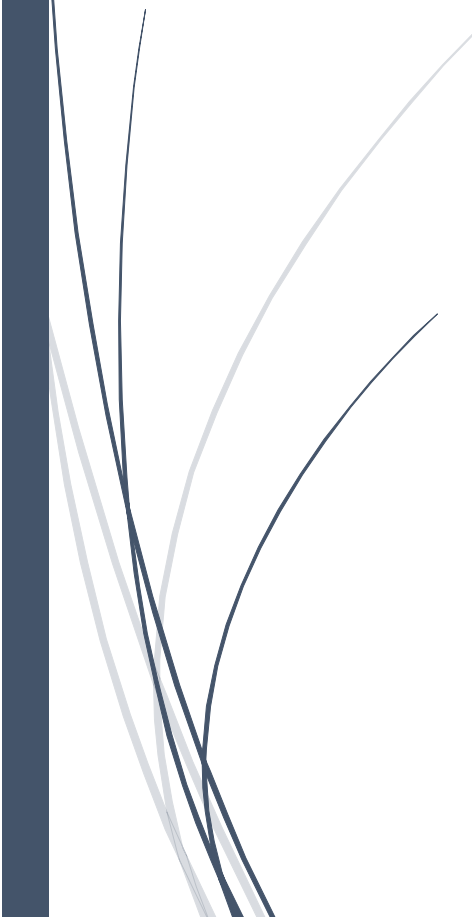


PSICOLOGÍA APLICADA EN ADICCIONES



SUMARIO

Prefacio

Primera parte LAS BASES

1. La atmósfera del cambio

Delimitando los factores no específicos

Condiciones básicas para el cambio

La evolución de la confrontación

2. ¿Qué es lo que hace cambiar a las personas?

La motivación como un estado

La motivación como probabilidad de una conducta

Aproximaciones motivacionales efectivas

Mezclando todos los ingredientes

3. La intervención breve: más piezas del rompecabezas

El cambio autoinducido

El impacto de las intervenciones breves

Ingredientes necesarios para que un tratamiento breve sea efectivo

La motivación como una interacción interpersonal

4. La ambivalencia: el dilema del cambio

Quiero, pero no quiero

El encuentro con la ambivalencia

Comprendiendo la ambivalencia

Trabajando con la ambivalencia

Segunda parte LA PRÁCTICA

5. Los principios de la entrevista motivacional

¿Qué es la entrevista motivacional?

Las diferencias con otros tres estilos

Cinco principios generales

Resumen

6. Fase I: construyendo la motivación para el cambio

Sobre la primera sesión

La estructura de la sesión de apertura

Las cinco primeras estrategias

Los contactos de seguimiento

7. Utilizando los resultados de la evaluación

Presentando la evaluación

Dimensiones de la evaluación

Evaluación de la motivación

Un feedback personalizado

8. Afrontando la resistencia

El rol del terapeuta en la resistencia

Reconocer la resistencia

Estrategias para manejar la resistencia

Manejando las faltas a las visitas

El drama del cambio

9. Fase II: fortaleciendo el compromiso para el cambio

Reconociendo la disponibilidad para el cambio

Fase II: imprevistos

La recapitulación

Las preguntas clave

Información y consejo

Negociar un plan

El final del juego

10. Situaciones típicas y difíciles

Trabajando con las parejas

El paciente coaccionado

Abordar el tema

Distribución del tiempo

Analizando las emociones

Vivir en el caos

Desvío de la conversación

Desintoxicación

11. Un caso práctico

PREFACIO

Las personas cambian de muy diversas maneras y por una multitud de razones diferentes. La psicología del cambio es en sí misma un tema amplio y fascinante. De hecho, de alguna manera, la psicología es la misma ciencia del cambio.

Este libro presenta un aspecto del amplio tema del cambio. Como terapeutas, estamos fascinados por lo que motiva el cambio en las personas que se enfrentan a problemas personales. Hay un problema común entre las personas: que parezcan como «paralizadas», que persistan en patrones de conducta que les dañan claramente a sí mismas y a los que les rodean. De hecho, esto obedece a una antigua queja: «Porque lo que hago no lo entiendo, pues no hago lo que quiero sino lo que aborrezco» (Romanos 7, 15, versión estándar revisada).

En ningún lugar podemos ver con mayor claridad este problema que en lo que se ha dado en llamar las «conductas adictivas»: alcohol y otras drogas de abuso, trastornos de la alimentación, juego patológico y otras compulsiones (Miller, 1980; Pedde, 1985). Representan lo que Orford (1985) ha denominado como «apetitos excesivos». Una característica definitoria de las conductas adictivas es que implican la búsqueda de la gratificación a corto plazo a expensas de un daño a largo plazo. A menudo la persona es bastante consciente de las consecuencias dañinas y decide controlar o abandonar la conducta adictiva, aunque una vez tras otra vuelva al antiguo patrón conocido de conducta. Las conductas adictivas son condiciones crónicas con tendencia a la recaída (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt y Córdón, 1985).

Este problema no está en modo alguno restringido a las conductas adictivas. De hecho, una característica central de las neurosis, como Freud y sus discípulos las describieron, es su naturaleza autodestructiva. Existen muchos libros y programas de autoayuda destinados a ayudar a personas con problemas de motivación; en éstos se las describe como personas con dificultades en la toma de decisiones, en la autoestima, en la autoafirmación, con carencia de pensamientos positivos y con una tendencia a sentirse «bloqueadas» (véase Simón, 1988). En un contexto religioso, las conceptualizaciones que se hacen del pecado a menudo enfatizan la lucha por la gratificación inmediata en contra de valores más altos. Nuestro colega Tim Stockwell afirmó una vez que «La vida es una condición crónicamente recidivante».

Lo que deseamos ofrecer en este libro es una clara comprensión de cómo las personas se ven atrapadas por la ambivalencia, y de qué manera los que quieren ayudarles pueden potenciar su motivación para el cambio. La audiencia a la que nos dirigimos la forman nuestros colegas profesionales: personas que practican el *counselling*¹ psicólogos, miembros del clero, trabajadores sociales, médicos, enfermeras y todos aquellos cuyo trabajo incluye el trabajo terapéutico con personas que necesitan cambiar. De hecho, los principios y enfoques que describimos son más ampliamente aplicables en campos como los negocios, la educación y la dirección de grupos de gestión, pero aquí nuestro objetivo está en su aplicación en un contexto terapéutico. Muchas de nuestras aportaciones teóricas y ejemplos están dirigidos explícitamente a las conductas adictivas, porque nuestro trabajo terapéutico y nuestras investigaciones se han centrado en este tema y porque a través del trabajo con pacientes alcohólicos surgió el concepto de la entrevista motivacional. Sin embargo, deseamos que las ideas y enfoques que aquí presentamos sean útiles en el trabajo con una amplia

¹ Respetamos este término en todo el libro, por tratarse de una expresión muy utilizada en distintos campos profesionales.

variedad de pacientes con diversos tipos de problemas.

La entrevista motivacional es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Se basa en estrategias que surgen del *counselling* centrado en el paciente, la terapia cognitiva, la teoría de sistemas, y la psicología social de la persuasión. La orientación de una sesión de entrevista motivacional está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección y escoge activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva. De esta manera, combina elementos de enfoques directivos y no directivos. La entrevista motivacional se puede combinar con una amplia gama de estrategias, y utilizar para crear una base motivacional necesaria para aplicar después otros enfoques (por ej., entrenamiento conductual, terapia cognitiva, participación en grupos de doce pasos o la toma de medicación).

La entrevista motivacional se basa teóricamente en dos grandes áreas: de forma prioritaria en el constructo de la «ambivalencia» y en el conflicto entre la indulgencia y la restricción, conflicto que surge claramente en las conductas adictivas (Orford, 1985). El fracaso para cambiar una conducta que causa problemas es un fenómeno que se extiende más allá de las adicciones, y los efectos paralizantes de la ambivalencia se aprecian en muchas áreas. Una base conceptual más general se encuentra en la teoría e investigación sobre el «autocontrol» (Kanfer, 1987; Miller y Brown, 1991). Las estrategias de la entrevista motivacional se pueden incluir dentro de este marco conceptual más genérico. Se basan en principios de la psicología social, cognitiva y motivacional. Ahora es necesario que revisemos algunos datos más. Primero, presentamos la entrevista motivacional como un enfoque más, no como la única forma correcta o adecuada de proceder con los pacientes. Aunque sabemos que este enfoque es útil para diferentes tipos de personas y problemas, existen algunos para los que una estrategia diferente sería más efectiva. Nada funciona por igual para todas las personas y el conocimiento actual sobre cómo ajustar a los pacientes con los estilos de intervención más adecuados es, aún hoy, incompleto. De igual manera, creemos que no todos los terapeutas pueden utilizar bien esta técnica. Cuando enseñamos la entrevista motivacional hemos observado que las personas a las que entrenamos varían en gran manera en la rapidez con que pueden aprender, utilizar y sentirse cómodas con este enfoque. De alguna manera esto representa el polo opuesto a lo que sería un estilo autoritario y confrontativo. Algunos clínicos parecen «reconocer» la entrevista motivacional y la integran con rapidez como un estilo natural para su trabajo. Otros la perciben como algo frustrante, de ritmo lento y un enfoque no efectivo. Esas diferencias en la percepción de la técnica son previsibles.

Unas palabras sobre el consentimiento informado: este enfoque probablemente cambiará su estilo personal como terapeuta. El estilo que le ofrecemos aquí evita específicamente la persuasión basada en la discusión con el paciente y en su lugar asume operativamente la validez de las experiencias y perspectivas subjetivas del paciente. Esto implica escuchar, reconocer y practicar la aceptación (aunque no la aquiescencia) de una amplia gama de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos y motivaciones del paciente. Hemos observado que este enfoque ha surtido un efecto sobre nosotros y sobre nuestros estudiantes abriéndonos a una mayor aceptación de las experiencias y elecciones humanas. Éste es, creemos, un cambio enriquecedor y que nos ha potenciado la autoaceptación. Sin embargo, en ocasiones mantener un grado de apertura suficiente ante la validez e integridad de las perspectivas de los demás podría ser inquietante y fatigoso. Esto conlleva, de forma inevitable, un cuestionamiento regular y una reevaluación de nuestra propia comprensión de los problemas. Uno no queda inerte tras la práctica de

la entrevista motivacional.

Finalmente, debemos hacer una llamada de atención sobre el siguiente fenómeno. En lo que le vamos a presentar, defendemos que su estilo personal tal vez tenga efectos drásticos sobre la motivación y el cambio de las personas. Los principios y estrategias que describimos pretenden intencionadamente ayudar a facilitar el cambio de los demás. Nuestra investigación y experiencia nos dice que éstos son procesos poderosos. Teniendo en cuenta que esto es así, los riesgos y las responsabilidades inherentes con respecto al tema del poder sobre el paciente se deben tomar seriamente cuando uno decide trabajar en esta línea. No se deje seducir exclusivamente por los procesos, sino por el objetivo que persiguen. Existe la posibilidad de que se sienta fascinado por las estrategias y por la influencia que éstas tienen. Cuando el tema del poder se convierte en un objetivo en sí mismo, la energía se convierte en una manipulación, la influencia en un tema de control, las inversiones que uno dedica en un tema de avaricia, y el proceso de curación en motivo de autoengrandecimiento. No nos debe preocupar el tema de nuestro propio poder, sino nuestros pacientes. Los terapeutas poseen el insólito privilegio de compartir la intimidad de muchas vidas en momentos de transformación, en un papel en el que se mezcla el hecho de ser el agente con el de ser testigo de un proceso de cambio. Los procesos humanos descritos en los capítulos que siguen a continuación pueden provocar el cambio de personas, de la misma forma que el agua, el aire y la luz del sol son elementos vitales para la fotosíntesis. El crecimiento, incluso en la vida de las plantas, se puede alterar facilitándoles o privándoles de dichas condiciones. Le deseamos el goce del jardinero, cuyo placer y objetivo se encuentra en la utilización de sus habilidades para nutrir la vida y el crecimiento de las plantas. El jardinero nunca es la fuente, sino tan sólo un vital participante.

