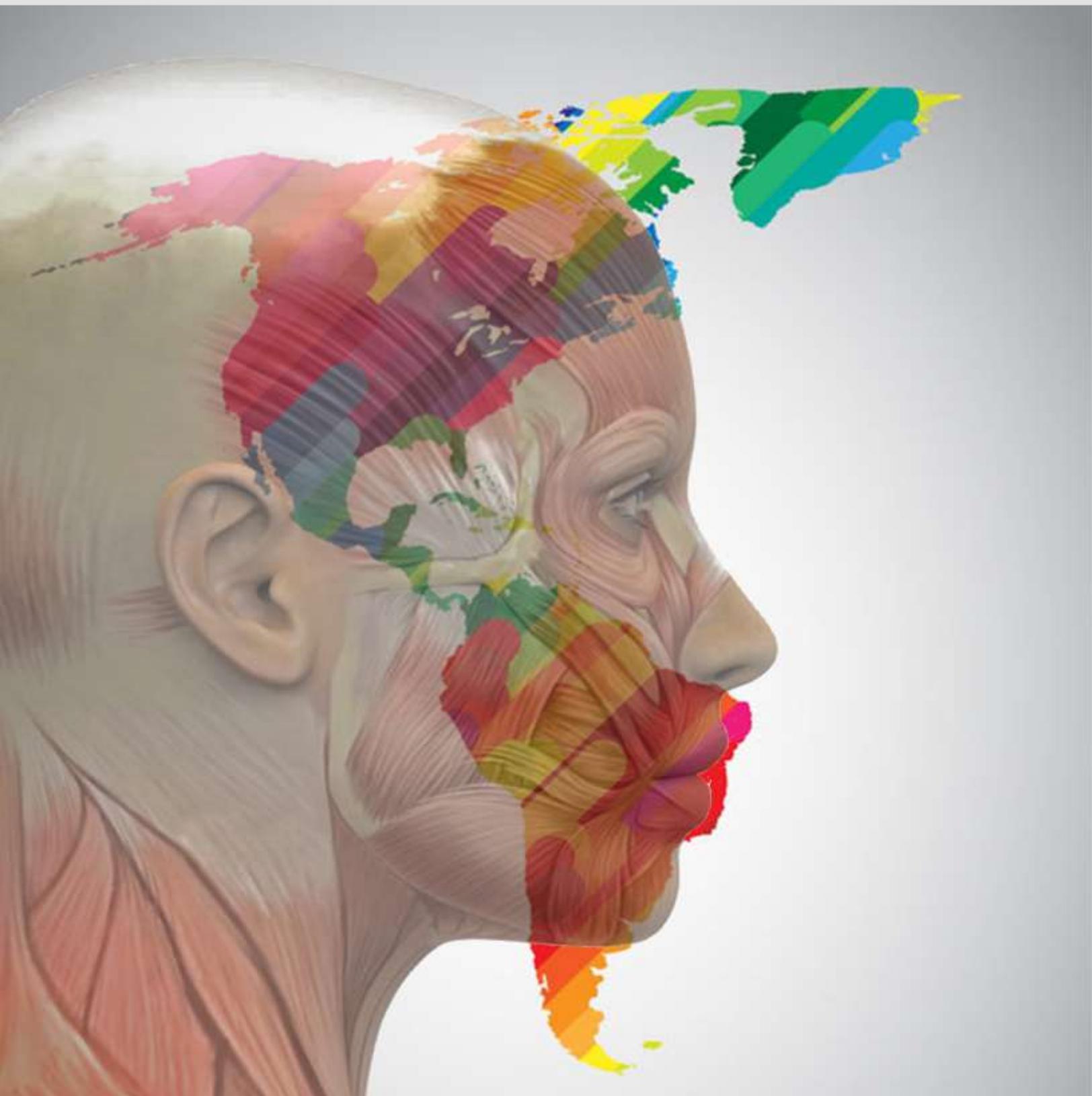


PRINCIPIOS TEORICOS Y REPRESENTACIONES SOCIALES LATINOAMERICANAS





ENTREVISTA MOTIVACIONAL: PREPARAR PARA EL CAMBIO A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN

MOTIVATIONAL INTERVIEW: PREPARING PEOPLE WITH ADDICTION
PROBLEMS FOR CHANGE

DIAGNÓSTICO DE CONSUMO ABUSIVO Y DEPENDIENTE DE ALCOHOL,
TABACO Y OTRAS DROGAS: ENTREVISTA MOTIVACIONAL



Pedro Antonio Fernández Ruíz
Universidad Autónoma de Baja California
Unidad Valle de las Palmas.
Tijuana, Baja California. México

RESUMEN: A través del presente taller se pretende realizar un ejercicio profesional fundamentado respecto a los procesos y estadios de cambio en personas que desean dejar de consumir alcohol, tabaco y otras drogas, al igual que conocer los postulados explicativos del modelo de Entrevista Motivacional y el modelo transteorico del cambio, su eficacia terapéutica, interpretativa y predictiva. Las conductas adictivas resultan un elemento del ser humano interesante de estudio, pues contiene elementos de relevancia tales como las actitudes, intenciones, creencias, motivaciones, autoeficacia y entre otros, que develan la

complejidad de esta problemática y por tanto el nivel de experticia de las intervenciones psicológicas. Por otra parte, ha sido ampliamente estudiado este fenómeno conductual a partir de estos modelos, demostrando la eficacia en la mayor parte de sus postulados, pero evidenciando la debilidad epistemológica y metodológica de otros.

