% (SDS, 2016).

La marihuana es la sustancia ilícita más consumida en Bogotá, con un 13.4% de las personas encuestadas que han reportado haberla consumido alguna vez, siendo más común entre los hombres (20.6%) que entre las mujeres (6.6%). En el último año, un 4.1% de los encuestados usó marihuana, lo que equivale a cerca de 240 mil personas, principalmente hombres (6.8%) frente a mujeres (1.7%). El consumo es más alto entre los jóvenes de 18 a 24 años (8%), seguido de los adolescentes (6.7%). La edad promedio de inicio del consumo está alrededor de los 18 años, con una mediana que indica que la mitad de los usuarios comenzó antes de los 17 años (SDS, 2016).

En cuanto a las consecuencias del consumo, el 51.4% de quienes han usado marihuana en el último año presentan criterios de abuso o dependencia, lo que representa más de 120 mil personas, mayoritariamente hombres y jóvenes entre 18 y 24 años. Respecto a la percepción del riesgo, el 84.1% considera que el uso frecuente de marihuana es de alto riesgo, aunque esta cifra disminuye al 58.3% cuando se trata del consumo experimental, percepción que es más alta en mujeres. Además, el 50.8% de la población considera que es fácil conseguir marihuana, y el 11% reportó haber recibido ofertas para consumirla en el último año, siendo esta cifra mayor en hombres que en mujeres (SDS, 2016).

A través de distintos estudios, se ha evidenciado que la marihuana, el tabaco, el alcohol, la cocaína y la heroína (las drogas más consumidas por los adolescentes), se asocian en mayor con enfermedades cerebrales, pulmonares, hígado, cáncer, diabetes e hipertensión. Mientras que las consecuencias con mayor prevalencia son el estrés, la depresión, la ideación suicida, la agresión y el déficit de atención (Amaro, Fernández, González, Pardo, Zunino, Pascale, García, & Pérez, 2016; Bettin, Camacho, Rogelis, Ríos & Zambrano, 2016; Fuentes, Medina & Nazar,

2016; Sarasa, Sordo, Molist, Hoyos, Guitart & Barrio, 2014; Correa y Pérez, 2013).

Prevención y atención integral del consumo de SPA

En Colombia, la Ley 1566 de 2012 reconoce que el “consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos” (Artículo 1). La misma Ley, resalta que toda persona que padezca trastornos mentales o cualquier patología relacionada con el consumo, abuso o adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, tendrá derecho a recibir atención integral. Esta atención será proporcionada por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como por instituciones públicas o privadas especializadas en el tratamiento de estos trastornos (Artículo 2).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016; 2017) también resalta la dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, especialmente en el marco de su período extraordinario de sesiones sobre este tema. La OMS enfatiza que el objetivo de la reducción de riesgos y daños es “mantener a las personas con vida y en condiciones seguras sin exigir la abstinencia de las drogas”. Según la guía conjunta de la OMS, ONUSIDA y la UNODC (2012), los mejores resultados se obtienen al integrar un conjunto amplio de intervenciones enfocadas en la prevención, tratamiento y atención del VIH entre personas que se inyectan drogas.

Hay varios programas y campañas de prevención de consumo de alcohol y otras drogas que han ganado reconocimiento a nivel mundial por su impacto y alcance. A continuación, se mencionan algunos de los más destacados:

“Alcoholics Anonymous” (AA, 1935) y “Narcotics Anonymous” (NA, 1953). Son programas de apoyo mundialmente reconocidas por ofrecer ayuda a personas con problemas de

consumo de alcohol y otras sustancias. Se basan en los 12 pasos y fomentan la recuperación a través del apoyo grupal.

“Say No to Drugs, Say Yes to Life” (Internacional, 1983). Es una campaña educativa, promovida por organizaciones como la Fundación por un Mundo Libre de Drogas, que se centra en proporcionar información sobre las drogas y sus efectos a través de materiales audiovisuales y talleres escolares.

“Just Say No” (EE. UU., 1984). *“Simplemente di no”* (en su mejor traducción al español fue lanzada en los años 80 como parte de la “Guerra contra las Drogas” en Estados Unidos, esta campaña buscaba prevenir el consumo de drogas entre los jóvenes. Fue impulsada por Nancy Reagan y promovía el mensaje de rechazar el consumo de drogas de manera directa y firme.