Agradecimientos. Deseamos manifestar nuestro agradecimiento al profesor Nick Heather y al equipo del National Drug and Alcohol Research Centre en Sydney, por su hospitalidad durante todo el tiempo que permanecemos en Australia, cuando nos conocimos y empezamos esta colaboración. También damos las gracias a Eva Congreve por su ayuda con la bibliografía, y a Steve Allsop, Lea Greenaway, Rosemary Kent y Bill Saunders por sus sugerencias, que nos fueron de una gran ayuda. Finalmente, manifestamos una enorme gratitud a todos nuestros pacientes y estudiantes que nos han enseñado (y continúan enseñándonos) lo que ahora pretendemos compartir con usted.

William R. Miller
Stephen Rollnick
Sydney, New South Wales, Australia

PRIMERA PARTE

LAS BASES

CAPITULO 1

LA ATMÓSFERA DEL CAMBIO

La conducta de los hombres permite conjeturar ciertas cosas a las que debe
conducir si perseveran en ella —dijo Scrooge—, pero si no se persevera en ella,
esas cosas o fines cambiarán. ¡Dime que esto es lo que pasará con lo que
quieres mostrarme!
Ebenezer Scrooge al fantasma de las Navidades futuras, en Charles Dickens,
*Canción de Navidad*²

Los terapeutas de todos los tiempos han intentado comprender y crear las condiciones que facilitan un cambio beneficioso en sus pacientes. Los pasos terapéuticos concretos que se estiman más adecuados dependen de las hipótesis de las que éstos surgen. En la historia precientífica de la medicina, se prescribieron una amplia variedad de curas, incluyendo sangrías, la aplicación de calor o de frío, la utilización de sanguijuelas, la inducción de un shock insulínico, baños de agua, la inducción de vómitos, el levantamiento de ampollas, exorcismos y la administración de muchos remedios y pociones naturales. Estos tratamientos eran efectivos en algunos casos. En ocasiones ocurría que la cura prescrita era apropiada para una aflicción concreta debido a principios biomédicos que no habían sido aún descubiertos, algunos de los cuales ya conocemos en la actualidad. Muchos de los beneficios de tales remedios, sin embargo, ahora se cree que son atribuibles a factores placebo comunes, y que son la base de muchos tratamientos (Shapiro, 1971).

Habitualmente, el que denominemos algunos efectos terapéuticos como «placebo» o «no específicos» no significa que los entendamos o los podamos explicar. A menudo se observan cambios importantes tras la administración de un placebo o de una intervención mínima, que suelen competir en magnitud con los efectos del «tratamiento». Se ha observado que una adherencia incondicional con el tratamiento placebo es predictiva de un resultado terapéutico favorable (véase Fuller y otros, 1986). Entonces, ¿qué es lo que está ocurriendo con este tema? Si los beneficios no son debidos a efectos «específicos» del tratamiento, ¿qué es lo realmente importante para el cambio?

Consideremos otra pieza del rompecabezas. La investigación indica que en un gran número de escuelas terapéuticas algunas características de los terapeutas están asociadas con un éxito en el tratamiento. Los terapeutas que trabajan en un mismo ambiente terapéutico y que ofrecen los mismos enfoques observan grandes diferencias en los porcentajes de abandono de sus pacientes, así como en los resultados exitosos. Las variaciones aparentes en la efectividad entre los terapeutas, dentro de enfoques terapéuticos específicos, a menudo superan a las que se obtienen entre diferentes modalidades terapéuticas (véase Luborsky McLellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1985; Miller, Taylor y West, 1980). La mayoría de los abandonos de los pacientes de una clínica concreta pueden ocurrir sólo dentro de la muestra de pacientes de algunos miembros del equipo (Greenwald y Bartmeier, 1963; Raynes y Patch, 1971; Rosenberg, Gerrein, Manohar y Liftik, 1976; Rosenberg y Raynes, 1973; Schorer, 1965), y las características de los terapeutas que predicen un alto número de abandonos pueden ser tan sutiles como el tono de la voz (Milroe, Rosenthal,

² Dickens, Charles, *Canción de Navidad*, Destino, Barcelona, 1998, pág. 140.

Blane, Chafetz y Wolf, 1967). Resumiendo, la forma en la que un terapeuta se relaciona con el paciente parece ser tan importante como —quizás más importante que—el enfoque específico o la escuela de pensamiento en la que el terapeuta se fundamenta (Cartwright, 1981). Una gran parte de la variancia en los resultados de los tratamientos no se puede explicar, incluso aunque se utilice una combinación de características del paciente antes y después del tratamiento así como de los recursos terapéuticos específicos que se ofrecen (véase Cronkite y Moos, 1980). Estudios recientes sugieren que una proporción importante de esta variancia no explicada puede estar relacionada con las características del estilo del terapeuta (véase, Luborsky y otros, 1985). Un estudio realizado en la Universidad de Nuevo México encontró que aproximadamente dos tercios de la variancia en los resultados obtenidos en el consumo de alcohol de una muestra de pacientes, tras seis meses de seguimiento, se podía predecir a partir del grado de empatía mostrado por los terapeutas durante el tratamiento (Miller y otros, 1980). La empatía del terapeuta podía explicar la mitad de la variancia de los resultados terapéuticos obtenidos tras doce meses, y una cuarta parte de la variancia después de veinticuatro meses tras el tratamiento (Miller y Baca, 1983). Se han obtenido efectos similares sobre la empatía del terapeuta en otros estudios (véase Miller y Sovereign, 1989; Valle, 1981).

DELIMITANDO LOS FACTORES NO ESPECÍFICOS

El tema de los factores terapéuticos no específicos no supone un nuevo descubrimiento. Durante décadas se ha reconocido que los factores «no específicos» contribuyen de alguna manera al tratamiento. El uso original de este término implicaba que dichos factores no eran específicos de métodos terapéuticos concretos, sino que eran comunes a varios estilos terapéuticos. Estos factores son, en esencia, aquellos elementos terapéuticos misteriosos comunes que se supone que están presentes en todas las formas de terapia.

Sin embargo, no existe nada verdaderamente misterioso sobre los factores «no específicos». Viéndolo de otra manera, este término simplemente significa que los determinantes de los resultados no han sido adecuadamente especificados. Los «factores no específicos» son principios del cambio no delimitados. Si estos factores dan cuenta de una gran parte del éxito terapéutico, entonces es importante que estos factores se especifiquen, investiguen, discutan y enseñen. No es una explicación satisfactoria pensar que todos los terapeutas conocen y practican de alguna manera estos principios. Aceptar que estos principios del cambio son importantes, independientemente de la orientación específica, no significa que se manifiesten de igual manera entre todos los terapeutas o enfoques terapéuticos. De hecho, los terapeutas se diferencian de forma importante en cuanto a su efectividad, y los enfoques terapéuticos específicos o sus filosofías difieren en el grado en que potencian determinados estilos terapéuticos (Luborsky y otros, 1985).

Parece ser que las características sobre el estilo de los terapeutas se manifiestan relativamente pronto en el proceso terapéutico (Davies, 1979; 1981), y de hecho tienen un impacto significativo dentro de una misma sesión (Chafetz, 1961; Chafetz y otros, 1962; Miller y Sovereign, 1989). La relación terapéutica tiende a estabilizarse de forma relativamente rápida, y la naturaleza de la relación paciente-terapeuta en las primeras sesiones predice la retención y el resultado terapéutico posteriores (Luborsky y otros, 1985; Tomlinson, 1967).

CONDICIONES BÁSICAS PARA EL CAMBIO

La teoría más claramente articulada y puesta a prueba con respecto a las condiciones básicas del terapeuta con respecto a la facilitación del cambio es la de Carl Rogers (1959). Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el terapeuta manifiesta tres características cruciales, proporciona la atmósfera ideal para el cambio. Dentro del contexto de dicha atmósfera segura y de apoyo, Rogers proponía que los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y de encontrar soluciones para sus propios problemas. El rol del terapeuta, de esta manera, no es determinante a la hora de proporcionar soluciones, sugerencias o formas de análisis. En su lugar, el terapeuta sólo necesita ofrecer tres características que son decisivas a la hora de preparar el camino a fin de que se produzca un cambio natural: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad. Las aportaciones clave realizadas por Rogers han sido llevadas correctamente a la práctica por sus discípulos, y por otros escritores más actuales (Egan, 1982; Cordón, 1970; Ivey, 1980; 1982; Truax y Carkhuff, 1967).

Los datos surgidos con posterioridad han apoyado la importancia de estas condiciones para el cambio, particularmente una empatía adecuada. Esta condición no se debería confundir con el significado de «empatía» como identificación con el paciente, o como compartir experiencias pasadas comunes. De hecho, una historia personal reciente en un mismo tipo de problema (véase alcoholismo) puede comprometer y confundir a una persona que practica el *counselling* cuando sugiere las condiciones importantes para el cambio, debido a una sobreidentificación con el paciente (Manohar, 1973). Lo que Rogers define como una «empatía adecuada» implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que da el paciente a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (Cordón, 1970). (Presentamos esta habilidad en detalle en el capítulo 6). La manifestación de estas condiciones básicas —especialmente una empatía adecuada— se ha observado que promueve el cambio terapéutico en general (Truax y Carkhuff, 1967; Truax y Mitchell, 1971), y la recuperación en el campo de la conductas adictivas en particular (Luborsky y otros, 1985; Miller y otros, 1980; Valle, 1981).

LA EVOLUCIÓN DE LA CONFRONTACIÓN

¿A dónde nos dirigíamos erróneamente?

Esta descripción de las condiciones que crean una atmósfera favorable para el cambio está en claro contraste con los enfoques a menudo defendidos (particularmente en los Estados Unidos) en el tratamiento de personas con problemas de alcohol y otras conductas adictivas. Consideremos la siguiente cita, procedente de la portada de *The Wall Street Journal*, que describe una intervención confrontativa prototípica dirigida a un ejecutivo:

Ellos lo llamaron un encuentro por sorpresa, le rodearon de compañeros críticos con su trabajo y le amenazaron con quemarlo si no buscaba ayuda rápidamente. Cuando el ejecutivo intentó negar que tuviera un problema con el alcohol, el director médico... se mostró con dureza. «Calle la boca y escuche», le dijo, «los alcohólicos son mentirosos, por lo tanto no queremos oír lo que

usted nos quiere decir» (Greenberger, 1983, pág. 1).

Algunos grupos de terapia, particularmente aquellos que se han formado a partir del modelo comunitario del Synanon, han utilizado lo que se llama la «terapia de ataque», la «silla caliente» o el «corte de pelo emocional». A continuación presentamos un ejemplo de lo que surgió de los labios de Chuck Dederich, fundador de Synanon, dirigido a un adicto americano-mexicano:

Ahora tío te voy a explicar lo que tienes que hacer. Y te lo voy a mostrar. O lo haces o sabrás lo que es el infierno fuera de la propiedad de Synanon. Te afeitarás el bigote, irás a los grupos y te comportarás como un señor de buenos modales tanto tiempo como vivas aquí. ¿No te gusta esto? Pues que Dios se apiade de ti, te daré los mismo buenos deseos que les doy a otras personas como tú cuando dejaban esto para volver a la cárcel. Así lo hacemos en Synanon, ¿lo entiendes?, estás sometido a una pequeña operación emocional. Si no te gusta esta operación, de acuerdo, vete, y haz lo que tengas que hacer. Probablemente te volvamos a ver después de que salgas de la cárcel o después de una sobredosis. «¿Nadie me tiene que decir lo que tengo que hacer?». Nadie en el mundo dice eso, excepto algunos desgraciados, como los drogatas, los alcohólicos o los «espaldas mojadas» (Yablonsky, 1989, pág. 122).