PALABRAS CLAVE: Estadios de cambio, procesos de cambio, Conductas Adictivas

ABSTRACT: Through this workshop, the aim is to carry out a professional exercise based on the processes and stages of change in people who wish to stop using alcohol, tobacco and other drugs, as well as to know the explanatory postulates of the Motivational Interview model and the trans meteoric model of change, its therapeutic, interpretative and predictive effectiveness. Addictive behaviors are an interesting element of the human being's study, because they contain relevant elements such as attitudes, intentions, beliefs, motivations, self-efficacy and among others, which reveal the complexity of this problem and therefore the level of expertise of psychological interventions. On the other hand, this behavioral phenomenon has been widely studied from these models, demonstrating the effectiveness of most of its postulates, but showing the epistemological and methodological weakness of others.

KEYWORDS: Stages of change, processes of change, Addictive behaviors

INTRODUCCIÓN

Desde el campo de las ciencias de la salud se ha diseñado y propuesto modelos que lleven a la comprensión de la salud y de la enfermedad, que permiten en primera medida comprender los aspectos individuales y colectivos que se desenvuelven en estas, y como segundo fin, la creación y propuesta de la intervención y el tratamiento. Algunos modelos como el dualismo, el biomédico, el ambiental, el ecosistémico, el biopsicosocial etc. son muestra de lo laborioso que ha sido esta estructura del conocimiento y lo arduo que es el consenso para un modelo integral único.

Un gran reto para estos modelos es comprender como cambian las personas a favor de la salud y porque lo hacen. El cambio en los individuos es muy diverso, en su forma, en tiempo y en razones para el cambio. Por ende, encontramos en la actualidad una gran diversidad de modelos terapéuticos que explican en sus supuestos la evaluación, pronóstico, tratamiento e intervención del comportamiento, tratando de conservar la funcionalidad e integralidad de sus premisas en la complejidad del cambio humano. De hecho, podemos pensar que desde las ciencias la psicología sería la ciencia del cambio (Miller y Rollnick, 1999).

— Es llamativo encontrar situaciones en las que las personas desean un cambio y por más que lo deseen no lo pueden realizar o se les dificulta hacerlo. Este tipo de problema lo podemos encontrar en un gran rango de comportamientos, aunque lo podemos ver con mayor claridad en las conductas adictivas. En ocasiones la

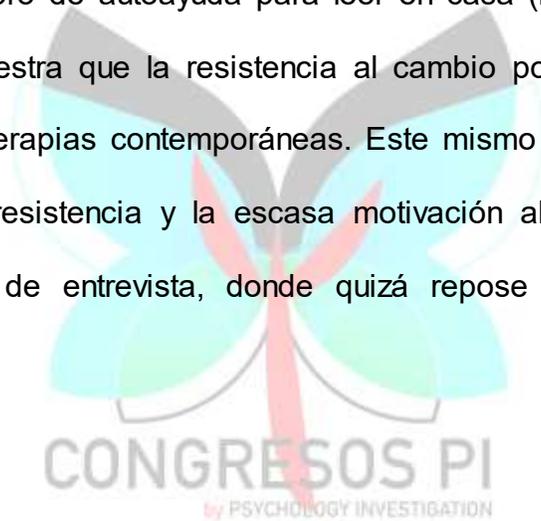
persona es consciente de las consecuencias dañinas, por tanto existe un intento por controlar o abandonar este tipo de conductas, no obstante se observa que reincide en sus viejos comportamientos adictivos. Por consiguiente, se puede mencionar que las conductas adictivas son condiciones crónicas con tendencia a la recaída (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986) citados por (Miller y Rollnick, 1999).

Este problema motivacional es todo un desafío en relación con la capacidad de comunicarnos con una persona que solicite orientación. Pues, en la aplicación de los supuestos de la modificación de la conducta o de los rasgos de la personalidad, se puede encontrar con resistencias o renuencias por parte de la persona quien desea llevar a cabo un cambio comportamental, a pesar de su intención de querer hacerlo. Es decir, conocemos los principios teóricos del cambio, pero dejamos a la deriva la forma en la que debemos transmitirlos y enseñárselos al paciente. En ocasiones, distinguimos que a pesar de dar una orientación o instrucción dirigida al cambio, el paciente no suele apegarse o estar conforme con aquella recomendación, y que por mucho que nos esforcemos para persuadir con estrategias terapéuticas a nuestros pacientes, el resultado no va ser lo que esperamos. Esto produce una gran dificultad en la alianza terapéutica y en la eficacia de las intervenciones.

Por ejemplo, Torres (2010) menciona que se atribuye normalmente a las dificultades del paciente, la falta de motivación como el principal culpable de este problema. Y agrega que a menudo el clínico, con un sentido claro del problema, trata de orientar a la persona en la dirección correcta. Sin embargo, en la mayoría

de los casos la respuesta es la pasividad, el desacuerdo con el terapeuta o la negación pura y simple (Miller, 1998).

