

¿PORQUÉ NO SE MUEVEN LOS CONTINENTES? ¿PORQUÉ NO CAMBIAN LAS PERSONAS?

James O. Prochaska y Janice M. Prochaska

Psychology Department and Cancer Prevention Research Center, University Of Rhode Island, Pro-Change Behavior Systems,
P.O. Box 755, W. Kingston, Rhode Island 02892.

People don't change because they can't, don't want to, don't know how, or don't know what to change. The transtheoretical model provides an integrative model for understanding reasons for not changing, as well as readiness to change. Stages and levels of change guide therapists in their work in helping clients change. Clients in the precontemplative stage typically cannot change without special help. Those in the contemplation stage are not sure they want to change. Those in the preparation stage are afraid they do not know to successfully change. The levels of change help guide therapists and clients on what to change.

Key words: transtheoretical model; resistance to change, noncompliance.

INTRODUCCIÓN

Explorando un atlas, Jim, un niño de diez años, descubrió un día que América del Sur encajaba con África como dos piezas de un puzzle. De la misma manera, América del Norte encajaba con Europa, como si hubieran estado siempre unidas. Pensó que los continentes se deberían haber separado en el pasado. Pero esto no tenía sentido; los continentes no se mueven. Si hay alguna cosa estable en este mundo, son los enormes continentes que ofrecen a los seres humanos una base firme. Las formas complementarias de los continentes tenían que deberse a una extraña coincidencia, concluyó Jim. No fue hasta que tuvo clases de geología en la escuela que conoció el fenómeno de la deriva de los continentes. Así que los continentes se pueden mover, normalmente de forma imperceptible, a veces de forma notoria.

Al igual que raras veces vemos moverse a los continentes, tampoco vemos con mucha frecuencia que la gente cambie. El cambio es un proceso que ocurre durante un largo período de tiempo, normalmente imperceptible, aunque a veces de forma notoria. La gente puede estar cambiando incluso cuando parece que está parada. Otros parece que se están moviendo, aunque estén dando vueltas sobre sí mismos.

¿PORQUÉ NO CAMBIA LA GENTE?

Porque:

- a) No puede.
- b) No quiere hacerlo
- c) No sabe cómo hacerlo.
- d) No sabe qué cambiar.
- e) Todo junto.

Examinemos cada una de estas alternativas para entender mejor porqué la gente no cambia.

Porque no puede cambiar

¿Bajo qué condiciones somos incapaces de cambiar? No podemos cambiar aquellas condiciones propias que no podemos controlar voluntariamente. No podemos cambiar intencionadamente los aspectos propios que están fijados, cerrados y totalmente determinados por fuerzas ajenas a nuestro control. Nuestra composición genética, nuestra ubicación temporal en la historia, nuestra bioquímica y el *status* social de nuestras familias de origen son factores dados que no fueron determinados por nosotros. Son variables relativamente estables que no están abiertas generalmente al cambio intencionado.

Los cambios a los que nos referimos son cambios intencionales a los cuales los individuos aplican procesos psicológicos con el fin de mejorar su propio funcionamiento psicosocial, incluyendo los comportamientos observables, las experiencias ocultas y otros patrones de personalidad. Se puede impedir que los pedófilos abusen de los niños encerrándoles y convirtiéndoles en prisioneros. Pero este tipo de cambio es coercitivo y no voluntario. Se está utilizando la ejecución de procesos legales o políticos para modificar el comportamiento.

Tampoco se pueden cambiar los aspectos propios de los que no somos conscientes. Generalmente se tilda al alcoholismo de enfermedad de negación ya que muchos de los bebedores no se dan cuenta de que el alcohol está dañando o destruyendo sus vidas.

La gente no puede cambiar si no se cree que se puede cambiar. Como reza un antiguo proverbio “¡Si crees que no puedes cambiar, tienes razón!” Podemos desmoralizarnos con respecto a nuestras capacidades para cambiar y concluir que no tenemos el poder o fuerza interior suficientes para cambiar.

¿Porqué no hay más médicos que ayuden a sus pacientes a cambiar los comportamientos relacionados con la salud como el tabaco, que aumenta el riesgo de enfermedad o muerte? Orleans y otros (1985) han señalado que la barrera más importante para un médico en la práctica de la medicina preventiva es que el 65% de estos creen que la gente no puede cambiar. Y esto a pesar de los casos en que una breve intervención por parte del médico llevaría a doblar el número de pacientes que pueden cambiar (Kotte, Battista, De Friesse & Brekke, 1988).

Si se considera que las conductas problemáticas particulares están bajo un control biológico, la conclusión más probable es que no se pueden controlar este tipo de comportamientos. Creer que el alcoholismo se debe a la composición genética, la obesidad a las propias células grasas, fumar a la adicción a la nicotina y la depresión a la neuroquímica conduce a pensar que no se puede controlar el propio comportamiento. Hasta el extremo de creer que algunos problemas, tales como la esquizofrenia, ya que en origen son genéticos o biológicos, no es posible superarlos aplicando simplemente los procesos psicológicos.

De la misma forma que la gente desplaza toda la responsabilidad del propio comportamiento a los procesos biológicos, también puede proyectar todos los controles sobre las fuerzas exteriores, tales como la familia, la sociedad o el destino. Si se considera que los problemas propios están bajo control social, se puede concluir que no se tiene suficiente fuerza para controlar las fuerzas sociales que están causando el problema. O que algunos problemas, como la pobreza, al ser de origen social, sean imposibles de superar aplicando simplemente los procesos psicológicos.

Una de las cuestiones intrigantes del campo de la psicopatología y la psicoterapia son las fuerzas relativas de los controles biológicos, los controles sociales y los autocontroles. Aunque esta cuestión va más allá de las intenciones de este artículo, creemos que la gente no puede cambiar si cree que el autocontrol es demasiado débil para cambiar los fenómenos psicológicos que están parcialmente bajo control de la biología o la sociedad.