“Red Ribbon Week” (EE. UU., 1988). La Semana del Lazo Rojo es una campaña anual en octubre que busca concienciar, especialmente a los estudiantes, sobre los riesgos del consumo de drogas, recordando el sacrificio de agentes de la DEA como Enrique "Kiki" Camarena (asesinado en 1985).

“Planet Youth” (Islandia, 1998). Este programa es reconocido por su enfoque comunitario en la prevención del consumo de alcohol y drogas. Islandia implementó medidas basadas en actividades extracurriculares, fortalecimiento de la familia y restricciones legales, logrando reducir drásticamente el consumo entre los jóvenes.

“The Truth Initiative” (EE. UU., 1999). Aunque originalmente se enfocó en el consumo del tabaco, esta organización también ha abordado el consumo de sustancias como el alcohol y otras drogas. Utiliza campañas impactantes para desmitificar el consumo y resaltar sus consecuencias negativas.

“Be Under Your Own Influence” (EE. UU., 2000). Como su título lo dice, está dirigida a adolescentes, promueve el mensaje de que los jóvenes pueden ser exitosos y felices

sin recurrir al consumo de alcohol o drogas, destacando ejemplos positivos de liderazgo y autodeterminación de tal manera que cada uno pueda “estar bajo su propia influencia”. Partió de un programa dirigido por el Office of National Drug Control Policy (ONDCP).

“Drinkaware” (Reino Unido, 2004). “Consciente de la bebida” es una organización benéfica dedicada a la reducción del consumo nocivo de alcohol. Ofrece información, herramientas interactivas y recursos educativos para concienciar sobre el impacto del consumo excesivo.

“Yo Elijo Mi Futuro” (América Latina, 2010). Enfocada en jóvenes de países latinoamericanos, esta campaña busca prevenir el consumo de drogas a través de la educación y la promoción de alternativas positivas para el desarrollo personal.

“Talk. They Hear You.” (EE. UU., 2013). “Habla. Ellos te escuchan” fue desarrollada por el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA); esta campaña ayuda a los padres a hablar con sus hijos sobre los peligros del consumo de alcohol y drogas, fomentando la prevención desde una edad temprana.

En general, estos programas y campañas destacan por sus enfoques educativos, comunitarios y basados en evidencia para abordar el consumo problemático de sustancias en diferentes contextos.

De otro lado, cuando el consumidor sobrepasa la línea de lo que cada cultura considera como permisible, tolerable, responsable y sano, aparece la necesidad de la atención clínica especializada. El tratamiento más adecuado depende de factores individuales como el tipo de sustancia, la gravedad del consumo, las condiciones de salud mental coexistentes y el apoyo social y familiar. Idealmente, los programas combinan múltiples enfoques para maximizar la eficacia. La participación continua y el seguimiento son esenciales para mantener los resultados a largo plazo. Generalmente, los tratamientos más efectivos para el consumo de sustancias

psicoactivas (SPA) se basan en enfoques integrales y personalizados que combinan intervenciones médicas, psicológicas y sociales. Hay evidencia científica, que respalda cinco de los tratamientos o estrategias más destacadas.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Esta terapia ayuda a las personas a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. También enseña habilidades para afrontar situaciones de riesgo y prevenir recaídas. Es ampliamente utilizada para tratar diferentes tipos de adicciones, incluidas las relacionadas con el alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas. Un meta-análisis muestra que la TCC es eficaz para reducir el consumo de sustancias y mejorar la capacidad de afrontamiento en individuos con trastornos por uso de drogas. Esta terapia ayuda a identificar patrones negativos y desarrollar estrategias saludables para manejarlos (Kelly, Kaminer, Kahler, Hoepfner, Yeterian, Cristello, & Timko, 2017; McHugh, Hearon & Otto, 2010).