Miller (1978) empezó a investigar el entrenamiento en conductas de autocontrol como tratamiento en consumidores problemáticos de alcohol. Inicialmente encontró en un estudio que el grupo control tuvo una mejoría notoria después del tratamiento, comparado con los pacientes que habían sido tratados con terapia (Miller, 1996). Este grupo control recibió una evaluación inicial, palabras de aliento y un consejo, y un libro de autoayuda para leer en casa (Miller & Muñoz, 1982). Este resultado demuestra que la resistencia al cambio podría ser abordada de forma distinta a las terapias contemporáneas. Este mismo autor mencionó que a lugar de atribuir la resistencia y la escasa motivación al paciente, habría que observar el modelo de entrevista, donde quizá repose la potencialización al cambio (Miller, 1998).



ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM): PREPARAR A LAS PERSONAS PARA EL CAMBIO

Debido a estas situaciones encontradas en consulta, Miller y Rollnick han propuesto en el año 1991 un estilo de entrevista y de terapia para el manejo de las conductas adictivas. Este modelo llamado “La Entrevista Motivacional” (EM), es un enfoque de terapia breve para abordar y tratar la ambivalencia hacia el cambio, característica en las personas con comportamientos adictivos. Para estos autores una conducta adictiva se caracteriza por la predominante búsqueda de la

gratificación a corto plazo a expensa de un daño a largo plazo, y que por consiguiente, expondría un problema de autocontrol, por tanto, un conflicto decisional.

La EM, como fue originalmente descrita (Miller, 1983), es más un estilo de terapia que un grupo de técnicas en particular (Rollnick & Miller, 1995). Estos autores se dieron a la tarea de buscar un modelo que tuviera la esencia de la intervención breve, donde la primera propuesta que realizaron fue el “Chequeo del bebedor” (DCU, drinker’s check-up) (Miller, Sovereign, & Krege, 1988). En un primer estudio que realizaron estos autores (Miller et al., 1988) encontraron una reducción del 27% en el comportamiento de consumo de alcohol después de haber usado el DCU durante 12 meses, a diferencia del grupo control. Estos resultados daban muestra de la efectividad de la técnica de intervención breve a diferencia de sus homólogas centradas en la conducta. También se dieron cuenta que entre más el terapeuta confrontara al cliente, este más bebía (Miller, 1996). Ponía esto en evidencia que las técnicas de confrontación estaban asociadas a los niveles altos de resistencia por parte de los pacientes. En otras palabras, existía una gran influencia entre el comportamiento del terapeuta y los resultados de la intervención terapéutica. (Patterson y Forgatch, 1985).

La EM se basa teóricamente en dos grandes áreas: inicialmente en el constructo de la “ambivalencia” y por otro lado en el conflicto entre la “indulgencia y la restricción” (Miller y Rollnick, 1999). Su propósito es ayudar a los pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Sus antecedentes epistemológicos se ubican en la asesoría o counselling centrado en el paciente, la

terapia cognitiva, la teoría de sistemas, y la psicología social de la persuasión (Miller y Rollnick, 1999). Durante una sesión de EM el terapeuta si bien parte de la premisa que sus pacientes son capaces de resolver sus problemas de forma eficaz, también lo hace a partir del supuesto de que él puede ejercer el control de la sesión permitiéndole administrar los recursos y tiempos que constituyen el objetivo y las acciones terapéuticas. Este enfoque breve se estructura de forma flexible pero organizada con otras estrategias provenientes de otros modelos (por ejemplo, entrenamiento conductual, terapia cognitiva, participación en grupos de doce pasos). Aunque, una base conceptual de la EM más general se encuentra en la teoría e investigación sobre el «autocontrol» (Miller y Brown, 1991; citado por Miller y Rollnick 1999).

Uno de los primeros aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de la MT es la atmosfera del cambio. La forma en la que el terapeuta se relaciona con su paciente esta tan importante como el enfoque específico o la escuela de pensamiento en la que el terapeuta se fundamenta. Pues en algún momento dado el estilo del terapeuta se manifiesta relativamente durante el proceso terapéutico.

Según Carl Rogers (1959) los pacientes son capaces de analizar sus propias experiencias de forma abierta y de encontrar soluciones para sus propios problemas, sin embargo, y tal como lo propone este autor, las características del terapeuta deben fomentar esa autonomía, señalando la importancia de generar una empatía adecuada, una calidez no posesiva y mostrar una autenticidad genuina. A su vez, propone que el terapeuta escuche de forma concreta al

paciente para que este mismo amplíe el significado que el paciente le da a su propia experiencia.

Por otra parte, Miller y Rollnick (1999) realzan la importancia de romper con algunos tabúes relacionados al tratamiento terapéutico de las conductas adictivas. Por un lado, mencionan que no ha sido corroborada por estudios la efectividad de las estrategias confrontativas. De hecho, se ha demostrado que los terapeutas que siguen este enfoque predicen el fracaso terapéutico. Contrario a una empatía adecuada, que está asociada a efectos terapéuticos positivos. De hecho, la EM propone a la confrontación como un objetivo y no como un estilo. Pues la comprenden como un estado motivacional interno del paciente en el que por sus propios medios interpretativos se persuade de la necesidad de un cambio. Es decir, encuentra sus propias razones para confrontar sus comportamientos.