Porque no quiere cambiar

Incluso si la gente cree en el propio poder para cambiar, se dan condiciones bajo las cuales puede que no se quiera cambiar. No se quiere cambiar cuando se percibe que los pros de las conductas problemáticas superan los contras de estos comportamientos. Generalmente tampoco se quiere cambiar cuando los beneficios del cambio sólo igualan a los costes del cambio. Oímos a la gente decir: “Sé que este comportamiento algún día me matará, pero me gusta y me ayuda a calmar el estrés”. Hay menos probabilidades de querer el cambio cuando se deben dejar de lado los beneficios inmediatos, como el placer o la reducción del estrés, a cambio de reducir unos riesgos a largo plazo, como la enfermedad o la muerte. Se puede comprender a las personas que no quieren hacer estos cambios desde una perspectiva psicoanalítica, que considera el principio del placer primero y más poderoso que el principio de realidad. También se puede entender esta condición desde una perspectiva conductual en la cual las consecuencias inmediatas ejercen mucho más control sobre el comportamiento que las consecuencias tardías (Prochaska & Norcross, 1998).

También es posible que las personas no quieran cambiar cuando perciben que los demás intentan presionarles u obligarles a cambiar. El deseo de controlarnos a nosotros mismos y a nuestro entorno puede causar una resistencia a cambios que

podrían ser favorables. Incluso los ratones salvajes parecen estar motivados para mantener el control. Calhoun (1975) cogió ratones noruegos salvajes que habitaban en espacios abiertos y los sometió a las condiciones de un laboratorio de control. Cuando se les dejaba controlar su entorno, los ratones encendían repetidamente la luz tenue en vez de la luminosa o la que no producía luz. Cuando el experimentador era el que encendía la luz tenue, por el contrario, los ratones encendían alguna de las otras luces. De modo parecido, cuando los ratones podían poner en marcha una rueda que daba vueltas, lo hacían y corrían durante horas, aparentemente con el fin de mantenerse sanos y activos. Sin embargo cuando el experimentador ponía en marcha la rueda el ratón la desconectaba. Estos ratones salvajes parecían intentar llevar el control incluso cuando se veían forzados a vivir en la oscuridad o llevar una vida pasiva y poco saludable. Los maridos que son traídos por fuerza a terapia por sus mujeres o los adolescentes por los padres y los infractores enviados a terapia por el juez puede que no quieran cambiar, aunque mantener el control sea perjudicial para ellos mismos.

Porque no se sabe cómo cambiar

Se puede querer cambiar pero no saber cómo. Incluso con la ayuda de las mejores terapias disponibles, la mayoría de los alcohólicos, drogadictos, obesos y fumadores recaerán en su adicción en un año o dos después de su tratamiento (Hunt & Matarazzo, 1973). Muchos obsesivos han intentado superar sus rituales compulsivos pero también tienden a recaer en los viejos patrones.

Mucha gente llega a la terapia creyendo que puede cambiar y por eso viene. Quiere cambiar, pero no sabe cómo cambiar y por eso está aquí. Un hombre de 52 años volvió a la terapia debido a su impotencia. Sabía que podía cambiar. Con la ayuda de los Alcohólicos Anónimos hacía nueve años que no bebía. Quería cambiar. Su sexualidad y sus relaciones amorosas eran aspectos esenciales de su sentido del self. Pero a pesar del éxito que había tenido con su alcoholismo, ahora no podía encontrar la solución para controlar sus erecciones. Este individuo con mucha fuerza de voluntad se sentía frustrado al descubrir que la voluntad que había utilizado para controlar su adicción no tenía resultados con el sexo. Además, intentar querer tener una erección sólo empeoraba las cosas. Se sentía impotente, porque le faltaba poder para cambiar. Descubrió con alivio que lo que le faltaba era el conocimiento sobre cómo superar este problema particular. Después de una semana ya funcionaba con normalidad.

Desafortunadamente, muchos pacientes llegan a la terapia creyendo que los terapeutas tienen el conocimiento para ayudarles a cambiar rápidamente sus problemas crónicos. Los problemas concretos, como el caso anterior de impotencia, se pueden resolver con rapidez. Pero, tal como veremos, en el caso de los problemas crónicos se necesita mucho más tiempo para cambiar. Como media, los pacientes siguen una terapia de tres sesiones. El resultado es que no dan a la terapia o a los

terapeutas la oportunidad de ayudarles a cambiar. Si no saben cambiar, incluyendo el tiempo que se necesita para cambiar, es poco probable que se recuperen de los problemas conductuales crónicos.

Porque no se sabe qué cambiar

Muchos pacientes llegan a la terapia sin saber qué tienen que cambiar. Se sienten desorientados con respecto a las causas y soluciones de su problema. Los que tienen problemas con el alcohol, por ejemplo, se sienten confundidos con respecto a las causas y controles de su consumo disfuncional y puede que no sepan qué cambiar para superar la adicción al alcohol. Si consultan a un terapeuta conductual, éste les animará a analizar los antecedentes inmediatos y las consecuencias de su problema con la bebida. Estos estímulos situacionales se consideran las causas claves o los controles de comportamiento y tendrán que cambiarse si quieren modificarse el problema con la bebida. Los terapeutas cognitivos, por otro lado, animarán estos mismos clientes a analizar las cogniciones claves o creencias relacionadas con su adicción. Para los terapeutas cognitivos, lo básico no son los hechos precedentes o posteriores al consumo sino cómo se procesan o se consideran estos hechos.

La consulta a un terapeuta interpersonal llevará al cliente a analizar sus modelos y conflictos interpersonales, considerados como la base de la mayoría de las psicopatologías. Este enfoque considera que la mayoría de los trastornos emocionales, conductuales y de personalidad son el resultado de conflictos interpersonales no resueltos, tales como la comunicación y los conflictos de control. Una mujer trajo a su marido, un escritor de 33 años, a terapia preocupada por el consumo problemático de alcohol. Se mostraba muy sensible a ser controlado por otros, especialmente por las mujeres. ¿Sería capaz de resolver su problema con el alcohol si no resolvía sus conflictos crónicos con respecto a ser controlado?

Los terapeutas familiares que se basan en la familia de origen, animarían a los clientes a entender sus reglas y relaciones familiares iniciales más que sus modelos interpersonales actuales. Los hijos de alcohólicos, por ejemplo, pueden convertirse en alcohólicos sin darse cuenta de cómo sus problemas actuales se rigen por conflictos no resueltos con sus familias de origen.

Los terapeutas psicoanalíticos y psicodinámicos pueden ayudar a los clientes a analizar los conflictos intrapersonales que pueden ser la base de los síntomas como el consumo problemático de alcohol. Los conflictos de necesidades de dependencia oral no resueltos pueden actuarse a base de darle a la botella. O un sentido inadecuado del self puede llevar a un estilo de vida inadecuado dándose a la bebida más que desarrollando las necesidades del ego como la competencia y el dominio.