Intervenciones como ésta podrían ser consideradas como absurdas, como una forma de tratamiento poco profesional para la mayoría de problemas psicológicos o médicos por los que las personas sufren. Imagine estas mismas palabras utilizadas como terapia para alguien que sufre de depresión, ansiedad, problemas de pareja, disfunciones sexuales, esquizofrenia, cáncer, hipertensión, enfermedades del corazón, o diabetes. Las tácticas de confrontación agresiva se han reservado en gran manera para el tratamiento de personas que sufren por problemas de alcohol o de otros relacionados con las drogas, o para otros grupos concretos como pueden ser los delincuentes.

Habitualmente se cree que estas personas *necesitan* este tipo de tratamiento porque se piensa que para ellas los principios y procesos terapéuticos habituales no son de utilidad. Una confrontación de esta dureza se ha creído que es efectiva exclusivamente —quizá sea la única estrategia efectiva— para el tratamiento de alcohólicos y de drogadictos. Además, este tipo de estrategias confrontativas no ha sido corroborado por los estudios sobre los efectos de las terapias. Las conductas de los terapeutas que siguen este enfoque se ha observado que predicen el fracaso terapéutico, mientras que una empatía adecuada — algo casi exactamente opuesto a la confrontación (Cordón, 1970)— está asociada con unos efectos terapéuticos positivos. De hecho, se ha observado que la terapia de grupo basada en la confrontación acarrea resultados más contraproducentes y adversos que otros enfoques alternativos (Lieberman, Yalom y Miles, 1973), y éstos pueden ser particularmente perjudiciales para personas que presentan una baja autoestima (Annis y Chan, 1983). En resumen, no existe ningún dato convincente que señale que las estrategias basadas en la confrontación sean útiles, ni tan sólo superiores o preferentes en el tratamiento de las conductas adictivas u otros problemas.

¿A dónde nos dirigíamos erróneamente? ¿Cómo hemos llegado a creer que un cierto tipo de seres humanos son poseedores de una especial condición que requiere que utilicemos la confrontación agresiva si queremos ayudarles? ¿Cómo llegó a ser creíble, justificable y aceptable el basarse en dichas tácticas hostiles

para el tratamiento de ciertas conductas adictivas, cuando las mismas tácticas se podrían considerar como muestras de un juicio profesional no adecuado (o una mala práctica) en el tratamiento de otros problemas médicos o psicológicos?

Estas tácticas se asocian o atribuyen a menudo al modelo de los doce pasos, quizás porque los programas terapéuticos que las han utilizado han aceptado habitualmente la filosofía de los Alcohólicos Anónimos (A.A.) o de los Narcóticos Anónimos (N.A.). Además este tipo de confrontación coercitiva está totalmente en contra de los orígenes de A.A., tal y como queda reflejado en los escritos de Bill Wilson (Alcohólicos Anónimos, 1976). Los A.A. actúan mediante la atracción y el apoyo: «La recuperación empieza cuando un alcohólico habla con otro alcohólico, comparten la experiencia, la fuerza y la esperanza» (pág. xxii). Wilson defendía una aproximación a la vida que «no contemplaría razón alguna para el conflicto o las discusiones... Muchos de nosotros sentimos que la tolerancia real ante los defectos y puntos de vista de los demás son actitudes que nos hacen más útiles ante el resto de la gente» (págs. 19-20). Escribiendo sobre cómo trabajar con los alcohólicos, Wilson aconsejó:

Déjele que centre la conversación en cualquier dirección que desee... Será más exitoso con los alcohólicos si no muestra pasión alguna por reformarlos o someterlos. Nunca haga callar a un alcohólico... Debe decidir por sí mismo hasta dónde quiere llegar. No debe ser forzado o empujado... Si piensa que puede hacer el trabajo de alguna otra manera, o prefiere algún otro tipo de ayuda espiritual, estímulele a que siga lo que le dicta su propia conciencia. No tenemos monopolio alguno sobre Dios; tan sólo tenemos un método que podemos decir que es útil para nosotros (Alcohólicos Anónimos, 1976, pág. 95).

Claramente, Bill Wilson no estaba a favor del método coercitivo, impuesto y autoritario en el tratamiento de alcohólicos. Estas tácticas, de hecho, constituyen un anatema para el enfoque comprensivo y la forma de vida espiritual que él describe en «el libro grande».

La motivación como un problema de personalidad

Un presupuesto clave que está en la base de las estrategias confrontacionales agresivas es que los alcohólicos (drogadictos, delincuentes, etc.) como grupo, y de forma inherente a su condición— poseen niveles extraordinariamente elevados de ciertos mecanismos defensivos, que los convierten en personas inaccesibles si se utilizan los métodos habituales de terapia y persuasión. Se ha creído que estos mecanismos están profundamente enraizados en la personalidad y el carácter de estas personas. Esta creencia parece haber surgido del pensamiento psicodinámico, el cual consideraba el alcoholismo y otros problemas con las drogas como síntomas de un trastorno de la personalidad (Clancy, 1961; DiCicco, Unterberger y Mack, 1978; Moore y Murphy, 1961). El trastorno se creía que se reflejaba en una excesiva utilización de algunos de los más primitivos mecanismos de defensa descritos por Anna Freud (1948). Este punto de vista fue asumido y aceptado por los primeros profesionales de peso en el campo del alcoholismo, tales como la psiquiatra Ruth Fox (1967), que resumió su experiencia clínica en los términos psicodinámicos siguientes: «La mayoría de los pacientes rechazan afrontar su alcoholismo durante muchos años, utilizando los mecanismos de defensa de la negación, la racionalización, la regresión y la proyección» (pág. 772). El alcohólico, escribía esta psiquiatra, «levanta un elaborado sistema defensivo en el que niega que sea alcohólico o que esté enfermo, racionaliza

que necesita beber por razones laborales, de salud o sociales, y proyecta la culpa de los problemas por los que esta atravesando» (pág. 771). Estas supuestas características llegaron a ser consideradas como universales e inherentes a la estructura caracterial de los alcohólicos y drogadictos, y también como impedimentos importantes para su recuperación (véase Clancy, 1961). «Los mecanismos de la negación en el alcoholismo están profundamente enraizados y se convierten en un muro casi impenetrable» (DiCicco y otros, 1978, pág. 600).

Una vez que la creencia de la existencia de mecanismos de defensa perniciosos es aceptada, se plantea la siguiente pregunta: ¿cómo se debe hacer frente a dichas defensas tan intensas y rígidas? El proceso a través del cual la persona en recuperación debe ir avanzando, será descrito con términos como «entrega», «aceptación de la indefensión» y «reducción del ego» (Cavaola, 1984; Clancy, 1964; Tiebout, 1953; 1954; Wilson, 1977). Estos conceptos surgieron con, o evolucionaron a partir de la idea de A.A. de que un alcohólico llega a «tocar fondo» de forma natural en la evolución de su problema. Gradualmente esta idea de tocar fondo se reformuló como una crisis del desarrollo (Bateson, 1971) que podría ser precipitada o facilitada por diversas estrategias terapéuticas (DiCicco y otros, 1978). La necesidad de llegar a una actitud de «entrega» sugería la táctica terapéutica de atacar las defensas. De esta manera se abrió el camino de entrada hacia la confrontación. La idea de utilizar la confrontación para destruir las defensas fue especialmente defendida por Vernon Johnson (1973), y se la asoció con una conocida e influyente filosofía terapéutica denominada «el modelo Minnesota». El lógico interés por los aspectos biomédicos suscitado por el «modelo de enfermedad» en las adicciones se llegó a confundir con la creencia de que la dependencia química representa un trastorno de personalidad único que convierte a los que lo padecen en personas cualitativamente diferentes a los individuos normales o a aquellos que padecen otros tipos de problemas, y que son incapaces (gracias a la negación) de ver la realidad.

El factor primario dentro del (alcoholismo) es la idea delirante, o la alteración del juicio, que mantiene a la persona dependiente encerrada de forma destructiva en un patrón autodestructivo... El alcohólico evade o niega a ultranza cualquier necesidad de ayuda que proceda de cualquier lugar. Se le debe recordar que no está en contacto con la realidad (Johnson, 1973, pág. 44).

Esta característica tal vez se considere una justificación para la utilización de estrategias agresivas poco frecuentes y, debido a la escasa capacidad de juicio supuestamente inherente a dicha condición, de intervenciones coercitivas.

Sin embargo, el enfoque presentado por Johnson (1973) es de hecho un enfoque amplio, en el que la confrontación es definida como «enfrentar a una persona consigo misma describiéndola como yo la veo» (pág. 121). Johnson enfatizó de forma explícita la importancia de la escucha empática, y describió un forma de *counselling* que es más compasiva que agresiva. Los programas que siguen el modelo Minnesota han repudiado recientemente la confrontación agresiva y han defendido las aproximaciones menos severas (Hazelden Foundation, 1985, Johnson Institute, 1987). Parece, por lo tanto, que la responsabilidad de la práctica de las tácticas de un tipo de *counselling* confrontativo y agresivo no se le puede atribuir a Johnson, al modelo Minnesota o a A.A.

No parece haber ninguna fuente histórica clara sobre el origen de las tácticas de confrontación

agresiva que a menudo acompañan a los programas de tratamiento de las adicciones. Ciertamente en Synanon apreciamos un énfasis importante en la reducción del ego a través de la confrontación; dicho modelo fue creado por un alcohólico en recuperación a través de A.A., y se convirtió en un prototipo dentro de las comunidades terapéuticas (Yablonsky, 1965; 1989). Los defensores del modelo Synanon y de otro similar denominado Daytop, trabajando con drogadictos jóvenes, crearon y promovieron enfoques que expresaban los métodos más autoritarios, agresivos y coercitivos a menudo asociados con el término «confrontación».

Tales enfoques confrontativos, reflejados en los ejemplos citados anteriormente, no surgieron de ninguna comprensión teórica coherente de las conductas adictivas. Son inconsecuentes respecto a los preceptos de A.A. (Alcohólicos Anónimos, 1976) tal como los explícito Bill Wilson e infringen el tono empático que encontramos en los escritos de Johnson (1973). Parecen haber surgido gradualmente a través de la práctica, guiados en parte por la creencia psicodinámica poco clara de que los alcohólicos y otras personas con problemas de drogas se caracterizan por una determinada «personalidad adictiva» o bien por presentar «fuertes defensas», poco comunes.

La búsqueda de una personalidad adictiva

Curiosamente, esta idea de una personalidad alcohólica o adictiva no está corroborada por los escritos originales de A.A., ni tampoco por las cinco décadas de investigación psicológica (Miller, 1976). Vaillant (1983), tras relizar un estudio de seguimiento de un grupo de hombres durante cuarenta años, no encontró rasgos de personalidad distintivos ni predictivos del alcoholismo adulto. Cuando los mecanismos de defensa han sido definidos de forma operativa y analizados en detalle, se ha encontrado que la negación no era más característica de los alcohólicos que del resto de personas (Chess, Neuringer y Goldstein, 1971; Donovan, Rohsenow, Schau y O'Leary, 1977; Skinner y Alien, 1983). Las medidas de las diferencias individuales de la negación dentro de poblaciones de alcohólicos han aportado resultados curiosos. A veces se han relacionado los resultados terapéuticos positivos con niveles más altos de negación previa al tratamiento (O'Leary, Rohsenow, Schau y Donovan, 1977) y también con la no aceptación de la etiqueta de «alcohólico» (Orford, 1973). El rasgo de la negación se ha observado que aumenta desde el inicio hasta el final del tratamiento (Baumann, Obitz y Reich, 1982). Resumiendo, no existe ni ha existido nunca una base científica para la afirmación de que los alcohólicos (ni las personas que sufren cualquier conducta adictiva) manifiestan un patrón de personalidad común y coherente caracterizado por un excesivo uso de mecanismos de defensa del ego concretos.