Tratamiento Farmacológico. El TF incluye medicamentos específicos diseñados (o descubiertos) para reducir los síntomas de abstinencia, disminuir los antojos o bloquear los efectos de las sustancias. Varios de estos fármacos son muy nombrados: Metadona y Buprenorfina para el tratamiento de la dependencia a opiáceos; Naltrexona y Acamprosato para el alcoholismo; Bupropión y Vareniclina para dejar de fumar; la Ibogaína en el tratamiento de la adicción a las drogas que tuvo su desarrollo fuera de los entornos clínicos y médicos convencionales. La TF funciona mejor cuando se combina con terapias psicosociales. (Gorelick, 2016; Brown, 2013)

Entrevista Motivacional (EM). Es un enfoque centrado en el cliente que busca aumentar la motivación intrínseca para el cambio. Se basa en el fortalecimiento de la autoconfianza y la toma de decisiones del paciente. Ha demostrado ser particularmente útil en las etapas iniciales del tratamiento y como complemento de otras intervenciones; aunque su

eficiencia no está totalmente demostrada, sigue siendo preferible a la ausencia de intervención (Kelly, Kaminer, Kahler, Hoepfner, Yeterian, Cristello, & Timko, 2017; Smedslund, Berg, Hammerstrøm, Steiro, Leiknes, Dahl & Karlsen, 2011).

Programas de Manejo de Contingencias. Estos métodos utilizan incentivos o recompensas para fomentar comportamientos positivos, como la abstinencia o la participación en actividades terapéuticas. Los pacientes pueden recibir cupones o premios por pruebas de detección de drogas negativas. Es especialmente efectivo en personas con problemas de consumo de estimulantes (como cocaína) y opiáceos. En los últimos cinco años, la literatura sobre el manejo de contingencias (CM) con cupones demuestra un crecimiento constante y una alta eficacia para tratar trastornos por uso de sustancias (SUD). Los efectos del tratamiento van de moderados a importantes durante la intervención, disminuyen con el tiempo, pero permanecen evidentes. Además, los resultados son consistentes con investigaciones previas y abarcan diversas poblaciones y entornos (Rash, Alessi, & Petry, 2017; Davis, Kurti, Skelly, Redner, White & Higgins, 2016).

Tratamiento Residencial y Comunitario. Involucra la estadía en comunidades terapéuticas o centros especializados durante semanas o meses. Se combina un entorno estructurado con apoyo grupal, terapia individual y actividades educativas. Es adecuado para personas con consumo severo de sustancias o quienes necesitan un ambiente controlado para lograr la abstinencia (López, Román, Castello & García, 2012; Secades, García, Álvarez, Río, Fernández & Carballo, 2007).

Modelo Transteórico de Cambio

El Modelo Transteórico surge en los años 70, tras una revisión de teorías con la finalidad de encontrar el modelo más efectivo para explicar los procesos de cambio que atraviesa el ser

humano a lo largo de una intervención (originalmente esta revisión de modelos se dio a raíz de la necesidad de explicar los cambios en el comportamiento de consumidores de drogas); en los años 90 se aceptó este modelo como uno de los más efectivos para explicar el proceso de cambio del ser humano y se sigue aplicando aún hoy en día (Cabrera, 2009).

El modelo transteórico describe seis etapas de cambio en conductas de salud: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. Incluye diez procesos de cambio, equilibrio de decisiones, autoeficacia y manejo de tentaciones. Estudios muestran que el 40% de las personas en riesgo están en precontemplación, 40% en contemplación y 20% en preparación. Las intervenciones adaptadas a la etapa mejoran el reclutamiento, retención y progreso, con mayor efectividad en programas computarizados interactivos y personalizados. Los resultados prometen un impacto significativo en la promoción de la salud en poblaciones vulnerables (Prochaska & Velicer, 1997).

El Modelo Transteórico (MTT) de cambio de conducta, desarrollado a partir de estudios sobre adherencia a conductas saludables como el ejercicio, el abandono del tabaco y la dieta, es una herramienta ampliamente aceptada para guiar intervenciones de salud. Este modelo conceptualiza el cambio de conducta a través de etapas y es útil para abordar problemas de adherencia al tratamiento, proporcionando estrategias para fomentar el compromiso del paciente. En terapia, el MTT ayuda a entender el cambio, identificar barreras de adherencia y planificar intervenciones personalizadas, subrayando la importancia de evaluar la preparación del paciente para el cambio. Su enfoque es clave para mejorar los resultados terapéuticos (Van Leer, Hapner & Connor, 2008).