No es de extrañar que muchas personas se sientan confundidas con respecto a lo que tienen que cambiar, si cinco tipos de terapeutas diferentes atribuyen a cinco causas diferentes sus problemas. Y ni siquiera hemos mencionado los terapeutas

orientados biológicamente o espiritualmente u otras orientaciones de las más de 400 terapias que existen actualmente (Prochaska & Norcross, 1998). Si los terapeutas no se pueden poner de acuerdo en qué necesidades es preciso cambiar con el fin de ayudar a superar los problemas como el alcoholismo, entonces cómo podemos esperar que la gente sepa lo que tiene que cambiar?

UNA INTEGRACIÓN TRANSTEÓRICA DE POR QUÉ NO SE CAMBIA

Hasta ahora, hemos analizado un conjunto bastante ecléctico de razones por las cuales no se cambia, desde el no ser capaz de hacerlo, no querer hacerlo, no saber cómo, y no saber qué cambiar. Creemos que se puede desarrollar una interpretación más sistemática de por qué no se cambia, examinando un modelo integrador de cómo se cambia.

El modelo transteórico ha surgido de la investigación acerca de cómo cambia la gente por sí misma, así como lo hacen con la ayuda de la terapia (Prochaska & DiClemente, 1983, 1984, 1986a,b; Prochaska & Norcross, 1983; Norcross & Prochaska, 1986; Norcross, Prochaska & DiClemente, 1986). Este modelo se ha aplicado para comprender cómo se cambian los comportamientos relacionados con la salud, tales como el alcoholismo, la obesidad, fumar y conductas sexuales peligrosas (DiClemente & Hughes, 1990; Prochaska, Rossi & Velicer, 1990; Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpil & Norcross, 1985; Prochaska *et al.*, 1994). También se ha basado en la investigación acerca de cómo se cambian los problemas de salud mentales, tales como la ansiedad, la depresión, al alcoholismo y una gran variedad de trastornos descritos en el DSM IV (Prochaska & Norcross, 1983; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1989; McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989; Norcross & Prochaska, 1986; Norcross, Prochaska & DiClemente, 1986; Prochaska, Rossi & Wilcox, 1991; Beitman, Beck, Carter, Davidson & Maddock, 1994).

Nuestro primer descubrimiento fue que se cambia progresando a través de una serie de estadios. Los estadios identificados son la Precontemplación, la Contemplación, la Preparación, la Acción y el Mantenimiento (Prochaska & DiClemente, 1983; DiClemente, Prochaska, Velicer, Fairhurst, Rossi & Velasquez, 1991).

El estadio de precontemplación

La Precontemplación es la fase en la cual no se intenta cambiar el comportamiento en un futuro previsible. Se puede estar en el estadio de precontemplación porque no se es consciente de que los comportamientos son problemáticos. Esta falta de conciencia se puede deber a la ignorancia: no saber que fumar puede provocar la muerte, que las dietas pueden acabar con la propia salud física o mental o que ciertas conductas sexuales pueden llevar a infecciones con enfermedades mortales. También se puede no ser consciente que se tienen problemas a causa de una actitud defensiva. Ya hemos hablado del alcoholismo como una enfermedad de

negación en la cual se puede llegar a defender el consumo de alcohol a pesar de que está destruyendo la vida. Las personalidades paranoicas o psicopáticas a menudo creen que son los otros que tienen que cambiar, pero no ellos. En el Cuestionario de los Estadios del Cambio, los precontempladores que empiezan la terapia generalmente están de acuerdo con la siguiente afirmación “No soy yo quien tiene problemas, ni tengo por qué estar aquí.”

Los precontempladores también se desmoralizan con respecto a sus habilidades para cambiar. Probablemente han intentado cambiar, pero han fracasado. No creen que puedan cambiar; por lo tanto ni siquiera quieren pensar en ello.

Está claro que muchas de las personas en el estadio de precontemplación no pueden cambiar. Al menos no lo pueden hacer sin ayuda externa. La ignorancia, la actitud defensiva y la desmoralización son barreras muy significativas para el cambio. Muchas de estas barreras pueden ser particularmente auto-derrotistas, ya que hace que los precontempladores muestren resistencia a la ayuda exterior que podría facilitar el cambio. Los precontempladores acuden la mayoría de las veces a la terapia porque se ven presionados por la pareja, los padres, los empleados, la escuela o el juzgado. No hace falta decir que corren un gran riesgo de abandonar (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999), incluso aunque necesiten más terapia que otras personas en otros estadios de la terapia.

Intentamos predecir quién terminaría la terapia prematuramente. Utilizando los mejores pronosticadores de la literatura de la terapia, tales como la naturaleza, gravedad o intensidad del problema, el *status* socioeconómico, la edad y el sexo, fuimos incapaces de predecir quién abandonaría prematuramente. Mediante la utilización de medidas relacionadas con los estadios, fuimos capaces de predecir el 93% de los abandonos de la terapia. Los que abandonaron prematuramente estaban claramente en un estadio de precontemplación (Brogan *et al.*, 1999). Como terapeutas no podemos ayudar a cambiar, sino les permitimos estar en terapia.

No sólo muchos precontempladores no pueden cambiar, sino que muchos no quieren cambiar. Como grupo, consideran que los pros de sus conductas problemáticas pesan más que los contras. Por ejemplo, mientras la mayoría de la sociedad considera que los peligros del tabaco pesan más que los beneficios, los fumadores en el estadio de precontemplación manifiestan el patrón opuesto (Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985). Creen que los beneficios pesan más que los contras. Este desequilibrio también puede surgir de la desmoralización respecto a la disonancia cognitiva, llevando a valorar los comportamientos a los cuales se está enganchado. Finalmente, el desequilibrio puede derivarse de la actitud defensiva, al racionalizar el comportamiento que incrementa el riesgo de enfermedad o muerte. Por otro lado, hay algunos precontempladores bien informados que creen que pueden cambiar pero no quieren cambiar ya que en su juicio racional los beneficios del comportamiento pesan claramente más que los costes (Prochaska, Norcross & Diclemente, 1994).