La negación no se debería definir como un rasgo de personalidad. Por el contrario, se la debe considerar meramente como una negativa para admitir los problemas, un engaño consciente y una actitud de mentir. ¿El reconocimiento de los problemas es un pronóstico de buenos resultados? Los estudios realizados hasta la fecha han encontrado que la aceptación de la etiqueta de «alcohólico» no está relacionada con los resultados del tratamiento (Lemere, O'Hollaren y Maxwell, 1958; Trice, 1957), o incluso relacionada negativamente con la recuperación (Orford, 1973). De hecho, hay un elevado reconocimiento del problema como característica común entre los alcohólicos que no se han podido recuperar (Polich, Armor y Braiker, 1980). Además, no se ha demostrado que las personas que tienen problemas con el alcohol o con otras drogas muestren una tendencia a la mentira patológica o un anómalo alto grado de autoengaño;

tampoco parece evidente que las etiquetas que uno se atribuye a sí mismo afecten a la recuperación.

Resumiendo, la investigación no sostiene la creencia de que existe una característica central de personalidad o un conjunto de intensas defensas, y tampoco que ésta sea una característica de las personas que sufren de alcoholismo o un problema con otras drogas. Si esas personas presentan una serie de conductas (tales como resistencia o estar a la defensiva) de forma constante en la consulta del terapeuta, parece que dichas conductas no son habituales en la vida de esas mismas personas antes de entrar en la consulta. Y lo que es aún más importante, las estrategias confrontativas que se derivan de dicho modelo parecen ser, por lo general, ineficaces.

La profecía autocumplida

¿Cómo, pues, se han llegado a convencer tanto los profesionales de que los alcohólicos y otros drogadictos son caracteriológicamente negadores, mentirosos, racionalizadores, evasivos, defensivos y personas que se resisten al cambio, y de que necesitan ser tratados como tales? Yablonsky (1989), por ejemplo, opinaba: «Casi todas las personas que abusan de sustancias en las primeras etapas del proceso adictivo, cuando son confrontadas con su adicción niegan que sean adictos» (pág. 4). Si no existen datos sobre la existencia de una patología resistente de la personalidad dentro de esta población, entonces, ¿cómo surgen estas percepciones?

Existen varias posibilidades. Una es que la observación sea simplemente errónea, pero se mantenga gracias al proceso de la percepción selectiva distorsionada. Chapman y Chapman (1967) describieron el fenómeno de una «correlación ilusoria», por la cual las personas pueden llegar a una convicción no adecuada de que dos acontecimientos están asociados entre sí. Un ejemplo frecuente es la creencia errónea de que una respuesta concreta al test de las manchas de tinta de Rorschach es indicativa de una cierta característica patológica. Así, durante tiempo se creyó erróneamente que las personas que decían ver objetos relacionados con el agua en el test de Rorschach tenían tendencias alcohólicas (Griffith, 1961). Tales creencias son evidentemente difíciles de cambiar. Una vez que la creencia se ha creado, se ve confirmada de nuevo como mínimo por alguna observación ocasional de casos en los que los dos acontecimientos realmente coinciden, mientras que los casos en los que esto no ocurre se ignoran u olvidan. Los prejuicios raciales pueden perpetuarse por un proceso similar. Así, la creencia en la estereotipia de «un alcohólico resistente y negador» se puede perpetuar por el recuerdo de casos concretos que apoyan estas características. La base anecdótica de muchas de las aportaciones clínicas en esta área lleva por sí misma a dicho error: un ejemplo se convierte en un principio.

Pero la percepción selectiva no es la única manera por la que el mito de la negación se perpetúa. Tales percepciones pueden estar basadas en observaciones repetidas y continuas de conductas que confirman dicho sistema de creencias. Es decir, los pacientes pueden real y frecuentemente tener conductas que confirman la impresión clínica de una «negación». Esto ocurre, por ejemplo, a través de una interpretación no adecuada de las conductas normales como anormales e indicativas de patología. Orford (1985), por ejemplo, mantenía que los fenómenos psicológicos normales tales como la ambivalencia (véase capítulo 4) son a menudo etiquetados como patológicos cuando se asocian con conductas adictivas. Es decir, las experiencias y conductas que siguen los principios generales de la psicología son erróneamente interpretados como síntomas especiales indicativos de una patología adictiva inequívoca (por ejemplo

negación, ansia, pérdida de control).

Otra posibilidad es la que defiende que el estilo interpersonal y el contexto en que se interviene psicológicamente crean conductas que se repiten en los pacientes mediante procesos psicológicos predecibles. La reacción psicológica, por ejemplo, es un patrón predecible de emociones y conductas que se producen cuando la persona percibe que su libertad personal será controlada o intimidada (Brehm, 1966, Brehm y Brehm, 1981). Cuando una persona es acusada de poseer una característica o una identidad no deseables («Usted es un mentiroso» o «Usted es un alcohólico»), o se le dice que debe, debería o no puede hacer algo, entonces la respuesta es predecible. La persona probablemente discutirá con (negación) la validez de lo que se le ha dicho, y se autoafirmará en su libertad personal. Esta reacción será particularmente intensa cuando se aborda un tema en el que la persona se siente ambivalente (Miller, 1983). Este fenómeno no es en modo alguno exclusivo de las conductas adictivas, y de hecho es un principio psicológico general.

La cuestión, por lo tanto, es que cientos de estrategias terapéuticas —particularmente aquellas que son más conductivas, coercitivas o confrontativas— evocarán de forma bastante probable una reacción en la mayoría de las personas. Consideremos lo que ocurre cuando estas estrategias las utiliza un terapeuta que sospecha que su paciente está «negando» algo. Las tácticas terapéuticas en sí mismas promueven una resistencia en el paciente. Sin embargo, cuando dicha reacción se manifiesta confirma en la mente del terapeuta tanto el diagnóstico del paciente como su creencia general de que este tipo de pacientes son negadores y se resisten. Este es el fenómeno psicológico familiar de la «profecía autocumplida» (Jones, 1977).

Ésta es una posibilidad muy real que demostraron Patterson y Forgatch (1985). Estos autores, observando un registro de series de sesiones de terapia familiar, clasificaron a todas las conductas de los terapeutas y pacientes y examinaron sus interrelaciones. Encontraron que los intentos de los terapeutas de enseñar y confrontar estaban asociados con niveles más altos de resistencia por parte de los pacientes. En un experimento posterior, hicieron que los terapeutas cambiaran entre altos y bajos niveles de confrontación, alternando estos estilos en bloques de intervención de aproximadamente doce minutos dentro de una misma sesión. Las conductas de resistencia de los pacientes aumentaron de forma evidente durante los períodos de confrontación, y disminuyeron cuando los terapeutas cambiaron de estilo. Utilizando el mismo sistema para el registro de conductas de los terapeutas y de los pacientes, Miller y Sovereign (1989) encontraron que las personas con problemas de alcohol asignadas aleatoriamente a la terapia confrontativa mostraban niveles más elevados de resistencia (discutiendo, cambiando de tema, interrumpiendo, negando el problema) que aquellos asignados a un enfoque de entrevista motivacional centrada en el paciente. En este mismo estudio, las conductas del terapeuta dentro de una misma sesión predecían a menudo la conducta del paciente como bebedor durante un tiempo superior a un año más tarde. Cuanto más confrontaba el terapeuta, mayor era la probabilidad de que el paciente estuviera bebiendo un año más tarde, y cuanto más se mostraba el terapeuta en actitud de escucha y apoyo, más aumentaba la probabilidad de que el paciente hubiera cambiado.

Esto, entonces, ofrece una explicación alternativa, bastante incómoda, sobre cómo esta población concreta de pacientes muestra altos niveles de «negación», incluso aunque ésta no sea una característica general de dichos pacientes fuera del contexto terapéutico. A partir de la investigación de la que disponemos, la hipótesis de la negación —de que los alcohólicos o las personas con «dependencias

químicas», como prototipo, presentan alteraciones de la personalidad concretas o altos niveles de ciertas defensas— no es más que un mito. El que este mito se mantenga por una correlación ilusoria, una mala interpretación de una ambivalencia normal, o una profecía autocumplida, la verdad es que no lo corroboran los datos. Lo que un paciente trae realmente a la sesión terapéutica es su ambivalencia (véase capítulo 4), y de esta forma el terapeuta maneja dicha ambivalencia que influye en el grado de resistencia del paciente y en su capacidad para cambiar. El poderoso mito de la negación que surge del campo del tratamiento de las drogodependencias aporta una humilde advertencia a los terapeutas: es posible llegar a convencer de creencias erróneas, incluso de aquellas que finalmente conducen a actitudes y aproximaciones que son contraterapéuticas.

La confrontación: un objetivo, no un estilo

Parte de la confusión que existe en este tema surge probablemente de las múltiples formas en las que algunas personas han utilizado el término «confrontación». En un sentido connota las tácticas severas y coercitivas de los grupos del Synanon, Daytop, y del Scared Straight. Sugiere un poder quebradizo, un autoritarismo en defensa de la verdad, pero que se convierte en un desafío inútil. Es un estilo que complementa las actitudes personales o sociales de rabia hacia los desprotegidos y las necesidades de las personas de poder o vejación.

Aunque de una manera diferente, la confrontación es un objetivo de todas las formas de *counselling* o de psicoterapia, y es un prerrequisito para el cambio intencional. «El objetivo de dicha intervención», dice Johnson, «es hacer ver y aceptar [al paciente] el grado de realidad suficiente a fin de que, aunque a regañadientes, admita en su momento la necesidad que tiene de ayuda» (1973, pág. 51). De forma más general, el objetivo de la confrontación es el de ver y aceptar la realidad, para que pueda cambiar de la manera adecuada. Esto tal vez ocurra o tal vez no en el contexto de la terapia, pero sucede realmente fuera de la misma. Enfrentarse cara a cara con la imagen intranquilizadora de uno mismo precipitará muchos cambios que ocurren sin una intervención formal (Orford, 1985).

En un sentido diferente, la confrontación es un objetivo, un propósito, una intención. Forma parte del proceso de cambio y por lo tanto es parte del proceso de ayuda. Vista de esta manera, la confrontación es un objetivo en muchas formas diferentes de tratamiento y para una amplia variedad de problemas (Prochaska y DiClemente, 1984). Esta forma de «confrontación» que aumenta la toma de conciencia es bastante coherente a partir de la filosofía terapéutica centrada en el paciente y propuesta por Carl Rogers, que intentaba proporcionar a las personas la atmósfera terapéutica en la que pudieran analizarse a sí mismas de una forma segura, para cambiar. Esta forma de terapia se aplica en las escuelas de psicoterapia que enfatizan el insight. Verse a uno mismo y a la situación por la que atraviesa de una forma clara es el primer paso para el cambio. Éste es el objetivo de la confrontación.

La pregunta que surge es ésta: ¿cuáles son las maneras más efectivas de ayudar a las personas a examinar y aceptar la realidad, particularmente la realidad que les resulta desagradable? Tras formular esta pregunta pasamos al capítulo 2.

CAPÍTULO 2

¿QUÉ ES LO QUE HACE CAMBIAR A LAS PERSONAS?