Así, el Modelo Transteórico identifica cinco etapas de cambio y diez procesos clave para facilitar la transición entre estas etapas, integrando múltiples teorías de cambio de conducta. Las estrategias experienciales predominan en las etapas iniciales (contemplación y preparación),

mientras que los procesos conductuales son más comunes en acción y mantenimiento. Este modelo permite a los profesionales de salud diseñar intervenciones específicas para cada etapa, ayudando no solo a quienes están listos para actuar, sino también a quienes aún no consideran cambiar, acelerando así la adopción y mantenimiento de conductas saludables (Cassidy, 1997).

Implementación del MTT en la prevención secundaria del abuso de drogas en jóvenes universitarios

Tomando como base el modelo transteórico de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 2005; Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom & Rossi, 1994 ; Prochaska & DiClemente, 1982), es posible hacer una implementación exitosa en la prevención secundaria del consumo de drogas.

Como ya se ha mencionado antes, inicialmente el MTT consta de seis etapas o estadios los cuales se basan en la motivación que tiene el sujeto para el cambio.

La precontemplación. Es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar las conductas que ponen en riesgo su salud, algunos grupos que se encuentran en esta etapa pueden no contar con información suficiente sobre los riesgos, otros han intentado cambiar, pero han fracasado y ahora están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y principalmente no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones.

La contemplación. En esta etapa se tiene una intención de cambio y lo más probable es que se realice. Los contempladores son más conscientes de lo positivo que trae el cambio y comienzan a considerarlo, sin aún asumir un compromiso razón por la cual pueden permanecer largos períodos de tiempo en esta etapa, pensando en cambiar en algún momento de su vida.

La preparación. Aquí las personas ya toman una decisión de cambio y adquieren un compromiso, realizan pequeños cambios con el fin de modificar su presente. Por lo general, ya han tenido experiencia con respecto a lo que sienten a la hora de realizar un cambio principalmente en el último año. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas por las intervenciones.

La acción. En esta etapa las personas realizan cambios de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. Son autoeficaces y dedicados. Es ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

El mantenimiento. En esta etapa se pretende sostener los cambios realizados hasta el momento. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, pero se debe tener en cuenta que es una de las etapas en que las personas son más vulnerables a decaer. Regularmente tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento de riesgo y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

La terminación. Es la última etapa, aquí los sujetos tienen la voluntad suficiente para superar la tentación que les provocaba el comportamiento considerado como riesgo y aumenta la confianza para lograr metas propuestas en otros campos.

Así mismo, el modelo tiene un segundo nivel que consta de 10 procesos los cuales constan de actividades manifiestas o encubiertas para generar el cambio. Estos pasos se encuentran estructurados en 2 factores de segundo orden.

Procesos de cambio cognitivos. aumento de la concienciación (aumento de la información sobre sí mismo y el problema), autore-evaluación (se evalúa a sí mismo sobre su problema y el impacto sobre su estilo de vida), reevaluación ambiental (evalúa el impacto del cambio en torno a sus relaciones interpersonales), relieve dramático (logra expresar lo que siente sobre la conducta adictiva) y liberación social (Logra comunicar sus emociones sobre los cambios y formar alternativas).

Procesos de cambio conductuales. Autoliberación (cómo se compromete el sujeto frente a las elecciones que toma), manejo de contingencias (estrategias conductuales para mantener la conducta), relaciones de ayuda (redes de apoyo con las que cuenta el sujeto), contra-condicionamiento (alternativas de conducta frente al estímulo problema) y control de estímulos (modificar el ambiente para evitar las situaciones de riesgo).