Estadio de contemplación

La contemplación es un estadio en el cual se intenta cambiar los problemas en un futuro previsible, generalmente en seis meses. La auto eficacia o confianza respecto a lo que pueden cambiar es significativamente mucho más elevada que la de los precontempladores (DiClemente *et al.*, 1991). Aunque los contempladores intentan cambiar y tienen confianza en que pueden hacerlo, muchos no cambian. Por ejemplo, una muestra de 800 fumadores que se encontraban en el estadio de contemplación manifestaron que estaban intentando seriamente dejar de fumar en un plazo de seis meses. Pero, incluso siguiendo un programa de autoayuda que incluía los últimos adelantos, la mayoría ni siquiera lo dejaron por un día (Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi, 1990).

¿Porqué no cambian los contempladores? Generalmente, los contempladores evalúan los pros de su problema igual que los contras. Por eso, aunque son más conscientes o admiten más los aspectos negativos de su comportamiento que los precontempladores, los contempladores se muestran ambivalentes con respecto al cambio. Dudan de que los beneficios del cambio tengan más peso que los costes. Y la regla en el estadio de contemplación es: «si dudas, no cambies».

Dada la intensa ambivalencia que caracteriza la contemplación, generalmente terminan no deseando el cambio. Al menos no quieren cambiar lo suficiente como para arriesgarse a iniciar la acción y dejar los beneficios inmediatos de su conducta problemática. Generalmente siguen pensando que quieren cambiar, que algún día emprenderán la acción. Aquellos que piensan en lugar de actuar reciben el nombre de contempladores crónicos.

Estadio de preparación

La preparación es el estadio en el que se pretende emprender la acción en un futuro cercano, normalmente dentro del plazo de un mes. Tal como indica el nombre de la fase, las personas se hallan más preparadas para la acción. Tienen más confianza en sí mismas que los contempladores que pueden controlar su comportamiento problemático. Los pros del cambio, pesan más que los contras. Tienen un plan concreto de cambio y puede que ya estén haciendo pequeños pasos para reducir sus conductas problemáticas (Di Clemente *et al.*, 1991). Y, en los próximos seis meses, la mayoría de quienes están en el estadio de preparación emprenderán la acción del cambio. Pero, igual que con muchos otros problemas, la mayoría de los que empiezan a actuar fracasarán. Tarde o temprano recaerán en los viejos patrones. Muchas de estas personas no saben cómo cambiar.

Durante nuestra investigación sobre cómo se cambia, hemos descubierto que uno de los secretos del éxito es que se deben utilizar los procesos adecuados de cambio para progresar a través de los estadios particulares del cambio. El progreso de la precontemplación a la contemplación entraña la aplicación de unos procesos cognitivos y afectivos, como el desahogo catártico o la toma de conciencia

(DiClemente *et al.*, 1991; Prochaska & DiClemente, 1983). El movimiento de la contemplación a la preparación implica el uso de procesos cognitivos y evaluativos como la toma de conciencia o la auto-reevaluación.

Estadio de acción

Para progresar hacia el estadio de acción, se deben aplicar procesos más existenciales como la auto-liberación, procesos más humanísticos como las relaciones de ayuda, y procesos más conductuales como el contracondicionamiento, el control de estímulos y el control del refuerzo (Prochaska & DiClemente, 1983). En el estadio de acción se utilizan estos procesos para modificar abiertamente la conducta problemática al menos hasta ciertos criterios mínimos de éxito. El estadio de acción es el período más ajetreado que entraña el mayor uso de procesos particulares de cambio. El estadio de acción dura más tiempo de lo que se espera, generalmente unos seis meses de esfuerzos concentrados antes de que los riesgos de recaída se reduzcan.

Si se pasa de la preparación a la acción y se continúa dependiendo de la toma de conciencia o de la auto-reevaluación existe mayor probabilidad de que se fracase. En este caso, no se está utilizando el proceso de cambio adecuado al estadio en que se halla la persona. No saben cómo cambiar.

Los terapeutas que no utilizan los procesos apropiados al estadio de cambio del cliente no saben cómo ayudar a sus clientes a cambiar. Los terapeutas conductuales, por ejemplo, que aplican el contracondicionamiento y el control de estímulos con los precontempladores o los contempladores probablemente generan resistencia en lugar de progreso. De forma parecida, los terapeutas psicodinámicos que quieren continuar incrementando la conciencia de los clientes preparados para la acción, también es probable que aumenten la resistencia a la terapia.

La Tabla I resume las relaciones que ha revelado nuestra investigación entre los estadios y los procesos de cambio aplicados para hacer progresar hacia el próximo estadio (Di Clemente *et al.*, 1991; Prochaska & Di Clemente, 1983; Prochaska & Di Clemente, 1984).

No sólo deben aplicarse adecuadamente los procesos de cambio sino que deben aplicarse con la frecuencia y la duración necesarias si se quiere obtener éxito. Se oye comentar frecuentemente que alguien ha acudido a la terapia y que no le ha servido para nada. ¿Pero con qué frecuencia ha acudido? La investigación realizada acerca de la relaciones dosis-respuesta indica que la mayoría de los que acuden a menos de seis sesiones de terapia no reciben las dosis suficientes para producir algún efecto (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Los que siguen la terapia durante menos de seis meses tienen menos posibilidades de obtener el beneficio completo de la terapia. Siempre se comenta a los precontempladores que corren el riesgo de dejar la terapia antes de empezar, “Dadnos seis sesiones y podemos obtener un diferencia significativa; dadnos seis meses y podemos obtener una diferencia

sustancial.” Por diferencia significativa entendemos que *podemos* ayudarles a progresar un estadio en seis sesiones. Nuestra investigación sobre los fumadores indica que los que progresan un estadio en un mes tienen el doble de posibilidades de dejar de fumar en seis meses. Con seis meses de terapia podemos ayudar al cliente a actuar de forma más eficaz y a reducir, en gran parte, los riesgos de la recaída.

Un número, cada vez mayor, de clientes más informados quieren saber qué tipo de procedimientos aplicaremos para sus problemas particulares. En algunos programas de tratamiento los posibles pacientes dirán que ya han probado lo que el terapeuta les ofrece y que no funcionó. Los terapeutas se pueden sentir desmoralizados respecto a sus habilidades para ayudar a cambiar a esta gente. Posiblemente decidan que necesitan dirigir a estos clientes a un tipo diferente de terapia. Esto puede ser correcto en algunos casos. Pero si un paciente con una grave depresión manifestara que ha probado los antidepresivos y no han funcionado, esto no significa que debemos descartar su uso. Se debe evaluar la cantidad, la duración y el tipo de antidepresivo utilizado. Si el paciente hubiera tomado el medicamento sólo durante una semana y sabemos que al menos se necesitan diez días para conseguir algún efecto, concluiríamos que no se ha seguido correctamente la medicación. Si el paciente hubiera utilizado sólo 50 mg por día y supiéramos que 150 mg es una dosis media óptima, concluiríamos que no se ha administrado correctamente la medicación.