Corta tu nombre a través de mi espinazo

Estira mi piel sobre un tambor,

Clávame a la isla de Pinchgut

¡Desde hoy hasta la eternidad!

Comeré tu Dumpling Norfolk

Como una jugosa ciruela española,

Incluso bailaré el baile de Newgate,

¡Si solamente me dieras ron!

Canción australiana de un convicto (siglo XIX),

citada por Robert Hughes en *The Fatal Shore*

LA MOTIVACIÓN COMO UN ESTADO

En el capítulo 1 hemos cuestionado la hipótesis común, particularmente en el campo de las conductas adictivas, de que la resistencia es el resultado de rasgos de personalidad perniciosos (por ejemplo, la «negación») y que los pacientes no están, de forma inherente a su condición, motivados para el cambio. Hemos citado datos procedentes de investigaciones que indican que los factores a menudo llamados «no específicos» determinan si el cambio se producirá o no y en qué grado, y además, demuestran que las características del estilo del terapeuta influyen sobre la motivación del paciente y sobre los resultados de las intervenciones terapéuticas a las que se somete. Parece claro, pues, que la motivación de una persona para el cambio está influida por una variedad de condiciones externas a su piel.

Sugerimos, por lo tanto, que la motivación no se debe entender como un problema de personalidad, o como un rasgo que una persona lleva consigo cuando cruza la puerta de salida de la consulta del terapeuta. Más bien, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores.

Un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio lo han elaborado dos psicólogos: James Prochaska y Carlo DiClemente (1982). Estos investigadores han intentado comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. Estos autores han descrito una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema. Parece que estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio ayudado por un terapeuta. Es decir, ya sea dentro o fuera de una terapia, las personas parecen pasar por fases similares y emplear procesos de cambio también similares. Dentro de este enfoque, la motivación se puede entender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno

influido por varios factores externos.

La «rueda del cambio» que surge del modelo de Prochaska-DiClemente admite el dibujo de cuatro, cinco, o seis etapas. Nosotros hemos escogido la rueda de cinco partes de la figura 2.1., con una sexta etapa (precontemplación) que se sitúa fuera de la rueda. En primer lugar, el hecho de que la rueda sea un círculo refleja la realidad de que en cualquier proceso de cambio la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable. En sus primeras investigaciones con fumadores, por ejemplo, Prochaska y DiClemente encontraron que los fumadores giraban alrededor de la rueda entre tres y siete veces (con una media de unas cuatro veces) antes de abandonar el consumo de la forma deseable. Esta rueda también considera la recaída como un acontecimiento normal o un estado más del cambio. En ocasiones decimos a nuestros pacientes: «cada consumo puntual o recaída le acerca un paso más a la recuperación». Esto no significa, por supuesto, que se estimule a las personas a recaer, en absoluto, sino que es una perspectiva realista para evitar que se desmotiven, desmoralicen o derrumben cuando se produzca una recaída. Diferenciando diversas etapas para llegar a la preparación para el cambio, este modelo también considera que un terapeuta debe utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre (Davidson, Rollnick y MacEwan, 1991). Se requieren diferentes habilidades, por ejemplo en el trabajo con la contemplación y con las etapas de acción. Creemos que los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentren «no motivados» o se resistan surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio: en la que se encuentra dicho paciente.

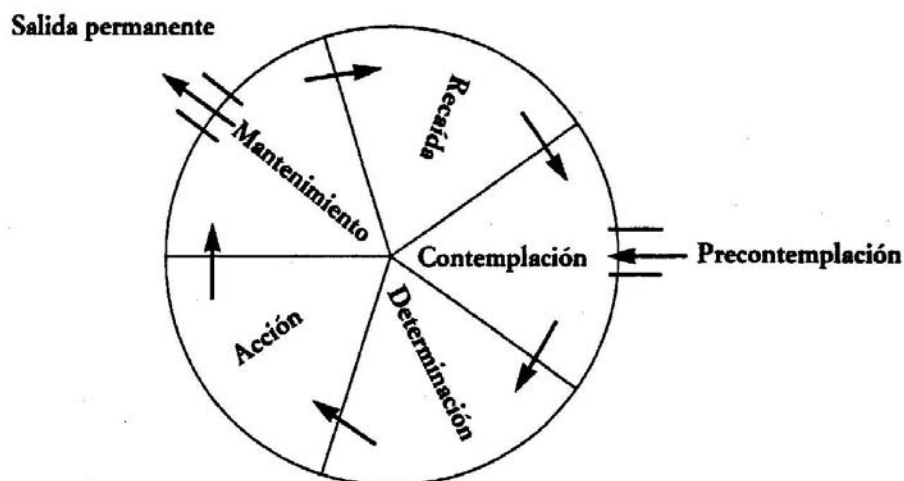


Figura 2.1. Las seis etapas del cambio de Prochaska y DiClemente.

El punto de entrada del proceso de cambio (que dibujamos en este caso fuera de la rueda) es la etapa de «precontemplación». Antes de la primera vez que la persona empieza a girar alrededor de la rueda, ésta aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una persona que se aproxima a esta etapa y a la que se le indica que tiene un problema se puede sentir más

sorprendida que defensiva. Huelga decir que las personas precontempladoras raramente acuden por sí mismas a un tratamiento. Pueden acudir bajo coacción, aunque en ese caso es más probable que sean unos contempladores defensivos. El uso correcto del término «precontemplador» implica que alguien sabe que tiene un problema, aunque no es consciente de él. A esa persona quizá se la identificó por ejemplo, durante un examen médico rutinario, tras habersele detectado altos niveles de algún parámetro de análisis sanguíneo que indique un daño hepático debido a un excesivo consumo de alcohol (Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Trell y Hood, 1983), o bien a través de un proceso de prueba mediante un cuestionario (Chick, Lloyd y Crombie, 1985; Wallace, Cutler y Haines, 1988). Una persona que se sitúa en la etapa de precontemplación necesita información y feedback, a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar. Dar un consejo basado tan sólo en lo que debería hacer desde un punto de vista teórico puede ser contraproducente (Rollnick y MacEwan, 1991).

Una vez que aparece una toma de conciencia del problema, la persona entra en un período caracterizado por la ambivalencia; la fase de «contemplación». La persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez. Cuando se le permite hablar del problema sin interferencias, la persona contempladora probablemente discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse. Ésta es una etapa del cambio normal y característica, aunque en ocasiones sus manifestaciones quizá se atribuyan erróneamente a rasgos patológicos de personalidad o a ciertos mecanismos de defensa. La experiencia de la persona contempladora queda descrita como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera (aportamos más información sobre esto en el capítulo 4). Una persona con problemas de alcohol y que se encuentra en la etapa de contemplación, por ejemplo, puede decir algo así:

No creo que tenga realmente un «problema» con el alcohol. Probablemente beba demasiado para mi salud, pero no creo que beba más que el resto de mis amigos. A veces me siento bastante mal a la mañana siguiente, y me preocupo cuando en ese momento no recuerdo las cosas pasadas. Pero no soy un alcohólico. Puedo dejar de beber siempre que quiera, y siempre podré hacerlo.

De forma simultánea (o en rápida alternancia) la persona contempladora experimenta razones de preocupación o de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar. La tarea del terapeuta en esta etapa consiste en ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio. Es común que las personas que acuden a consulta se encuentren en la etapa de contemplación, y en este caso la entrevista motivacional puede resultar particularmente útil. Un terapeuta que se decida a aplicar estrategias apropiadas para la etapa de acción en este momento es probable que lo que consiga sea una resistencia.

De vez en cuando la balanza se decanta a favor, y durante un período de tiempo los comentarios de la persona reflejan un buen grado de lo que podríamos llamar una «motivación». En esta fase de «determinación», un paciente puede decir cosas como las siguientes:

- ¡Tengo que hacer algo con este problema!
- ¡Esto va en serio! Algo tiene que cambiar.
- ¿Qué es lo que puedo hacer? ¿Cómo puedo cambiar?

Consideramos la etapa de determinación como una ventana para una oportunidad, que abre la entrada a un nuevo período de tiempo. Si durante este tiempo la persona entra en la etapa de acción, el proceso de cambio continúa. Si no, la persona retrocede a la etapa de contemplación. La tarea del terapeuta cuando un paciente está en la etapa de determinación no es la de motivarle sino la de aconsejarle el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.

La etapa de «acción» es la que con más frecuencia las personas consideran como la etapa de inicio de la terapia o del *counselling*. Aquí la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. La mayoría de personas que deciden dejar de fumar, por ejemplo, lo hacen por sí solas, sin ayuda terapéutica externa de ningún tipo. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver.

La intención de cambiar, sin embargo, no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo. Obviamente, la experiencia humana está llena de buenas intenciones y de intentos de cambiar, seguida de pequeños («tropezones») o de grandes («recaídas») pasos hacia atrás. Durante la etapa de «mantenimiento», el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior, y el de prevenir la recaída (Marlatt y Córdón, 1985). Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias ¿e las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial. Abandonar las drogas, reducir el consumo de alcohol, o perder peso es una etapa inicial del cambio, seguida por el reto de mantener la abstinencia o la moderación.

Finalmente, si la «recaída» se produce, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes que permanecer inmóvil en dicha etapa. Los tropezones o las recaídas son normales, hechos esperables cuando una persona intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración. Aquí la tarea del terapeuta es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento. Estas etapas y las tácticas terapéuticas que les corresponden aparecen en la tabla 2.1.

Tabla 2.1. Etapas del cambio y tareas del terapeuta

<i>Etapas del paciente</i>	<i>Tareas motivacionales del terapeuta</i>
Precontemplación	Aumento de la duda —aumento de la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.
Contemplación	Inclinación de la balanza —evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
Determinación	Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay- que seguir para conseguir el cambio.
Acción	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio.
Mantenimiento	Ayuda al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
Recaída	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

LA MOTIVACIÓN COMO PROBABILIDAD DE UNA CONDUCTA

Así pues, ¿qué es la motivación? Un terapeuta juzga a menudo la «motivación» de una persona a partir de una serie de conductas como éstas:

- Está de acuerdo con el terapeuta.
- Acepta el diagnóstico del terapeuta (por ejemplo, admite que es un «alcohólico»).
- Expresa un deseo o una necesidad de ayuda.
- Aparenta que está afectada por el problema que tiene.
- Sigue el consejo del terapeuta.

Por el contrario, el terapeuta tiende a juzgar como «no motivada» (o «resistente» o «negadora») a una persona que se comporta así:

- Está en desacuerdo con el terapeuta.
- Rechaza aceptar el diagnóstico o la valoración del terapeuta.
- Parece no estar afectada por su problema actual.
- No sigue el consejo del terapeuta.

Warren Farrell constató que el hecho de estar en desacuerdo con el terapeuta es denominado como «negación», y si luego se está de acuerdo, a este hecho se le llama insight. Lo importante es que a menudo valoramos la motivación del paciente por lo que dice.

Pero nuestra preocupación más importante como terapeutas se centra en lo que el paciente hace. Los comentarios verbales que hacen que un paciente sea juzgado como «motivado» no son una garantía de que el paciente realmente cambiará. Como hemos comentado en el capítulo 1, existen pocos datos que apoyen el hecho de que aceptar un diagnóstico (por ejemplo, «Yo soy un alcohólico») sea predictivo de una recuperación posterior. Muchas personas no recuperadas admiten libremente sus problemas o aceptan una etiqueta con un diagnóstico, y muchas otras se recuperan sin integrar conscientemente un rol o un diagnóstico de enfermedad y sin pedir ayuda. No es nada nuevo asumir que las personas a menudo dicen una cosa y hacen otra.