Método, estrategia y objetivos durante la aplicación del MTT

Teniendo en cuenta los lineamientos, aplicaciones y resultados de las investigaciones realizadas por Prochaska & DiClemente (1982), Prochaska & cols. (1994), Prochaska & Velicer (1997), Santos, González, Fons, Forcada & Zamorano (2001), Sánchez, Gradolí, Molina, Del Olmo & Morales (2002) y otros, se sugiere lo siguiente:

Etapas I: Precontemplación. La etapa de Precontemplación en el Modelo Transteórico de Cambio se caracteriza porque la persona no reconoce que tiene un problema o no considera la necesidad de cambiar su conducta en el futuro cercano (generalmente dentro de los próximos seis meses). En esta fase, suele haber resistencia al cambio, falta de conciencia del impacto de su conducta o desinterés en abordar el problema. Las intervenciones efectivas en esta etapa buscan aumentar la conciencia y generar motivación para considerar un cambio.

Objetivo. Generar interés en el cambio y que los afectados se den cuenta de que tienen

un problema con consecuencias potencialmente negativas.

Estrategia. Usar campañas de concientización enfocadas a los jóvenes en barrios donde se presente un índice alto de consumo de sustancias psicoactivas apoyando las campañas con lo propuesto por la Ley 1566 para asegurar una atención integral para los afectados.

Duración. Se plantean un mínimo de 4 momentos para generar concientización hasta un máximo de 8.

Observaciones adicionales. La duración máxima puede variar según la disposición de los jóvenes al cambio.

Etapas II: Contemplación. En el Modelo Transteórico de Cambio se caracteriza porque la persona reconoce que tiene un problema y empieza a considerar la posibilidad de cambiar su conducta en el futuro cercano (generalmente dentro de los próximos seis meses). Aunque existe ambivalencia, ya que evalúa los pros y los contras del cambio, esta etapa es crucial para aumentar la motivación y el compromiso hacia la acción. Las intervenciones en esta fase buscan resolver dudas y reforzar los beneficios del cambio.

Objetivo. Aumentar la intención y disposición al cambio de los jóvenes para que accedan a la intervención.

Estrategia. Brindarle a los jóvenes conocimiento acerca de los efectos negativos que tiene el consumo de drogas y también acerca de los efectos positivos que proporciona el dejar este hábito, esto con el fin de aumentar la motivación con respecto al cambio y que se pueda llevar a cabo la intervención.

Duración. Se plantean como mínimo 4 sesiones y como máximo 6, en estas sesiones se trabajará con los jóvenes su conocimiento sobre el conocimiento que poseen sobre las sustancias psicoactivas y planteando todas las ventajas de dejar el consumo de las mismas.

Observaciones adicionales. En este momento se realizará con los jóvenes una evaluación para tener un punto de referencia inicial con respecto al consumo actual de los participantes y poder compararlo cuando se encuentren en etapas más avanzadas.

Etapla III: Preparación. Se caracteriza porque la persona está decidida a cambiar su conducta en el corto plazo (generalmente dentro del próximo mes) y comienza a tomar pequeñas acciones para lograrlo. En esta fase, la intención de cambio es fuerte, y la persona puede elaborar un plan concreto. Las intervenciones efectivas en esta etapa ayudan a fortalecer el compromiso y proporcionar estrategias claras para implementar el cambio.

Objetivo. Realizar el acompañamiento adecuado para cada persona y fomentar el cambio.

Estrategia. Apoyar la decisión de cambio de los participantes, brindando conocimiento acerca de las leyes que los apoyan y de programas especializados para afrontar los posibles problemas que se pueden presentar por la abstinencia, se brindará apoyo médico y psicológico respaldado por la ley para evitar cualquier complicación en la salud física y mental de la persona.

Duración. Se contemplan 4 sesiones cuyo objetivo será que la persona se adhiera por voluntad propia al tratamiento y se sientan motivados a cambiar.

Observaciones adicionales. Se debe tener en cuenta la posibilidad de una recaída en esta etapa, así como en las etapas posteriores.

Etapla IV: Acción. En el Modelo Transteórico de Cambio se caracteriza por la implementación activa de estrategias y conductas específicas para modificar el hábito o comportamiento no deseado. En esta fase, la persona realiza esfuerzos conscientes y visibles para alcanzar sus objetivos, lo que generalmente ocurre dentro de los primeros seis meses. Las

intervenciones en esta etapa se centran en brindar apoyo, reforzar el progreso y prevenir recaídas.

Objetivo. Comprometer a la persona con el proceso con el fin de evitar una posible recaída motivando las acciones de cambio.