Pero ¿con qué frecuencia es necesario activar los procesos de toma de conciencia y de auto-reevaluación antes de que se esté preparado adecuadamente para la acción? ¿Con qué frecuencia y por cuánto tiempo es necesario contar con la auto-liberación, las relaciones de ayuda y el contracondicionamiento antes librarse de los riesgos de la recaída? Desgraciadamente, con la mayoría de los problemas, tenemos pocos o casi ningún dato para decidir en qué medida cada proceso es necesario para progresar. El hecho es que, como científicos y profesionales sabemos demasiado poco acerca de cómo ayudar a las personas a cambiar.

A propósito del hábito de fumar hemos recopilado muchos datos acerca de con qué frecuencia se aplican procesos específicos al cambio para progresar de un estadio al siguiente. Con la ayuda de programas informáticos se pueden generar informes de progresos individuales, a fin de ofrecer información con respecto a qué procesos de cambio se están utilizando poco, cuáles se están sobreutilizando y cuáles se están aplicando adecuadamente. Después de 18 meses de seguimiento estamos observando que esta información está casi triplicando los resultados de los mejores programas de autoayuda disponibles hasta ahora (Prochaska, *et al.*, 1993).

Sin datos adecuados ni un *feedback* sistemático, mucha gente se ve forzada a depender de un aprendizaje basado en el tanteo para descubrir cómo cambiar. Creemos que ésta es una razón significativa del por qué las recaídas son más una regla que una excepción en lo que se refiere al cambio de los patrones y problemas crónicos. Hemos reformulado la recaída como una oportunidad excelente para

aprender, no para ser considerada causa de fracaso. De hecho, la gente que entra en acción y fracasa tiene el doble de posibilidades de tener éxito durante los siguientes seis meses que aquellos que no emprenden ninguna acción durante el primer mes de intervención (Prochaska *et al.*, 1993). La persona que con el tiempo consigue dejar de fumar lo ha hecho después de tres o cuatro intentos serios distribuidos a lo largo de siete a diez años.

Tabla I Estadios de cambio

	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Procesos	Toma de conciencia Alivio dramatizado Reevaluación del entorno			Auto-reevaluación	Autoliberación Control de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos

Estadio de mantenimiento

El mantenimiento es el estadio en el cual las personas trabajan la consolidación de las ganancias que han conseguido durante la acción con el fin de evitar los riesgos de la recaída. En el modelo transteórico, el mantenimiento empieza después de seis meses de acción concertada. Generalmente se consideraba que el mantenimiento era un estadio estable en el que la gente no tiene que trabajar para cambiar. Ahora se sabe que las personas continúan aplicando procesos particulares de cambio, tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos para evitar las recaídas (Prochaska & DiClemente, 1983).

¿Cuánto tiempo dura el mantenimiento? Para algunos problemas, como la obesidad, puede ser toda la vida. Para otros problemas como el alcoholismo, el tabaquismo, y ciertos trastornos de ansiedad y humor, los problemas se pueden terminar definitivamente y no tener que hacer nada para prevenir la recaída.

El criterio que utilizamos para determinar la terminación es el momento en que las personas logran la máxima auto-eficacia o confianza y la mínima tentación de volver a reproducir las conductas problemáticas en cualquier situación considerada de peligro. Muchos fumadores llegan al punto de no experimentar ningún deseo de fumar, están totalmente seguros de que nunca volverán a fumar y manifiestan no tener que hacer nada para evitar fumar. ¿Cuánto tiempo se necesita para completar el estadio de mantenimiento? Se pensaba que, normalmente, un fumador después de doce meses de abstinencia continuada se podía ir a casa tranquilo. Ahora sabemos que incluso después de un año de no haber fumado ni un cigarrillo, el 37% de la gente recae y vuelve a fumar regularmente durante toda la vida. Después de

cinco años de abstinencia continuada, los riesgos de recaída descienden al 7% (U.S. Department of Health and Human Services, 1990). Por eso, el mantenimiento puede durar de seis meses a cinco años después de haber iniciado la acción.

Integración de los estadios y las razones para no cambiar

Para integrar las razones más comunes por las cuales la gente no cambia, podemos utilizar el modelo de los estadios. La Tabla II ilustra las razones más comunes de por qué las personas en diferentes estadios tienen menos probabilidades de cambiar. Los precontempladores no pueden cambiar y muchos ni siquiera quieren cambiar. Los contempladores, en general, no quieren cambiar, al menos no lo suficiente como para emprender la acción. Los individuos en el estadio de preparación y acción no saben cómo cambiar o no saben qué cambiar y por eso corren un gran riesgo de recaída.

Tabla II Estadio x Razones Por Las Que La Gente No Cambia

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
No puede cambiar	No quiere cambiar	No sabe cómo cambiar	No sabe qué cambiar	

Lo que se tiene que cambiar depende de los niveles de cambio

En el campo de la psicoterapia no se puede llegar fácilmente a un acuerdo sobre qué cambiar con el fin de ayudar a las personas a superar sus problemas. Tal como se ha argumentado anteriormente, las atribuciones causales de los clientes y terapeutas de un problema en particular, como el alcoholismo, pueden ir desde las situaciones inmediatas a unas distorsiones cognitivas, desde los conflictos interpersonales actuales a las familias de origen o a la dinámica intrapersonal. ¿Vamos a dejar a los clientes en una amalgama de atribuciones causales que pueden variar arbitrariamente según el terapeuta en particular que consulten? ¿O se pueden integrar estas atribuciones alternativas en un marco de trabajo que ofrezca unas estrategias más sistematizadas para decidir qué cambiar con el fin de modificar las áreas problemáticas de la vida?

El modelo transteórico utiliza los niveles de cambio como la dimensión que organiza el contenido de la terapia; es decir, lo que estamos intentando cambiar para resolver los problemas. La dimensión del estadio representa *cuándo* se pueden lograr los tipos particulares de cambio. La dimensión de los procesos representa *cómo* se pueden lograr los cambios particulares. Y la dimensión de los niveles representa *qué* tipo particular de cambio se necesita conseguir.