Lo que *parece* predecir el cambio es el seguimiento real de una persona de un tratamiento o a un plan terapéutico. Aquellos que fehacientemente toman una medicación que se les ha prescrito, por ejemplo, es más probable que se recuperen que aquellos que no cumplen con el consejo que se les ha dado, incluso cuando la «medicación» es un placebo sin ingrediente activo alguno (véase Fuller y otros, 1986). Seguir el consejo del terapeuta o, de forma más general, seguir un programa estructurado a fin de cambiar, está asociado con resultados positivos.

Esto sugiere una comprensión más específica y pragmática de la motivación. Si una dimensión clave de la motivación es la adherencia con o el cumplimiento de un programa destinado al cambio, entonces la motivación se considerará como una probabilidad de ciertas conductas. Éste es, por muchas razones, un enfoque más práctico y más optimista que el que considera la motivación ya sea como un rasgo de personalidad o como un estado interno general de disposición para cambiar. Los psicólogos han aprendido bastante sobre cómo cambiar las probabilidades de las conductas. Un siglo de investigación sobre el

aprendizaje nos ha dado una serie de modelos conceptuales e instrumentos prácticos para aumentar o disminuir la probabilidad de que se produzcan unas conductas concretas.

Si tomamos este enfoque pragmático, cabría definirla «motivación» como la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar (Council for Philosophical Studies, 1981; Miller, 1985b). Obsérvese lo específica que es esta definición. Un individuo en concreto puede estar perfectamente motivado para participar en una forma de tratamiento pero no en otra, trabajar con un problema pero no con otro, o seguir viendo a un terapeuta pero no a otro. Algo llamado «tratamiento» tal vez sea inaceptable para una persona, pero ésta quizá esté motivada para incorporarse a un grupo de autoayuda. Esta especificidad se ve fácilmente confirmada por la experiencia clínica, y además aclara que la motivación no es un rasgo de personalidad existente dentro de la piel de la persona, sino que depende del contexto. Desplaza el énfasis de un adjetivo pasivo de «motivado» a un verbo activo de «motivar». La motivación se convierte así en una parte importante de la tarea del terapeuta. Su responsabilidad no es sólo dar consejos, sino también motivar-aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio. Desde esta perspectiva, para un terapeuta no es adecuado culpar al paciente de no estar motivado para el cambio, de igual manera que un dependiente no puede culpar a un cliente de que no esté motivado para comprar. La motivación es una parte central e inherente a las tareas de un profesional.

APROXIMACIONES MOTIVACIONALES EFECTIVAS

Esto plantea una pregunta práctica: ¿qué estrategias puede utilizar un terapeuta para aumentar la motivación respecto al cambio? Si la motivación es la probabilidad de una conducta, entonces es razonable buscar las técnicas específicas para aumentar la probabilidad de conductas que promuevan el cambio. Existen muchos trabajos de investigación sobre qué motiva a las personas a cambiar y a ponerse en tratamiento, trabajos que se han revisado con detalle en otro lugar (Miller, 1985b). Los resumimos aquí describiendo ocho estrategias motivacionales generales. Ninguna de dichas estrategias es mágica. Las aproximaciones efectivas al problema combinan de forma típica varias de esas estrategias motivacionales, como expondremos en el capítulo 3.

Por el momento, sin embargo, presentamos los ocho bloques básicos siguientes:

- Ofreciendo CONSEJO
- Eliminando OBSTÁCULOS
- Ofreciendo ALTERNATIVAS
- Disminuyendo la DESEABILIDAD
- Practicando la EMPATÍA
- Ofreciendo un FEEDBACK
- Aclarando OBJETIVOS
- Ofreciendo AYUDA ACTIVA

Ofreciendo CONSEJO

Un consejo dado con claridad es un elemento que estimula el cambio. Aunque tengamos un gran respeto por las aportaciones y aproximaciones de Cari Rogers, una estrategia excesivamente no conductiva

puede dejar a un paciente confundido e indeciso. Un consejo en el momento preciso y dado de una forma adecuada tendrá un efecto distinto. Por ejemplo, el consejo breve sistemático por parte de un médico se ha observado que aumenta (aunque discretamente) la probabilidad de que los pacientes dejen de fumar o cambien el uso que hacen del alcohol (Chick y otros, 1985; Elvy, Wells y Baird, 1988; Kristenson y otros, 1983; Russell, Wilson, Taylor y Baker, 1979; Wallace y otros, 1988). En otros estudios con pacientes que acuden a un servicio de urgencias de un hospital por enfermedades o traumatismos debidos al consumo de alcohol, una sola sesión de consejo aumenta la probabilidad de volver para recibir tratamiento para dicho problema de un 5 % a un 65 % (Chafetz, 1961; Chafetz y otros, 1962) y de un 6 % a un 78 % (Chafetz, 1968, Chafetz y otros, 1964). El consejo a secas, o individualmente, es probable que no sea suficiente para inducir a un cambio en la mayoría de personas, pero la influencia motivadora de un consejo claro y compasivo no se debe desestimar.

Los elementos que hacen que un consejo sea efectivo están siendo aclarados por investigaciones actuales. Como mínimo, el consejo debe: 1) identificar claramente el problema o el área problemática, 2) explicar por qué el cambio es importante, y 3) recomendar un cambio específico. Proveer a la persona con estrategias alternativas concretas para cambiar, le puede ayudar a seguir el curso del cambio recomendado. Las intervenciones breves basadas en el consejo se comentarán con mayor detalle en el siguiente capítulo.

Eliminando OBSTÁCULOS

Una segunda aproximación efectiva a la motivación consiste en identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio. Un contemplador, por ejemplo, tal vez quiera considerar la posibilidad de entrar en tratamiento, pero también puede estar inhibido o desanimado para hacerlo debido a obstáculos reales y concretos (por ejemplo, costos, transportes, cuidado de los niños, timidez, tiempo de espera, o temas de seguridad). Un estudio encontró que la probabilidad para acudir a recursos de poscuidado era predecible por la distancia que la persona tenía que recorrer para poder acudir (Prue, Keane, Cornell y Foy, 1979). Estos obstáculos pueden interferir no sólo con la entrada en el tratamiento, sino también y en general con los esfuerzos para cambiar. Un consejo motivacional efectivo ayuda a que un paciente identifique y supere esos factores inhibidores. Una vez que dichos obstáculos se han identificado, la tarea del terapeuta es ayudar al paciente a resolver los problemas prácticos. ¿Cómo se pueden superar dichos obstáculos? Si el paciente tiene responsabilidades como el cuidado de sus hijos pequeños, ¿cómo se busca la manera de que los niños estén cuidados mientras que el padre acude a tratamiento? Si la persona necesita un medio de transporte o es reticente a acudir solo, ¿qué otras alternativas están disponibles?

Un buen ejemplo del poder de las estrategias sencillas para superar los obstáculos es el que aportan Sisson y Mallams (1981). Su objetivo era el de motivar a los pacientes a que empezasen a acudir a los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.). A un grupo se le dio la instrucción habitual con el fin de favorecer el interés: una explicación de la importancia de acudir a los grupos, un programa de todos los posibles grupos de encuentro disponibles en otros lugares y horarios, y el consejo de que se debe acudir. Un segundo grupo, elegido al azar, recibió una ayuda sistemática para superar los obstáculos existentes para poder acudir. Mientras que el paciente estaba en la consulta, el terapeuta realizó una llamada telefónica a un miembro de A.A. y éste llamó al paciente, ofreciéndole una forma de transporte y la posibilidad de acompañarle a su primera sesión de grupo. Se pusieron de acuerdo en la hora para poder encontrarse, y el

miembro de A.A. recibió además el número de teléfono del paciente con el fin de que le pudiera llamar la noche anterior y recordarle el encuentro programado para el día siguiente. Los resultados no pudieron ser más sorprendentes. Cada paciente de este último grupo acudió a A.A.; en el grupo anterior (de estímulo), ni un solo paciente acudió al grupo de A.A.

La mayoría de los obstáculos tienen que ver con el acceso al tratamiento o con otras estrategias para el cambio. Algunas, como los factores económicos o de transportes, son muy concretos. La accesibilidad a los edificios de las personas con minusvalías es otro ejemplo evidente. Otros factores de acceso son menos tangibles pero también significativos: los retrasos en el horario, grado de confort, un sentimiento de pertenencia y la adecuación cultural. Los largos retrasos en una sala de espera o la asignación a una lista de espera pueden desalentar a la participación en la terapia. Será mejor ofrecer a los pacientes una intervención efectiva breve, como las que se describen en el capítulo 3, que asignarlos a una lista de espera para el tratamiento (véase, Harris y Miller, 1990; Sánchez-Craig, 1990; Schmidt y Miller, 1983).

Es posible que los obstáculos específicos se tengan que abordar de forma diferente cuando se trata con hombres versus mujeres, o con grupos de edades diferentes (por ejemplo, jóvenes o ancianos) o con poblaciones étnicas/ raciales diferentes. Esas poblaciones especiales quizás no requieran un tratamiento especial sino más bien que se realicen esfuerzos para asegurar que se les proporcione un tratamiento efectivo de una manera accesible, confortable y adecuada. El cuidado de los niños durante el tratamiento es un tema de disponibilidad importante para muchas mujeres. Los medios de transporte y de seguridad son temas importantes para los más ancianos. Los temas del idioma y de la sensibilidad cultural lo son en el tratamiento de personas que pertenecen a diferentes grupos raciales o culturales.

Finalmente, algunos obstáculos para el cambio son más actitudinales que manifiestos. Una persona puede tener miedo de que el cambio produzca unas consecuencias adversas sobre su vida (Hall, 1979) o le prive de oportunidades importantes para recibir un refuerzo positivo. El círculo de amigos de una persona o su contexto cultural tal vez estimulen la percepción de las conductas «problemáticas» como suficientemente normales y aceptables, y la creencia de que no requieren cambio alguno. La eliminación de dichos obstáculos para cambiar quizás precise de la intervención de más estrategias cognitivas y de información.

Ofreciendo ALTERNATIVAS

A pocas personas les gusta que se les diga lo que tienen que hacer, o que se les fuerce a realizar una acción concreta. De hecho, la resistencia es algo predecible cuando una persona percibe que su libertad se ve limitada o amenazada (Brehm, 1966; Brehm y Brehm, 1981). La motivación intrínseca se ve aumentada por la percepción de que uno ha elegido con libertad un curso concreto de acción, sin una influencia externa significativa o una coerción (Deci, 1975; 1980; Parker, Winstead y Willi, 1979). Por tanto, un terapeuta que desee aumentar la motivación para el cambio ha de tener en cuenta que debe ayudar a sus pacientes a sentir su libertad (y de hecho responsabilidad) de una elección personal.

Esto supone que existen alternativas disponibles para la persona. La percepción de que es posible escoger no se da en un sistema en el que las personas se ven coaccionadas para tomar un curso de acción concreto, o en los programas en los que se ofrece un tratamiento relativamente estándar a todos los pacientes (Orford y Hawker, 1974). Ofrecer a los pacientes la posibilidad de elegir entre enfoques diferentes puede disminuir la resistencia y el abandono, y mejorar tanto el cumplimiento como los resultados

(Costello, 1975; Kissin, Platz y Su, 1971; Parker y otros, 1979; Sánchez-Craig, 1990). De forma similar, se puede aumentar la motivación de los pacientes a partir de un reconocimiento de la libertad de elección con respecto a los objetivos terapéuticos. La insistencia en un objetivo terapéutico concreto, a pesar de las percepciones de los pacientes y de sus deseos tal vez comprometa la motivación y los resultados (Sánchez-Craig y Leí, 1986; Thornton, Gottheil, Gellens y Alterman, 1977).