En esta misma línea, se creía que un estado de negación era un rasgo característico de la personalidad de los individuos con problemas de conductas adictivas. Sin embargo, no existe ningún sustento empírico ni científico que confirme esta hipótesis. Por otra parte, al no ser la negación un rasgo típico de los sujetos con problemas de consumo, tampoco lo es la aceptación como un indicador de predicción de adherencia al tratamiento o resultados positivos de cambio. Es decir, no es necesario solicitar a una persona que reconozca verbalmente un problema, poniéndose una etiqueta que le otorgue la responsabilidad del cambio. Esta interpretación errónea de las conductas no normales e indicativas de patología, hacen que el terapeuta atribuya en situaciones de fracaso de la terapia, que el abandono fue producto a estos

fenómenos psicológicos no normales. De hecho, el estilo del terapeuta podría provocar estos fenómenos psicológicos como la resistencia, que no son debidos al problema de consumo del paciente sino de la relación con el terapeuta. En conclusión, podemos decir que un supuesto importante de la EM es la atmósfera del cambio, particularmente, la atmósfera terapéutica que favorezca este cambio.

La EM hace énfasis también en las características motivacionales que las personas experimentan a través del cambio. Este enfoque entiende a la motivación como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Es decir, es la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. El terapeuta reconoce la importancia de la disposición del sujeto a recibir ayuda y de los cambios internos como productos de valor terapéutico. Por consiguiente, la responsabilidad del terapeuta no sólo es entonces dar consejos, sino también, motivar y aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio (Miller y Rollnick, 1999).

MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO (MT): ESTADIOS

Un enfoque congruente con estos supuestos de la EM es el Modelo Transteórico del Cambio (MT) propuesto por DiClemente y Prochaska (1982) donde en un estudio inicial identificaron 10 procesos de cambio predictivos en conductas en pro de la salud en consumidores de tabaco relacionados al proceso

de abstinencia. Y en un segundo estudio, revelaron también que este cambio de comportamiento se desarrollaba a través de una serie de etapas (Prochaska and DiClemente, 1983). Para Rollnick y Miller (1999) este modelo describe, coherentemente a sus premisas del cambio, y proponen que la EM se tenga en cuenta para el abordaje terapéutico.

Dentro de los constructos que integran al MT se encuentran las “Etapas de Cambio”. Estos son una dimensión temporal de las conductas que llevan al cambio, es decir, el fenómeno es explicado a través del tiempo, clasificado en unas etapas, que de forma gradual y sistemática evidencia el desarrollo de los comportamientos en pro de la salud.

El modelo propone las siguientes etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y la terminación. En referencia a la etapa de precontemplación las personas no tienen ninguna intención de llevar a cabo una acción que instrumentalice una conducta a favor de la salud, al menos en 6 meses (Prochaska, Redding & Evers, 2008). Las personas pueden quedarse en esta etapa quizá porque no se encuentran bien informados acerca de las consecuencias de sus comportamientos, o tal vez, debido al número de intentos frustrados de abandono, lo que les hace perder confianza en sus habilidades. En cuanto a la etapa de contemplación, la persona ya tiene una intención de cambio. Estos sujetos son más conscientes de los pros y también de los contra de mantener las viejas conductas o iniciar acciones favorables al cambio. A pesar de este estado de consciencia y de considerar el cambio como una opción, el individuo no asume un compromiso específico para actuar en ese sentido

(Cabrera, 2000). La etapa de preparación se caracteriza por la decisión de cambio y el inicio de algunas acciones que los prepara para el mismo. Reflejan un compromiso propio, sustentado en planes de acción concretos, tales como informarse o averiguar sobre las herramientas terapéuticas o psicoeducativas para la solución al problema. Una vez superada la etapa de preparación los sujetos se encuentran ya implicados en comportamientos que evidencian el cambio, lo que constata que se encuentran en la etapa de Acción. Producto de una modificación conductual, una organización ambiental, un proceso motivacional y una reestructuración cognitiva para superar sus problemas. La cuarta etapa de mantenimiento, se observa los cambios generales en el estilo de vida de la persona y el esfuerzo para prevenir la recaída. Esta población se siente menos atraída hacia el consumo y más segura de sí misma acerca de continuar sus cambios. En último lugar, en la etapa de terminación vemos a las personas totalmente seguras y confiadas de que no volverán a retomar sus antiguas conductas, se observa que sus comportamientos saludables se manifiestan de forma automática como si les hubieran pertenecido siempre.

En síntesis, esta división temporal del cambio permite interpretar de forma organizada como una persona cambia ante los problemas de salud. Estos cambios implican la modificación de la conducta, de sus pensamientos, de su estilo de vida etc. para poder adquirir, implementar y mantener los mismos a lo largo del tiempo.