La dimensión de los niveles organiza las causas psicológicas y los controles de las conductas problemáticas en una jerarquía que va del más al menos consciente

y del más al menos próximo en origen. Los cinco niveles siguientes han recibido el apoyo más empírico y clínico hasta hoy en día (Norcross, Prochaska, Guadagnoli & DiClemente, 1989; Norcross, Prochaska & Hambrecht, 1985):

1. Nivel Situacional o del Síntoma
2. Creencias inadecuadas
3. Conflictos interpersonales
4. Conflictos con la familia de origen
5. Conflictos intrapersonales

¿Cuál es el nivel clave en que tiene que focalizarse una psicoterapia? La respuesta depende, obviamente, de la teoría de personalidad y de la psicopatología preferida por el terapeuta y/o de la teoría implícita del paciente acerca de sus problemas. Como perspectiva ecléctica, el enfoque transteórico considera la validez de cada nivel de problemas. Lo importante que es cada nivel varíe para cada tipo de cliente incluso si presenta el mismo tipo de problema (Prochaska & DiClemente, 1984). Mientras que los terapeutas de diferentes enfoques teóricos pueden presentar un caso atribuyendo los problemas al menos a cinco niveles diferentes, los clientes atribuyen los problemas sólo a uno o dos niveles de causalidad. La investigación acerca de la teoría de la atribución, por ejemplo, sugiere que la psicología popular atribuye los comportamientos a causas tanto situacionales como disposicionales (Jones & Nisbett, 1972). De forma similar, la investigación del lugar de control indica que la gente atribuye tanto el comportamiento funcional como el disfuncional a las variables que están tanto bajo control externo como interno (Rotter, 1970).

El problema es que la investigación sobre atribución y lugar de control limitan su investigación sólo a dos niveles. Estas teorías dicotomizan artificialmente el mundo causal de los clientes. El hecho es que las personas perciben sus problemas de forma mucho más compleja y confusa de lo que sugieren la mayoría de las teorías del comportamiento, incluyendo las teorías del comportamiento problemático.

En una investigación con estudiantes que sufrían problemas como depresión, ansiedad y dificultades académicas encontramos que los estudiantes atribuían los problemas a los cinco niveles señalados en el modelo transteórico. De hecho, discriminaron no cinco sino diez causas diferentes de los problemas personales. Los estudiantes también distinguieron el determinismo espiritual, la mala suerte, las deficiencias biológicas, el estilo de vida escogido y el esfuerzo insuficiente como causas de los problemas personales. La Tabla III muestra los diez niveles que representaban el 67% de la varianza del Cuestionario de los Niveles de Cambio. Dos de las categorías, el determinismo espiritual y la mala suerte, fueron utilizados por sólo una pequeña minoría de la muestra (Norcross *et al.*, 1985). Igualmente, la investigación clínica sugiere que sólo un 5% de los clientes construyen sus problemas debido a causas religiosas o espirituales (Bergin, 1983). Además, la gente que cree que el origen de sus problemas es espiritual probablemente acudirán a curanderos espirituales con el fin de obtener ayuda. Por otro lado, la gente que

atribuye el origen de sus problemas a razones biológicas probablemente buscará ayuda en un internista o especialista de la salud más que en un psicoterapeuta. Dónde se dirige alguien para cambiar la mala suerte es una pregunta abierta, aunque algunos fatalistas buscan la ayuda de astrólogos y videntes.

Las personas que atribuyen sus problemas al esfuerzo insuficiente probablemente lo van a intentar con más ahínco y pueden tener éxito como autogestores del cambio sin necesidad de acudir a un terapeuta. Quienes perciben los problemas como una consecuencia de su estilo de vida escogido es probable que sean capaces de convivir con estas condiciones, aceptándolas como problemas inherentes a este estilo de vida particular. Por otro lado, hay clientes cuyo problema es que quieren seguir viviendo de la forma que lo han venido haciendo hasta ahora, pero quieren que las consecuencias sean diferentes. Los adictos al trabajo generalmente quieren continuar trabajando setenta u ochenta horas semanales sin poner en peligro su relación de pareja o su familia. Los clientes de este tipo parece que estén buscando magia más que un cambio terapéutico, y ésta puede ser una de las razones por las cuales no cambian.

La mayoría de los clientes y terapeutas están preparados para trabajar uno o más de los cinco niveles señalados en el modelo transteórico. Esto no quiere decir que las personas no tengan problemas genuinos en los niveles de existencia espirituales, biológicos o de suerte, sino que los terapeutas no están particularmente bien preparados para ayudarles en estos niveles. Nuestra responsabilidad y capacidad profesional para ayudar a la gente a cambiar se ve limitada a los niveles de cambio psicológico. Dirigiremos los clientes a otros profesionales o personas que puedan ofrecer otro tipo de ayuda más preparados para los problemas que no se sitúen a niveles psicológicos.

Desde una perspectiva de niveles, entonces, las personas no cambian si no saben qué cambiar. Esto significa no saber qué cambiar o tener la idea equivocada de lo que hay que cambiar. Si atribuyen erróneamente los problemas a causas incorrectas probablemente no podrán cambiar. Los clientes hipocondríacos que

Tabla III Coeficiente De Confianza De Los 10 Niveles De Cambio

Nivel		Alfa
1.	Síntomas y dificultades situacionales	.87
2.	Distorsiones cognitivas	.89
3.	Conflictos interpersonales	.89
4.	Conflictos del sistema familiar	.91
5.	Conflictos interpersonales	.88
6.	Determinismo espiritual	.92
7.	Deficiencias biológicas	.89
8.	Mala suerte	.87
9.	Estilo de vida escogido	.79
10.	Esfuerzo insuficiente	.87

insisten en atribuir sus síntomas a orígenes biológicos no diagnosticados, incluso delante de los resultados exhibidos por los especialistas en medicina de que sus problemas son psicológicos pueden mostrarse muy resistentes a las intervenciones terapéuticas y probablemente no cambien. Seguramente seguirán buscando los pareceres de otros especialistas, ya que están convencidos de que sufren problemas físicos más que psicológicos.