Disminuyendo la DESEABILIDAD

En la etapa de contemplación, una persona sopesa los beneficios y los costos del cambio en contraposición con las ventajas de continuar como hacía hasta entonces. Es como si hubiera un balance motivacional (véase figura 2.2.) entre factores que favorecen el statu quo y aquellos que favorecen el cambio (Janis y Mann, 1977). Las estrategias de motivación para la etapa de contemplación, por lo tanto, requieren retirar el peso que tiene el mantenimiento del lado del statu quo, y aumentar el peso del lado del cambio.

Un tipo de peso que afecta el lado del statu quo es el que tiene que ver con los costos percibidos o los riesgos del cambio. (Éste es el punto central de nuestro planteamiento cuando comentábamos la importancia de retirar los obstáculos para el cambio.) Igualmente importante, sin embargo, es otro tipo de peso que favorece el statu quo: la deseabilidad de la conducta presente. Es prudente pensar que un patrón de conducta que persiste a pesar de las consecuencias negativas se mantiene por otros incentivos positivos. No es necesario que éstas sean consecuencias positivas reales o adecuadas —sólo que la persona perciba o crea que la conducta tiene recompensas positivas—. Brown y sus colaboradores han demostrado, por ejemplo, que las percepciones de los efectos positivos del alcohol pueden predecir el inicio precoz del consumo de alcohol entre los jóvenes, el hecho de tener problemas con el alcohol entre adultos, y la recaída entre alcohólicos después del tratamiento (Brown, 1985; Brown, Goldman y Christiansen, 1985; Brown, Goldman, Inn y Anderson, 1980; Christiansen y Goldman, 1983; Christiansen, Goldman e Inn, 1982; Christiansen, Smith, Roehling y Goldman, 1989).

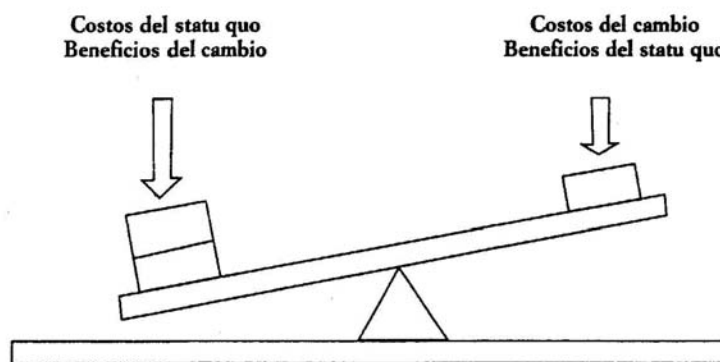


Figura 2.2. Contemplación: balance costos-beneficios.

Una tarea motivacional para el terapeuta, por lo tanto, consiste en identificar los incentivos positivos del paciente para continuar con su conducta presente. ¿Cómo y por qué es deseable esa conducta para el cliente? Cuando se aclaren esos incentivos positivos, el terapeuta puede buscar aproximaciones

efectivas para disminuirlos, anularlos o compensarlos.

No se debería esperar, sin embargo, que la simple reflexión racional sobre la necesidad de introducir unos cambios induzca, de hecho, a un cambio. Resumiendo su revisión sobre este tema, Moskowitz (1989) concluyó: «No se ha encontrado que la introspección lógica con respecto a los costos y beneficios del uso de sustancias prediga totalmente un uso posterior... Los estudios de evaluación han encontrado que esta aproximación no es efectiva para influir en los valores de organización, autoestima o adaptación conductual» (pág. 68). Es probable que la conducta se vea alterada si se afecta a las dimensiones afectivas o de valores de la deseabilidad (Leventhal, 1971; Orford, 1985; Premack, 1970; Rokeach, 1973).

Disponemos de varias estrategias para disminuir la percepción de deseabilidad de una conducta problemática. El valor incentivo de las conductas disminuye directamente a partir de métodos de contracondicionamiento aversivo tales como la sensibilización encubierta (Elkins, 1980; Rimmel, Miller y Dougher, 1989), pero esto ya constituye un enfoque terapéutico que requiere un compromiso importante para el cambio por parte del paciente. Un enfoque alternativo consiste en aumentar la conciencia de la persona de las consecuencias adversas de la conducta (Karoly, 1980). Algunas estrategias de las entrevistas motivacionales presentadas en la segunda parte de este libro son directamente aplicables a este fin.

También cabe realizar los cambios a través de las contingencias sociales que disminuyen las consecuencias positivas y aumentan las consecuencias negativas de la conducta problemática. Hemos defendido que la motivación no reside solamente dentro de un individuo, sino que está afectada por las relaciones entre la persona y el ambiente. Supongamos que un paciente llamado David está bebiendo de forma importante, experimentando «olvidos» faltando días al trabajo debido a las resacas, e ignorando a su familia. ¿Qué grado de motivación tendrá para cambiar cada una de las dos condiciones siguientes?

A. David tiene un abundante grupo de amigos y todos beben de igual manera, y le aseguran que las pérdidas de memoria y los olvidos «forman parte de lo que es pasar un buen rato» y de que no hay por qué preocuparse por eso. Su jefe también bebe considerablemente, pero lo disimula cuando David intuye que está borracho. Su esposa hace todo lo que puede por mantener el funcionamiento de la familia, e intenta no llevar las cosas al límite o hacer enfadar a David.

O

B. Los amigos de David están preocupados por su forma de beber y lo expresan de manera delicada. Su jefe ha tomado nota de su escasa asistencia y le dice: «Realmente no quiero perderte, David, y quiero hacer todo lo que pueda para ayudarte a solucionar este problema, pero si las cosas no cambian me veré obligado a despedirte». Su mujer también le dice que las cosas tienen que cambiar: «Te amo, y quiero acompañarte para que te pongas en tratamiento si eso resulta útil, pero no quiero que sigas así. Si no haces algo con la bebida, no podremos continuar juntos».

El objetivo de presentar estos dos ejemplos es el de ilustrar cómo la misma persona con el mismo tipo de problema estará más o menos motivada a hacer algo con él, dependiendo de su situación. Si las

personas que están en la vida del paciente le facilitan continuar con el problema haciendo que éste parezca normal, intentando ignorarlo, o protegiendo a la persona de sus consecuencias, el cambio es menos probable que se produzca. Si, por el contrario, las personas que rodean a esa persona le expresan su preocupación, le ofrecen ayuda y le describen las consecuencias negativas del problema, entonces la motivación para el cambio aumenta. Sisson y Azrin (1986) tuvieron éxito con un procedimiento para el consejo de esposas de alcohólicos no colaboradores. Se alentó a las esposas para que dejaran lo que podríamos llamar las conductas «facilitadoras», retirando todo el refuerzo positivo cuando los alcohólicos estaban bebiendo y dejando de proteger a los alcohólicos de las consecuencias negativas del hecho de beber. En comparación con el grupo control, que presentó muy poco cambio, el grupo de consejo motivacional mostró una marcada disminución en la conducta de bebedor incluso antes de que los alcohólicos aceptaran entrar en tratamiento, lo que ocurrió después de siete sesiones, como media, tras el consejo dado a las esposas. Otros autores han utilizado la amenaza de un despido laboral o sanciones legales para coaccionar al paciente hacia el tratamiento (Freedberg y Johnston, 1978; Gallant y otros, 1973; Rosenberg y Liftik, 1976). Sin embargo, las estrategias que imponen las consecuencias negativas de la conducta-problema tienden a fallar si la contingencia no se puede mantener en el tiempo (Rosenberg y Liftik, 1976), y probablemente provocarán una resistencia y disminuirán la motivación intrínseca para el cambio.

Practicando la EMPATÍA

Durante décadas, los profesionales de la terapia han escrito sobre la importancia de determinadas características de los terapeutas, como son la calidez, el respeto, el apoyo, el cuidado, la preocupación, la comprensión empática, el compromiso y el interés activo (Chafetz, 1959; Davies, 1981; Malcolm, 1968; Mann, 1950; Swenson, 1971; Truax y Carkhuff, 1967). Una característica del terapeuta bastante investigada es la de mostrar una empatía adecuada (Rogers, 1959). En el capítulo 1 hemos presentado datos que indican que la empatía terapéutica es un factor que favorece la motivación para el cambio. Estudios experimentales y de correlación han demostrado que un estilo terapéutico empático está asociado con bajos niveles de resistencia de los pacientes y con un cambio de la conducta a un mayor largo plazo (Miller y Sovereign, 1989; Miller, Taylor y West, 1980; Patterson y Forgatch, 1985; Valle, 1981).

Como hemos indicado anteriormente, este tipo de empatía no es una habilidad o una tendencia a identificarse con las experiencias de una persona, sino más bien 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, tanto si el terapeuta ha tenido o no experiencias similares por sí mismo. Aunque ser un terapeuta habilidoso en la escucha empática puede parecer algo fácil y natural, de hecho es un estilo de *counselling* nada sencillo. Requiere una atención clara ante cada uno de los nuevos comentarios que haga el paciente, y una elaboración continuada de hipótesis sobre el significado subyacente de dichos comentarios. Las sugerencias que el significado de dichos comentarios brinden al terapeuta se le deben devolver al paciente, añadiendo a menudo un contenido a lo que se dijo espontáneamente. La escucha reflexiva es fácil de parodiar, pero también es bastante comprometedora a la hora de practicarla adecuadamente. Es, de hecho, tal y como veremos en el capítulo 6, un elemento clave en el estilo que hay que utilizar en la entrevista motivacional.

Ofreciendo un FEEDBACK

Si uno no sabe dónde se encuentra, le será difícil planificar cómo llegar a algún lugar. A veces las personas no consiguen cambiar porque no reciben suficiente información sobre su situación actual. Un conocimiento claro de la situación actual es un elemento crucial en la motivación para el cambio. Por ejemplo, las revisiones médicas que informan a los bebedores sobre lo muy negativamente que les está afectando el alcohol, se ha observado que provocan cambios a largo plazo en el uso que hacen estas personas de dicha sustancia (Kristenson y otros, 1983; Miller y Sovereign, 1989).

Este feedback se produce de varias maneras. Las expresiones de preocupación de la familia y de los amigos son una forma de feedback (Johnson, 1973). Los pacientes también pueden recibir un feedback a partir de los resultados obtenidos en test objetivos, como veremos en el capítulo 7. La realización de un autorregistro diario (por ejemplo, el registro de cada una de las bebidas que se toman) es otra forma más de feedback que se sabe que tiene un impacto sobre el paciente (Miller y Muñoz, 1976). Una tarea motivacional importante del terapeuta es, pues, la de proporcionar un feedback sobre la situación actual y sobre sus consecuencias o riesgos.

Aclarando los OBJETIVOS

El feedback por sí solo, sin embargo, no es suficiente para precipitar el cambio. El feedback se debe comparar con algún otro patrón. Este proceso de autoevaluación —comparar el estatus percibido con los objetivos personales— influye en el hecho de si se producirá el cambio o no (Kanfer y Gae-lick, 1986; Miller y Brown, en prensa). Por lo tanto, si la persona carece de un objetivo o patrón claro, el feedback quizá no sea útil.

Hay un elemento importante: lo que la persona detecta que es normal y aceptable. En general, las conductas antisociales que rechaza la sociedad se consideran normales y adecuadas dentro de una subcultura delictiva. El abuso del alcohol y sus consecuencias son toleradas y consideradas como normales entre los círculos de amigos de bebedores importantes de alcohol.

Se sabe que ayudar a que las personas formulen objetivos claros facilita en gran manera el cambio (Locke, Shaw, Saari y Latham, 1981). Sin embargo, para una persona es importante que pueda ver el objetivo de una manera realista y alcanzable. De otra manera poco o ningún esfuerzo se hará para alcanzar el objetivo, incluso aunque éste se reconozca como importante (Bandura, 1982). Por otro lado, los objetivos son de poca utilidad si la persona carece de un feedback sobre su situación presente. Los objetivos y el feedback trabajan conjuntamente para crear la motivación respecto al cambio.