Durante estas etapas tienen lugar unos procesos transversales que dan muestra de los cambios realizados por las personas. Un proceso de cambio es

definido como «cualquier actividad que la persona emprende para ayudarse a modificar su pensamiento, sentimientos, o conductas» (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994, citado por Flórez 2005). Estos procesos se podrían clasificar en procesos experienciales y procesos conductuales. En relación a los experienciales, se caracterizan por las estrategias cognoscitivas y afectivas, y en cuanto a los conductuales se hace referencia a las estrategias que llevan directamente a la producción del comportamiento o a su mantenimiento (Flórez, 2005). DiClemente y Prochaska (1982) proponen entonces 10 procesos de cambio que se citan a continuación: Aumento del nivel de consciencia, Alivio dramático o catarsis, Auto-reevaluación, Reevaluación ambiental, Auto-liberación, Liberación social, Contra-condicionamiento, Control de estímulos, Manejo de contingencias, Relaciones de ayuda.

Se puede destacar el valor conceptual de estos supuestos pues describen la naturaleza del cambio de la conducta. Podemos citar algunas premisas importantes de este modelo, la primera de ellas es la dimensión temporal del cambio. Por otra parte, y gracias a la comprensión de estas etapas, se observa que la mayor parte de la población parece no estar preparada para iniciar una acción a favor del cambio (Prochaska, et al., 1994). Es decir, y entendido el esquema temporal del cambio, se puede seleccionar los tipos de técnicas, herramientas, fuentes, medios u otros elementos de carácter terapéutico según la etapa en la que se encuentre el sujeto, haciendo más eficiente su aplicación y aumentando la adherencia al tratamiento de forma gradual y con criterios de evaluación más ajustados al progreso de la persona.

ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES

Este esquema temporal se ajusta adecuadamente a la EM y que según sus autores (Miller y Rollnick, 1999) podría usarse unas estrategias motivacionales adecuadas para la resolución de la ambivalencia y las resistencias al cambio. Igualmente, mencionan que ninguna de estas es en sí mágica, pero si eleva la probabilidad de la ocurrencia de una conducta deseada por cada etapa. A estas estrategias Miller y Rollnick (1999) las llamaron aproximaciones motivacionales efectivas, pues al considerar al terapeuta como actor crucial en el cambio de la persona, es el quien debe entonces acercarse de forma efectiva al paciente para aumentar la probabilidad de cambio.

La primera aproximación motivacional es “Ofreciendo Consejo”, pues dar un consejo con claridad y en el momento preciso puede estimular al cambio. Este debe tener varias características, ser capaz de identificar y definir claramente el problema, explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico. Una segunda técnica es la de “Eliminando Obstáculos” ya que es indispensable identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio, alguno de ellos puede ser como el lugar, el desplazamiento, el dinero, las redes de apoyo y etc. Otra estrategia es la de “Ofreciendo Alternativas” y a diferencia de eliminar los obstáculos esta se inclina a hacer sentir al paciente que tiene toda la libertad para tomar una elección personal, esto se logra, promoviendo diferentes posibilidades de planes de acción al y por el paciente y diferentes estilos o enfoques utilizados por el terapeuta. Así mismo, la estrategia de “Disminuyendo la Deseabilidad” propone ayudar a la

persona a sopesar los beneficios y los costos del cambio en contraposición con las ventajas de continuar como hacía hasta entonces. Para estos autores las estrategias de motivación en la etapa de contemplación requieren retirar el peso que tiene el mantenimiento del statu quo y aumentar el peso del cambio. Es decir, que la persona identifique en las nuevas conductas las recompensas positivas. También se encuentra la estrategia de “Practicando la Empatía” donde mencionan que un terapeuta debe tener calidez, respeto, preocupación auténtica, comprensión empática, compromiso e interés activo. Es una habilidad concreta que se puede aprender y cuyo objetivo es el de comprender el significado de los demás a través del uso de la escucha reflexiva y activa. Por otro lado, está la técnica de “Ofreciendo feedback”, y entendiendo que la retroalimentación puede ser un reforzador positivo, el terapeuta debe tener un conocimiento claro de la situación actual de su paciente, lo que le permitiría dar parafraseos, resúmenes, opiniones, etc. muy coherentes a la situación lo que sería útil para generar el cambio. También, se le enseña al paciente técnicas y estrategias para que el mismo obtenga una retroalimentación de sus acciones y decisiones. En cuanto a la estrategia de “Aclarando Objetivos” se afirma que si la persona no tiene un objetivo claro, el feedback quizá no sea útil. Si se cuenta con objetivos claros, se aumenta la probabilidad del cambio. Finalmente, la estrategia de “Ofreciendo Ayuda Activa” hace alusión a que el terapeuta puede influir en la decisión del cambio gracias a su iniciativa terapéutica y la expresión de cuidado hacia el paciente. Estas son dos estrategias esenciales y humanas para ayudar a las personas. Por ejemplo, Kogan, (1957) en un estudio demostró que a los pacientes que se les dio un número de teléfono solo un 37 % se pusieron en contacto; pero

cuando el terapeuta tomó la iniciativa de hacer la llamada de derivación, un 82 % de pacientes acudieron a la cita.

En resumen, vemos el concepto de aproximaciones motivacionales efectivas responde a un modelo motivacional (MT) que organiza el cambio temporalmente. Este punto coyuntural es la unión de supuestos interpretativos y las técnicas de intervención. Nos encontramos entonces con un modelo especializado para fomentar las conductas en pro de la salud, y que ayuda a introducir al trabajo terapéutico diagnósticos motivacionales a los que se les incorpora estrategias adaptadas a cada una de las líneas de tratamiento.