Estrategia. Acompañamiento constante, esto para asegurar el progreso y cumplimiento de las acciones propuestas, además de motivar al sujeto con los beneficios que trae llegar a ese cambio de comportamiento.

Duración. No está definido un mínimo ya que esto depende del ritmo de cada persona, pero se plantea un ideal de 10 sesiones.

Observaciones adicionales. Se debe tener presente la posibilidad de una recaída en cualquier momento, en caso de que se presente se debe actuar lo más rápido posible.

Etapa V: Mantenimiento. Se caracteriza por el esfuerzo continuo para consolidar los logros alcanzados y evitar recaídas. En esta fase, que puede durar meses o años, la nueva conducta se integra como parte del estilo de vida. Las intervenciones se enfocan en fortalecer la autoeficacia, gestionar situaciones de riesgo y mantener el compromiso hacia el cambio.

Objetivo. Generar motivación en la persona para que mantenga el proceso y continúe todo el tiempo que sea necesario.

Estrategia. Realizar un seguimiento al proceso de la persona, visitas mensuales o semanales dependiendo del avance que haya venido presentando.

Duración. Variable.

Observaciones adicionales. Si se presentan recaídas no es tan difícil retomar el proceso ya que al comprobar que fue efectivo la persona puede acceder más fácilmente a comenzarlo de nuevo.

Etapas VI: Terminación. En el Modelo Transteórico de Cambio esta etapa se caracteriza por la ausencia total de tentaciones y la plena confianza en mantener el cambio logrado de manera permanente. En esta fase, el nuevo comportamiento se convierte en una parte natural y estable de la vida, y la posibilidad de recaída es mínima. Es el objetivo final del proceso de cambio de conducta.

Objetivo. Dar cuenta si todo lo trabajado a lo largo del proceso fue eficaz y la persona logró el cambio.

Estrategia. Evaluar al participante con el I.P.C y pruebas toxicológicas para verificar que esté limpio de sustancias y que haya abandonado sus anteriores hábitos de consumo.

Duración. Dos (2) sesiones.

Observaciones adicionales. Llegado a este punto el proceso se dará por concluido y dependerá de la persona el mantenimiento de las nuevas conductas, el seguimiento verificará si efectivamente fue así o si se debe empezar de nuevo el proceso.

Comentarios finales

Al considerar de manera sólida el uso del Modelo Transteórico de Cambio (MTT) en el tratamiento del abuso de tabaco, alcohol y otras drogas entre jóvenes universitarios, es importante considerar varios puntos clave.

Primero, vale la pena resaltar cómo este modelo es particularmente útil para abordar la ambivalencia característica de esta población en cuanto a modificar comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias.

Sin embargo, es necesario analizar cómo las etapas del modelo (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación) ayudan a personalizar las

intervenciones según el estado de disposición de cada individuo para el cambio.

Además, se debe considerar cómo las estrategias experienciales y conductuales del MTT pueden ser aplicadas a programas de prevención y tratamiento, maximizando la efectividad de las intervenciones en esta población.

No desatender los factores motivacionales y contextuales; por el contrario, evaluar el impacto de factores externos, como la presión social, el estrés académico y la disponibilidad de sustancias, y cómo el modelo ayuda a abordarlos.

No hay duda de que existen resultados basados en la evidencia que pueden guiar el uso del MTT; por esto, se deben incorporar datos de estudios cada vez más recientes que demuestren la eficacia del MTT en reducir el consumo de sustancias en poblaciones jóvenes, destacando el impacto positivo en la salud y el desempeño académico.

En todo caso, siempre aparecen desafíos; identificar posibles barreras en la implementación del MTT (como la resistencia al cambio o recursos limitados en entornos universitarios) es de gran relevancia y proponer soluciones, como el uso de tecnologías interactivas o el apoyo de consejeros especializados, resulta vital para no ver como “un buen proyecto se unde”.