Las personas que atribuyen incorrectamente los problemas de un nivel a causas pertenecientes a otro distinto experimentan dificultades para cambiar. No se cambian los problemas interpersonales modificando las situaciones inmediatas. La terapia del «cruce por el mar» es un ejemplo común de atribución errónea de los propios problemas a situaciones inmediatas, variando de ambiente sólo para descubrir que los propios problemas están dentro de uno mismo.

Contrariamente, la gente no cambia si se pasa años contemplando las causas de los problemas originados durante el periodo de la infancia, que se controlan mediante situaciones o cogniciones más actuales. Masters & Johnson (1970) demostraron cómo muchas de las disfunciones sexuales que se atribuían a conflictos intrapersonales inconscientes distantes se podían arreglar rápidamente modificando las cogniciones y situaciones sexuales más inmediatas.

Las personas no cambian correctamente si sus atribuciones no encajan con las del terapeuta o viceversa. Si los clientes están convencidos de que sus problemas son interpersonales y su terapeuta intenta cambiar los conflictos intrapersonales, entonces es posible que se origine resistencia. De forma parecida, si el terapeuta intenta resolver problemas situacionales que el cliente está convencido que se deben a cuestiones de la familia de origen no resueltas, entonces es posible que se produzca resistencia. Es como la mujer que contó a su terapeuta que intentar resolver su obsesión mediante la desensibilización era como intentar curar un cáncer con una aspirina.

Ante de la falta de consenso sobre las causas de la mayoría de las condiciones clínicas ¿cómo puede proceder el terapeuta de forma más sistemática y eficaz? Hay tres estrategias que se utilizan en el modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1984).

La primera es la *estrategia del nivel clave*. En esta estrategia las evaluaciones clínicas se utilizan para determinar si hay un nivel clave que causa o está controlando los problemas particulares del cliente. Si la evidencia clínica disponible apunta a un origen interpersonal del problema, los esfuerzos terapéuticos serán más efectivos si se centran en resolver los conflictos interpersonales. La estrategia del nivel clave funciona mejor si el cliente está de acuerdo o se le puede convencer de que los problemas son de origen interpersonal.

Frecuentemente, los datos clínicos son complejos y confusos y no sobresale ningún nivel clave como causa de la condición particular. La segunda alternativa es la *estrategia del nivel cambiante*. En esta estrategia se interviene al nivel más

elevado que los datos clínicos pueden justificar, tales como los niveles sintomáticos/situacionales o cognitivos. Es mejor intervenir en estos niveles ya que el cambio tiende a ocurrir más rápidamente en estos niveles más conscientes y actuales. Cuanto más hacia abajo nos centremos en la jerarquía, más se alejarán de la conciencia los determinantes del problema potencial. Cuanto menor conciencia haya respecto a lo que necesita cambiarse, más se situará la persona en un nivel inicial. Las personas pueden estar preparadas para emprender la acción a nivel situacional o sintomático, por ejemplo, mientras que pueden no tener intención alguna de cambiar sus relaciones con sus familias de origen.

A partir del modelo transteórico hemos predicho que cuanto más inferior sea el nivel que necesita cambiarse, tanto más larga y compleja será la terapia. Dado que la mayoría de los clientes nos dan poco tiempo para producir una influencia sobre ellos; resulta más apropiado empezar por los niveles más fáciles de cambiar. Si el problema puede resolverse en los niveles más superficiales, entonces puede terminarse eficazmente la terapia, lo que encaja con la preferencia de la mayoría de los clientes por una terapia corta.

Por desgracia, la mayoría de los problemas no pueden resolverse centrándose sólo en las variables situacionales o cognitivas. Si no se progresa suficientemente en estos niveles, entonces la alternativa es cambiar a un nivel más profundo, como por ejemplo el nivel interpersonal. La terapia puede funcionar de forma más sistemática moviéndose de un nivel a otro hasta que se ha logrado el cambio suficiente.

La tercera alternativa es la *estrategia de máximo impacto*, utilizada con los problemas causados o controlados claramente por variables situadas a múltiples niveles de cambio. Con los problemas de niveles múltiples, los procesos de cambio se aplican de forma diseñada para facilitar el progreso en cada nivel relevante de cambio. La toma de conciencia, por ejemplo, se puede utilizar para ayudar a los clientes a ser más conscientes de los antecedentes inmediatos y consecuencias de sus conductas problemáticas; las cogniciones utilizadas para procesar estos antecedentes y consecuencias; los conflictos interpersonales que forman parte del problema; las cuestiones de la familia de origen que desencadenaron inicialmente el problema y la dinámica intrapersonal que puede haber causado que el problema se integrara como parte de la propia identidad o sentido del self.

La estrategia del máximo impacto tiene la capacidad de ayudar a los clientes a procesar el cambio a cada nivel de su existencia. Al ser consciente del cambio que ocurre en cada nivel, pueden desarrollar un sentido más profundo de sí mismos y de las complejidades de sus problemas. Al producirse cambios en cada nivel, tienen menos probabilidades de recaer cuando se enfrentan a situaciones de peligro, pensamientos ansiosos, conflictos interpersonales, modelos familiares disfuncionales, o las propias dinámicas interiores.

Es necesario recordar, sin embargo, que cuanto más lejos de la conciencia y

del tiempo se encuentren los determinantes del problema, mayor resistencia se presentará al cambio de estos determinantes. Una de las razones de la resistencia es que las atribuciones más profundas tienden a amenazar más la autoestima que las atribuciones a niveles más superficiales. Da más miedo, por ejemplo, creer que las disfunciones sexuales se deben a la hostilidad con la propia pareja o padres que creer que son las situaciones sexuales las que provocan ansiedad. Una de las reglas del enfoque transteórico es utilizar las atribuciones menos amenazantes que se pueden justificar, ya que nuestras formulaciones clínicas tienen el potencial de producir resistencia así como el poder de facilitar el cambio.

LA GENTE PUEDE CAMBIAR

Concluamos con algunas de las condiciones bajo las cuales la gente puede cambiar. La gente puede cambiar:

1. Cuando pasa de un estadio a otro en el momento que está preparada y no antes.
2. Cuando aplica los procesos adecuados a su estadio actual de condiciones bajo las cuales intenta dar un paso hacia el cambio de acción.
3. Cuando sigue una terapia que encaja con su estadio de cambio más que intentar encajar el estadio de cambio preferido de la terapia.
4. Cuando más que desmoralizarse por sus recaídas, aprende de ellas.
5. Cuando entiende las complejidades del cambio en vez de reducirlo todo a un solo proceso, tales como la toma de conciencia, el contra-condicionamiento, la fuerza de voluntad o la relación terapéutica.
6. Cuando trabaja en los niveles más próximos que se adecuan a sus problemas.
7. Cuando se centra en los niveles más profundos si necesita superarlos.
8. Cuando comprende su incapacidad de cambiar debido a la atribución incorrecta de niveles de cambio que no se adecuan a su problema.
9. Cuando entiende que la resistencia al cambio se debe a correspondencias erróneas entre los estadios y/o niveles de cambio del terapeuta y del cliente.
10. Cuando tiene mejores orientaciones y modelos que le guían a través de los estadios y niveles de cambio.