Estas estrategias pueden a su vez, resolver conflictos de ambivalencia por los que el sujeto puede estar pasando, y que se mantienen por sus creencias acerca del consumo, de la salud, del cambio, de la moral, los valores o acerca de sí mismo. O también ayudar a pacientes que reconocen los riesgos, costos y daños que acarrearán sus conductas, pero que se sienten muy atrapados y atraídos hacia su conducta adictiva por una serie de razones (Miller & Rollnick, 1999). El apego por ejemplo, resulta ser un elemento que perpetúa estos conflictos. Al existir una dependencia fisiológica, psicológica y una tolerancia a la sustancia, hacen que las conductas no saludables sean deseables por el individuo a pesar de las consecuencias negativas de las mismas. Estas fuerzas de apego a la conducta problemática condicionada al ambiente representan un reto motivacional para el sujeto y un reto clínico para el terapeuta. De ahí, que la resolución de estos conflictos sea un elemento terapéutico crucial para ayudar a la persona a decidirse a cambiar. Por ejemplo, ayudar a una persona que se debate entre dos

alternativas igualmente atractivas, o a orientarla a resolver cual opción elegir cuando se trata de dos elecciones no tan apetitivas, o quizá, y lo que es aún más difícil, cuando el mismo objeto tiene un valor atractivo y a su vez uno aversivo. Este balance ayudaría a la que persona a inclinarse por una de esas opciones. Estas motivaciones contrapuestas llevan consigo de forma implícita los beneficios y los costos de esas decisiones, y ayudar al paciente a reconocer los pros y los contras, podría inclinar la balanza decisional a las conductas saludables por las que trabaja el terapeuta.

Este concepto de ambivalencia es la arista de los conflictos motivacionales, y que a su resolución, se podría avanzar de forma significativa en el cambio. Y explicaría por otro lado, la resistencia al cambio, pues esta no sería producto de unos rasgos o actitudes propias de las personas con problemas de consumo, sino llanamente a la no solvencia de los conflictos decisionales y motivacionales que tiene el consumidor lo que le representa estar atrapado en el conflicto. En la resistencia, también se observa que el paciente está tratando de proteger su autoestima, sus valores personales o una opinión particular, que expresa una creencia central atesorada por el paciente (Torres, 2010).

Dentro de las resistencias que podemos encontrar durante las sesiones son que el paciente responda con frases cortas y simples, o reacciones renuentes a causa de la preocupación excesiva de tener la razón por parte del terapeuta, cuando el clínico toma la posición de experto o pedimos al paciente aceptar una etiqueta debido a su hábito (Torres, 2010).

Retomando lo planteado por Miller y Rollnick (1999) proponen cinco principios fundamentales para desarrollar la EM. Estos principios son las virtudes del terapeuta motivacional pues en ellas recaen la mayor parte de las probabilidades de cambio del paciente. La capacidad de expresar empatía entendida como principio permitiría en terapia la experiencia por parte del paciente de la actitud de aceptación y de la actitud no prejuiciosa del profesional que facilitaría el camino del cambio. Para el paciente el terapeuta comprende con naturalidad el problema y lo ve como un aspecto totalmente probable y normal, esto gracias a la escucha reflexiva y la comprensión de los conflictivos de ambivalencia. Aunque, este principio ayuda inicialmente a la empatía, no lleva consigo un proceso de cambio, a diferencia de la habilidad de crear la discrepancia. El clínico es experto en crear y potenciar en el paciente una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos personales cuyo propósito es elevar el nivel de consciencia sobre las consecuencias, lo que fomentaría una iniciativa de cambio y más aún si la persuasión fue producto de los propios argumentos del paciente.

Así mismo, una gran virtud del terapeuta es la pericia de evitar una discusión o debates innecesarios. Este principio disminuye la ocurrencia de cualquier resistencia por parte del paciente, pues evitamos debates explícitos, defender posiciones radicales y el uso inadecuado de etiquetas. En reemplazo, dentro del repertorio terapéutico se encuentra un estilo agradable de persuasión, la reflexión como principal herramienta ante cualquier situación de difícil manejo, la toma de decisiones frente a la evolución de la terapia y el uso de estrategias y saber cuándo desviar la resistencia a una posibilidad de cambio. Aquí se encontraría con

el cuarto principio y virtud sobre darle un giro a la resistencia por parte del terapeuta que no es otra cosa que la perspicacia para identificar en qué momento intervenir, como hacerlo, que herramienta terapéutica usar y percibir la situación problemática como una oportunidad para el cambio. Esta intervención por parte del clínico promueve nuevos puntos de vista pero no los impone, pues el paciente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas. Finalmente, proponen fomentar la autoeficacia como último principio y virtud del profesional. En este se sugiere que tanto el terapeuta como el paciente deben creer que la persona tiene toda la confianza y habilidad para llevar con éxito su objetivo de cambio. Bien que el profesional es responsable de las directrices en consulta lo es también el paciente, y sobre todo que sienta la libertad y la confianza de hacerlo. La filosofía de la entrevista motivacional está basada que cada persona tiene un potencial para el cambio. El terapeuta es el encargado de hacer salir ese potencial, es decir, facilitar los procesos naturales del cambio que existen en forma inherente en el ser humano.