Referencias

- Amaro, V., Fernández, J., González, M., Pardo, M., Zunino, C., Pascale, A., García, L. & Pérez, W. (2016). Consumo de alcohol en niños y adolescentes: Una mirada desde el tercer nivel de atención. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(Supl. 1), 40-47.
- Bettin, M., Camacho Galindo, J. E., Rogelis, A., Ríos, N. M. & Zambrano, R. (2016). Comportamientos violentos y rasgos psicopatológicos en drogodependientes. *Quicio, Revista de psicología*, 1(1), 61-78.

- Brown, T. K. (2013). Ibogaine in the treatment of substance dependence. *Current Drug Abuse Reviews*, 6(1), 3-16. <https://doi.org/10.2174/15672050113109990001>
- Cabrera A., G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Cassidy, C. A. (1997). Facilitating behavior change. Use of the transtheoretical model in the occupational health setting. *Official Journal of the American Association Occupational Health Nurses*, 45(7), 341-348.
- Congreso de la República de Colombia (2012). *Ley 1566 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas*. Diario Oficial No. 48.508 de 31 de julio de 2012. Disponible en: http://secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html
- Correa Muñoz, A. M. & Pérez Gómez, A. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *LIBERABIT Revista Peruana de Psicología*, 19(2), 153-162.
- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J. & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive Medicine*; 92, 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.008>
- Drake, M. G. & Slatore, C. G. (2013). Fumar marihuana y los pulmones. Serie de Información al Paciente de la ATS. American Thoracic Society. Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/marijuana.pdf>
- Fuentes, R., Medina, P. & Nazar, C. (2016). Consideraciones perioperatorias en pacientes consumidores de drogas ilícitas de uso frecuente. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(5), 384-389. DOI: [10.1016/j.rchic.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.008)
- Gorelick, D. A. (2016). Pharmacological Treatment of Cannabis-Related Disorders: A Narrative Review. *Current Pharmaceutical Desing*, 22(42), 6409-6419. <https://doi.org/10.2174/1381612822666160822150822>
- Kelly, J. F., Kaminer, Y., Kahler, C. W., Hoepfner, B., Yeterian, J., Cristello, J. V. & Timko, C. (2017). A pilot randomized clinical trial testing integrated 12-Step facilitation (iTsf) treatment for adolescent substance use disorder. *Addiction*, 112(12), 2155-2166. <https://doi.org/10.1111/add.13920>

- López-Fernández, O., Román-Jiménez, E., Castello-Cullell, N. & García-Claver, M. (2012). Las comunidades terapéuticas como tratamiento para las drogodependencias: una revisión sistemática del seguimiento a corto plazo. 14(4), 118-125. DOI: [10.1016/S1575-0973\(12\)70055-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70055-7)
- McHugh, R. K., Hearon, B. A. & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Observatorio de Drogas de Colombia – ODC (2017). *Reporte de drogas de Colombia*. 3ra. Edición. Bogotá, D.C., Colombia: Gobierno de Colombia; Ministerio de Justicia y del Derecho. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/reportes/reportes_drogas_colombia_2017.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2016). Informe de la Secretaría de la Asamblea Mundial de la Salud A69/12 punto 12.6. Orden del día provisional. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, abril de 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/2016-year-in-review-key-health-issues>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2017). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención: Resumen*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-NMH-PND-17.4>
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147–171). Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D. & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.1.39>

- Rash, C. J., Alessi, S. M. & Petry, N. M. (2017). Substance Abuse Treatment Patients in Housing Programs Respond to Contingency Management Interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 72, 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.07.001>
- Sánchez, E., Gradolí, V., Molina, N., Del Olmo, R. & Morales, E. (2002). Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones Revista de sociodrogalcohol*, 14(3), 337-344. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.489>
- Santos Diez, P., González Martínez, G., Fons Brines, M. R., Forcada Chapa, R. & Zamorano García, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 13(2), 147-152.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M. & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19(1), 51-57.
- Secretaría Distrital de Salud (2016). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. Informe final*. Bogotá, D.C., Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá; UNODC; CICAD; OEA. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Marzo/Estudio_de_consumo_de_sustancias_psicoactivas_2016.pdf
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5), CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008063.pub2>
- Van Leer, E., Hapner, E. R & Connor, N. P. (2008). Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 22(6), 688-698. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011>
- WHO, UNODC & UNAIDS. (2012) *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. 2012 Revision. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924150437>