La gente no cambia porque no puede, no quiere, no sabe cómo, o no sabe qué cambiar. El modelo transteórico ofrece un modelo integrador de comprensión de las razones para no cambiar, así como de la predisposición al cambio. Los estadios y niveles de cambio guían a los terapeutas en su trabajo de ayudar a cambiar a los clientes. Los clientes en el estadio precontemplativo generalmente no pueden cambiar sin una ayuda especial. Los que se encuentran en el estadio de contemplación no están seguros de querer cambiar. Quienes se hallan en el estadio de preparación temen no saber cómo cambiar con éxito. Los niveles de cambio ayudan a guiar el terapeuta y los clientes con respecto a qué cosa cambiar.

Palabras clave: modelo transteórico; resistencia al cambio; incumplimiento.

Nota del autor: La investigación de este artículo fue realizada gracias a la ayuda de las becas CA 27821 y CA 50087 del Instituto Nacional del Cáncer.

Nota del Editor: Este artículo apareció en el *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 83-102, (1999) con el título "Why don't continents move? Why don't people change?". Agradecemos a los autores el permiso para su publicación

Referencias Bibliográficas

- BEITMAN, B.D., BECK, N.C., CARTER, C., DAVIDSON, J. & MADDOCK, R. (1994). Patient stages of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1, 170-184.
- BERGIN, A. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170-184.
- BROGAN, M., PROCHASKA, J.O. & PROCHASKA, J.M. (1999). *Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model*. Accepted for publication in *Psychotherapy*.
- CALHOUN, K.S. (1975). Factors in the modification by isolation of electroconvulsive shock-produced retrograde amnesia in the rat. *Journal of Comparative and Psychological Psychology*, 88, 373-377.
- DICLEMENTE, C., & HUGHES, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DICLEMENTE, C., PROCHASKA, J.O., FAIRHUST, S., VELICER, W.F., VELASQUEZ, M. & ROSSI, J.S. (1991). The process of smoking cessation: AN analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 259-304.
- HOWARD, K.I., KOPTA, M.S., & ORLINSKY, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- HUNT, W.A. & MATTARAZZO, J.D. (1973). Three years later: Recent developments in the experimental modification of smoking behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 107-114.
- JONES, B. & NISBETT, R. (1972). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. In E. Jones, D. Anouse, H. Kelly, R. Nisbett, S. Valins & B. Weiner (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. NJ: General Learning Press, pp. 1-186.
- KOTTE, T.B., BATTISTA, R.N., DEFRIESE, G.H. & BREKKE, M.L. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2882-2889.
- MASTERS, W. & JOHNSON, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- MCCONNAUGHY, E.A., DICLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J.O. & VELICER, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 494-503.

- MCCONNAUGHY, A., PROCHASKA, J.O. & VELICER, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- NORCROSS, S.C. & PROCHASKA, J.O. (1986). Psychotherapist health thyself-I. The psychological distress and self-change of psychologists, counselors and by persons. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 23, 102-114.
- NORCROSS, J.C., PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1986). Self change of psychological distress: Layperson's vs. psychologist's coping strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 834-840.
- NORCROSS, J., PROCHASKA, J., GUADAGNOLI, E. & DICLEMENTE, C. (1984). Factor structure of Levels of Attribution and Change Scale (LAC) in samples of psychotherapists and smokers. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 519-528.
- NORCROSS, J.C., PROCHASKA, J.O. & HAMBRECHT, M. (1985). The levels of attribution and change (LAC) scale: Development and measurement. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 631-649.
- ORLEANS, C.T., GEORGE, L.K., HOUP, J.L. & BRODIE, K.H. (1985). Health promotion in primary care: A survey of U.S. family practitioners. *Preventive Medicine*, 14, 636-647.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 19, 276-278.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dow Jones Irwin.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1986a). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum, pp. 3-27.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1986b). The transtheoretical approach: Towards a systematic eclectic approach. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, pp. 163-200.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., VELICER, W.F., GINPIL, S.E. & NORCROSS, J.C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395-406.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., VELICER, W.F. & ROSSI, J.S. (1990). Standardized individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12, 399-405.
- PROCHASKA, J.O. & NORCROSS, J.C. (1983). Psychotherapists' perspectives on treating themselves and their clients for physis distress. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 652-655.
- PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. & DICLEMENTE, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- PROCHASKA, J.O. & NORCROSS, J.C. (1998). *Systems of psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole Publishing Company.
- PROCHASKA, J.O., ROSSI, J.S. & VELICER, W.F. (1990). *A comparison of four minimal interventions for smoking cessation: An outcome evaluation*. Paper presented at the 7th World Conference on Tobacco and Health, Perth, Australia.
- PROCHASKA, J.O., ROSSI, J.S. & WILCOX, N.S. (1991). Change process and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 103-120.
- PROCHASKA, J.O., VELICER, W.F., DICLEMENTE, C.C., GUADAGNOLI, P. & ROSSI, J.S. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26, 83-107.
- PROCHASKA, J.O., VELICER, W.F., ROSSI, J.S., GOLDSTEIN, M.G., MARCUS, B.H., ROKOWSKI, W., FIORE, C., HASLOW, L. REDDING, C.A., ROSENBLUM, D. & ROSSI, S.R. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of 12 problem behaviors. *Health psychology*, 13, 39-46.
- ROTTER, J. (1970). Same implications of a social learning theory for the therapeutic practice of psychotherapy. In D. Levis (Ed.), *Learning approaches to behavioral change*. Hawthorne, ny: Aldine Publishing, pp. 208-241.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990). *The health benefits of smoking cessation*. USDHHS Public Health Service, DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- VELICER, W.F., DICLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J.O. & BRANDENBURG, N. (1985). A decisional balance measures for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.