MÉTODO:

PLANEACIÓN Y DESARROLLO DEL TALLER

Unidad	Entrevista motivacional y Modelo transteórico (Estrategias de Intervención Breve)
Objetivo	Comprender los elementos fundamentales de la entrevista motivacional en relación a los procesos de cambio de la población consumidora de drogas. Esto mediante un espacio de enseñanza

	y aprendizaje de carácter experiencial y vivencial, para reflexionar sobre los estadios y procesos motivacionales y decisionales de los pacientes.
Contenido	1. Entrevista Motivacional 2. Modelo transgenerico del Cambio 3. Estrategias de manejo para reducir el consumo o el impacto.
Tiempo	4 horas

Subtema	Competencia a desarrollar (de evaluación, intervención o investigación)	Actividades de aprendizaje	Recursos didácticos	Duración
Modelo de entrevista motivacional aplicado en casos clínicos de personas con consumo abusivo y dependiente	Reconocer los elementos básicos y conceptuales del modelo de entrevista motivacional en el ámbito de las adicciones. Esto a partir del modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente.	Evaluación de conocimientos previos: Conocer el saber del grupo acerca del enfoque. Exposición: Ponencia de tipo interactiva	Cañón Laptop Señalador Bocinas	1 hora 30 minutos
	Realizar diagnósticos a partir de casos reales o ficticios a partir del modelo transteórico del cambio con la finalidad de realizar un diagnóstico motivacional bajo la deontología del psicólogo y el	Estudio de casos: Se dará a los grupos casos únicos y a través de sus análisis deberán realizar el diagnóstico correspondiente.	Hojas Blancas Tijeras Revistas Pegamento Plumas	45 minutos

	marco conceptual propuesto.			
	Diseñar e implementar planes de intervención usando la entrevista motivacional mediante la resolución de casos únicos. Proponer las técnicas o estrategias de intervención según sea el caso con el propósito de lograr cambios significativos en los pacientes.	Juego de Roles: Puesta en escena del manejo de los casos clínicos en el contexto hospitalario. Exposición de caso: Compartir con el grupo la síntesis del caso en términos de diagnóstico motivacional. Así como el plan de intervención.	Hojas de Rotafolio Plumones	1 hora y 15 minutos
		Cierre de curso: Reflexiones y generalizaciones de la experiencia vivida en el taller.		30 minutos

CONGRESOS PI
by PSYCHOLOGY INVESTIGATION

DISCUSIÓN

De manera de conclusión, se destaca el valor conceptual de los supuestos del EM pues describen la naturaleza del cambio de la conducta y la forma en la que debe ser esta abordada. Aunque también, se pone en evidencia la difícil tarea de considerar todos los puntos coyunturales de este cambio comportamental. Podemos citar algunas premisas importantes de este modelo terapéutico, la

primera de ellas es que resumen el problema de cambio en dos grandes elementos, el primero la ambivalencia y el segundo la indulgencia y la restricción. Estos conflictos motivacionales al ser resueltos promoverían el cambio y por tanto la reducción significativa de la resistencia a hacerlo. Además, de la resolución de estos conflictos, se hace énfasis en el estilo del terapeuta y la relación que guarda con los resultados terapéuticos. Entendido que la eficacia de la intervención dependerá en gran medida del estilo propio del terapeuta, de sus virtudes, recursos y estrategias terapéuticas. Otro punto y quizá de mucha relevancia, es su marco conceptual traído del Modelo Transteórico del Cambio, considerando la importancia de la especialización de la oferta terapéutica según los niveles y procesos del cambio, visto que las estrategias terapéuticas en mutua concordancia a estos niveles y procesos aumentan la probabilidad que una persona dirija su energía a la asimilación o acomodación de nuevas conductas.

Por otra parte, la EM es un enfoque directivo pero sustentado en el potencial que guarda el paciente. El terapeuta dirige de forma sistemática y progresiva las sesiones, creando discrepancia y ofreciendo feedback para que el paciente se persuada por sus propios argumentos de la importancia de incorporar nuevas conductas a su estilo de vida. A su vez, el terapeuta rompe con viejos supuestos, tales como la confrontación como un estilo, hacer juicios de valor sobre la patología de la personalidad, establecimiento de etiquetas, la necesidad de la aceptación de un diagnóstico por parte del paciente y la incapacidad de elección que tiene el mismo. Estos supuestos se replantean y se ayuda a la persona a construir una elección personal donde subyace la responsabilidad de ella misma

en hacerlo, se orienta para ello pero en un ambiente de total libertad y de forma negociada estableciendo la ruta del cambio, por otra parte, la presencia de la resistencia puede ser evaluada como influida por parte del terapeuta, y donde la resistencia se entiende como una oportunidad del cambio a través de la reflexión.

Si bien la EM fue concebida inicialmente para el tratamiento de conductas adictivas, particularmente los problemas de consumo abusivo y dependiente al alcohol, hoy en día es usada en una amplia variedad de fenómenos de conductas problemáticas lo que ha sido ampliamente investigado.

En cuanto a su eficacia Dunn, Deroo y Rivara (2001) realizaron una revisión sistemática del impacto de las intervenciones breves encontrando que para un 60% de los estudios revisados la EM reportó al menos un efecto significativo en el cambio de conducta, encontrando la evidencia más sólida en el abuso de drogas. Igualmente, en una revisión de 72 estudios se encontró que la EM tenía una mayor evidencia de soporte y apoyo al cambio de conducta adictivas, así como efectos positivos en la adherencia a la dieta, ejercicio físico y cumplimiento terapéutico (Hettema, Steele y Meller, 2005). Así mismo, en un estudio se demostró que al entrenar médicos generales en la EM los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mejoraban significativamente en el conocimiento de su enfermedad y sus creencias sobre prevención y tratamiento de la misma. (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Jhonsen & Christensen, 2009).

En otro estudio Harland, White, Drinkwater, Chinn, Farr y Howel (1999) evaluaron la eficacia de las combinaciones de 3 métodos para promover la

actividad física en adultos sedentarios, comparando 2 intervenciones motivacionales con un grupo control que recibía consejo breve. Encontraron una mejora significativa de la actividad en los grupos de intervención en relación con los controles a las 12 semanas (Bóveda, Pérula de Torres, Campiñez, Bosch, Barragán & Prados 2013). En esta misma línea Ackerman, Falsetti, Lewis, Hawkins y Heinschel (2011) encontraron que el 80% de los participantes que avanzaron al siguiente estadio de cambio, aumentaron su actividad.

A pesar de que la evidencia empírica demuestra la utilidad de este enfoque en una gama diversa de personas y problemas, aún existe evidencia que para algunos de ellos sería mejor otro tipo de modelo. Miller y Rollnick (1999) consideran que nada funciona por igual para todas las personas y reconocen que el conocimiento actual sobre cómo ajustar a los pacientes con los estilos de intervención más adecuados es aún incompleto. Tal y como lo mencionan Bóveda et al. (2013) que al día de hoy los estudios en los que se ha probado la EM arrojan resultados controvertidos y aún persisten la incertidumbre y múltiples cuestiones por resolver.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman E., Falsetti S. A., Lewis P., Hawkins A. O., Heinschel J.A. (2011) Motivational interviewing: a behavioral counseling intervention for the family medicine provider. *Fam Med.* 43 582-585.

Bóveda Fontána, J., Pérula de Torres, L. A., Campiñez Navarroc, M., Bosch Fontcubertad, J. M., Barragán Brunc, N. & Prados Castillejo, J. A. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 45(9), 486-495.

*Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

*Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41 (7), 765-782.

Cabrera G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2) 129-138.

Dunn C., Deroo L. & Rivara F. P. (2001). *The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review*. *Addiction*, 96 (12) 1725-42.

DiClemente, C. C., and Prochaska, J. O. (1982) Self Change and Therapy Change of Smoking Behavior. A Comparison of Processes of Change in Cessation and Maintenance. *Addictive Behavior*, 7 (2) 133–142.

Flórez-Alarcon, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología* 13, 47-78.

Harland J., White M., Drinkwater C., Chinn D., Farr L. & Howel D. (1999). The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ*. 319 (7213), 828–832.

Hettema J., Steele J. & Meller W. R (2005). Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*, 1 (91)

- Kogan, L. S. (1957). The short-term case in a family agency: Part II. Results of study. *Social Casework*, 38, 296-302.
- Miller, W. R. (1978). Behavioral treatment of problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 46, 74-86.
- Miller, W. R. & Muñoz. R. F. (Eds) (1982). How to control your drinking (2nd Ed.). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147- 172.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.
- Miller. W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21 (6) 835-842.
- Miller W. R., & Heather N. (Ed.) (1998). *Treating addictive behaviours*. 2nd Ed. New York: Plenum.
- Miller W. R., & Rollnick S. (1999) *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Patterson. G. A., & Forgatch. M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 53, 846-851.
- 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., [Norcross, J.C.](#) & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Morrow.

Prochaska J., Redding C. A. & Evers K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In Glanz K., Rimer B. K. & Viswanath K. (Ed.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In (ed.) S. Koch, *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill.

Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behavior change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RCT, *Scand J Prim Health Care*, 27 (1).

Torres Carvajal, G. A. (2010) La entrevista motivacional en adicciones. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 39.

RESEÑA

PEDRO ANTONIO FERNÁNDEZ RUIZ

Psicólogo por la Universidad El Bosque; Maestría en Ciencias Humanas y Sociales con énfasis en psicología de la Universidad Lumiere Lyon 2; Especialidad en Prevención de las Adicciones por la Universidad Iberoamericana de Puebla;

Doctorado en Psicología de la Universidad de Baja California Tepic. Ha participado en el diseño e implementación en políticas públicas, gestión de proyectos, responsable técnico en proyectos de investigación en adicciones. Cuenta con dominio de manejo de grupos y atención personalizada en; terapia, talleres, capacitaciones y enseñanza-aprendizaje. Actualmente se desempeña como profesor investigador a nivel universitario siendo sus líneas de generación y aplicación del conocimiento: Psicología de las Adicciones, bases neuropsicológicas del comportamiento adicto, abstinencia por consumo de drogas, modelo de entrevista motivacional y terapia cognitivo conductual en adicciones. Tiene publicaciones de capítulos de libros, artículos en revistas indexadas y arbitradas.



POSTYRS