Ofreciendo AYUDA ACTIVA

El bloque final para construir la motivación que vamos a exponer es una actitud de ayuda activa. Desde su perspectiva como terapeuta, esto significa estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio de su paciente. Aunque en cierto sentido es verdad que el cambio es algo que decide el paciente, también lo es que usted puede influir en gran manera sobre cómo tomar esta decisión.

En este punto cabe citar dos temas generales, como son tomar la iniciativa terapéutica y la expresión de su cuidado hacia el paciente. Si, por ejemplo, un paciente no acude a una sesión, ¿qué es lo que se puede hacer? Una forma de pensar es la que sugiere que se debe esperar a que el paciente se

responsabilice, se dé cuenta y programe una nueva visita. En un enfoque de ayuda activa, sin embargo, usted tomaría la iniciativa y expresaría su preocupación sobre lo que le pasa al paciente. Una forma sencilla de hacer esto es realizar una llamada telefónica o enviar una nota escrita a mano. El mismo principio se aplicaría después de una primera consulta: ¿debería esperar a ver si el paciente vuelve, o tomaría alguna iniciativa para ayudarlo? De nuevo, el principio de ayuda activa sugeriría que hiciéramos esto último. El seguimiento a través de varios contactos con el paciente se comenta en detalle en el capítulo 6 de este libro.

Otra área en la que este enfoque parece aportar algo nuevo es la posibilidad de realizar una derivación. Si se desea, por ejemplo, derivar a alguien que está en tratamiento, ¿qué es lo que deberíamos hacer? ¿Es mejor esperar que él llame, o dar sus datos al nuevo centro de derivación y dejar que el paciente asuma la responsabilidad de ponerse en contacto? La sabiduría convencional en ocasiones aconseja esta última opción. De hecho, estas dos opciones fueron comparadas mediante un experimento de asignación aleatoria (Kogan, 1957). De entre los que se les dio el número de teléfono, un 37 % se pusieron en contacto; cuando el terapeuta tomó la iniciativa de hacer la llamada de derivación, un 82 % de pacientes acudieron a la cita.

Algunos terapeutas son reticentes a tomar esta clase de iniciativas porque les preocupa adoptar un rol de facilitador o asumir la responsabilidad del cambio en sus clientes. El concepto de «facilitador», no obstante, se refiere a acciones realizadas por otro que le facilitan a uno la continuación de su comportamiento problemático y escapar así de las consecuencias negativas. Si una simple carta o llamada telefónica atenta puede doblar, triplicar o cuadruplicar las posibilidades de que el cliente continúe con la terapia y renueve sus esfuerzos, ¿de qué manera perjudica esto al cliente? Al ser responsables, nuestra primera inclinación consiste en implicar y retener al cliente en la terapia; ¡y luego nos preocupa el incitar responsabilidad! A menudo, provocar una iniciativa es mejor que la mera pasividad.

MEZCLANDO TODOS LOS INGREDIENTES

Hasta ahora le hemos ofrecido algunos ingredientes de la intervención motivacional, pero no una receta sobre cómo combinarlos. Saber qué ingredientes hay que utilizar es un buen comienzo, pero para hacer el pan debemos saber también cuándo y cómo hay que combinar y amasar los ingredientes y dejar que suba la masa, y durante cuánto tiempo y a qué temperatura se debe cocer en el horno. Cualquier panadero sabe que parte de este conocimiento se acumula con la experiencia, y que existe un margen para la variación artística, pero también algunas directrices básicas que se deben respetar para conseguir un resultado exitoso. Existe un margen tolerable en la proporción de harina con respecto al resto de ingredientes. Si deja usted de amasar la levadura o la desperdicia con agua caliente, la masa no subirá. Hay límites con respecto al nivel de temperatura al que debe llegar el horno. Para aprender a hacer pan, será útil ver fotos de los productos una vez acabados, entender la química básica del proceso de hacer pan, aprender las directrices generales que hay que seguir en la mezcla y manejo de los ingredientes, conseguir algunos consejos sobre cómo realizar cada paso, y prestar atención para evitar que se desperdicie la masa, así como la forma de enfrentarse a problemas comunes.

Esto es lo que proponemos hacer en el resto de capítulos de este libro. En el capítulo 3 le mostraremos algunos «productos acabados» —intervenciones relativamente breves que eran aparentemente

exitosas a la hora de motivar el cambio en personas con problemas de alcohol— y analizaremos sus contenidos. En el capítulo 4, el último capítulo de introducción en el tema de las bases de la entrevista motivacional, presentamos la «química básica» de la motivación, a partir del dilema de la ambivalencia. Después, en la segunda parte, volvemos de nuevo a temas prácticos. En el capítulo 5 encontramos los principios esenciales de la entrevista motivacional. En los capítulos 6 al 9 aprendemos la forma de llevar a cabo todos los pasos, y en el capítulo 10 explicamos problemas concretos que surgen y las formas de hacerles frente. En el capítulo 1.1 encontramos un extenso número de casos prácticos, y que ilustran cómo las estrategias descritas entre los capítulos 5 y 10 se aplican en la práctica. En el capítulo 12, ofrecemos algunas directrices para la enseñanza de la entrevista motivacional a otros profesionales.

CAPITULO 3

LA INTERVENCIÓN BREVE: MÁS PIEZAS DEL ROMPECABEZAS

Las cosas no cambian: cambiamos nosotros.

Henry David Thoreau, *Walden*

EL CAMBIO AUTOINDUCIDO

En el capítulo 2 hemos hablado de seis etapas del cambio, y descrito ocho elementos que parece que ayudan a las personas a progresar a través de las diferentes etapas. Prochaska y DiClemente, los creadores del modelo transteórico del que se derivan estas etapas, las desarrollaron originariamente para describir las fases por las que las personas pasan en el curso de un cambio autoinducido, sin la ayuda de un tratamiento formal (Prochaska y DiClemente, 1982). Sus trabajos en la década posterior indicaban que estas mismas etapas del cambio se producían dentro y fuera de la terapia (Prochaska y DiClemente, 1984). Es decir, las personas parecen pasar a través de la misma secuencia de etapas de cambio, tanto si están recibiendo la ayuda de un terapeuta como si no.

Esto sugiere un tema importante y, para algunos, sorprendente: la mayoría de personas que cambian sus conductas adictivas, tales como el fumar o el beber o el uso ilícito de drogas, lo hacen por sí mismas sin ningún tratamiento formal. Que esto es así se constata a través del examen de 1) las tasas de prevalencia en la población de usuarios actuales y antiguos, 2) las tasas de cambio en estas conductas a través del tiempo dentro de una población general, y 3) el relativo pequeño número de personas que reciben un tratamiento formal para estos problemas (Calahan, 1987; Peele, 1985). La mayoría de personas que dejan de fumar lo hacen por cuenta propia sin ayuda formal alguna. Se sabe que la mayoría de personas que tienen problemas con el alcohol años después han resuelto o disminuido sus problemas, y sólo una pequeña minoría lo han hecho con la ayuda de un tratamiento (Fillmore, 1975; Sobell, 1991). Entre los soldados del Vietnam, gran parte de los usuarios habituales de heroína dejaron o cambiaron su hábito cuando volvieron de nuevo a casa (Robins, Helzer, y Davis, 1975).

¿Cómo se producen esos cambios? Cuando a las personas que cambiaron por sí solas sin ayuda terapéutica se les preguntó por qué y cómo lo hicieron, la mayoría contestaron que simplemente porque «así lo habían decidido». Algunos describieron acontecimientos específicos que les habían impactado y provocado que se vieran a sí mismos y a sus hábitos de una manera diferente (Premack, 1970). Otros comentaron haber pasado por experiencias religiosas concretas, relaciones con amigos y familiares, o giros en sus vidas como desencadenantes del cambio (Knupfer, 1972; Saunders y Kershaw, 1979). En muchos casos, sin embargo, existe un tema común de toma de decisión a lo largo de las historias de las personas que han cambiado por sí mismas. Cosas que han ocurrido a su alrededor, pero también algo que pasó dentro de sí mismos y que les llevó a cambiar.

Demasiado a menudo, los terapeutas enfatizan o bien subestiman la importancia del proceso de toma de decisión. Enfrentados ante un paciente o familiar que sufren, aparece la tentación —por parte del terapeuta— de correr hacia la etapa de acción del modelo de Prochaska y DiClemente. Armados para la acción, los terapeutas empiezan a prescribir objetivos y estrategias para cambiar. Entonces aparece el «Sí, pero...» de la fase de contemplación, que a menudo el terapeuta entiende como una resistencia. Como ya hemos visto en el capítulo 1, si el terapeuta empuja en contra de la resistencia, la persona que está en una etapa de contemplación responderá probablemente con su reacción, y aparecerá un ciclo que se autoperpetuará. La resistencia aparece cuando el terapeuta utiliza las estrategias inapropiadas para la etapa actual del paciente.

El punto crucial que hay que recordar es que la toma de decisión es una parte importante del cambio. Como Syme (1988) y Rollnick (1985) han planteado, las estrategias terapéuticas que se centran inmediatamente en cómo cambiar (acción) serán negativas si se distrae al paciente (contemplador) del tema crucial: el compromiso para el cambio. Éste puede ser un tema particularmente importante que médicos y otros profesionales de la salud están condenados a comprender, a medida que en su práctica clínica encuentren con problemas de salud que requieren un cambio de conducta (Rollnick y MacEwan, 1991). Este tema se presenta en el capítulo 10.

EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES BREVES

Esto nos lleva a otros datos que se repiten en la investigación sobre el tratamiento de las adicciones. Los equipos de investigación en Canadá (Zweben, Pearlman y Li, 1988), Inglaterra (Orford y Edwards, 1977), Nueva Zelanda (Chapman y Huygens, 1988), Noruega (Skutle y Berg, 1987), y los Estados Unidos (Miller y Taylor, 1980; Miller, Taylor y West, 1980) han observado que intervenciones relativamente breves de una o tres sesiones son comparables en el impacto a tratamientos más extensos para los problemas de alcoholismo. Otras investigaciones recientes han demostrado que las intervenciones breves son sustancialmente más efectivas que no aplicar ningún tratamiento a la hora de modificar los problemas de alcoholismo. Estos estudios se han realizado tanto en Escocia (Chick, Lloyd y Crombie, 1985; Heather, Champion, Neville y Maccabe, 1987), en Inglaterra (Anderson y Scott, 1990; Wallace, Cutter y Raines, 1988), en Nueva Zelanda (Elvy, Wells y Baird, 1988), en Suecia (Kristenson, Ohlin, Hultén-Nosselin, Trell y Hood, 1983) y en los Estados Unidos (Harris y Miller, 1990), así como también un macroestudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en once naciones (Babor, Korner, Wilber y Good, 1987; Saunders, 1987). De esta manera, la entrevista motivacional breve se ha propuesto como un enfoque de tratamiento ambulatorio viable (Edwards y Orford, 1977; Heather, 1989; Ritson, 1986; Sánchez-Craig y Wilkinson, 1989) y fue reconocido por el Instituto de Medicina (1989) como un área de alta prioridad para la investigación futura en el tratamiento de los problemas relacionados con el alcoholismo.

Parece que un consejo relativamente breve puede tener un impacto importante. Aquellos que reciben un consejo breve bien programado obtienen una mayor mejoría en sus problemas que los que no reciben consejo alguno. En algunos estudios, los efectos de tal intervención breve parecen comparables incluso a los resultados de un tratamiento más extensivo. ¿Qué es lo que podemos aprender de estos resultados?

Una cosa que estos estudios indican es que las condiciones básicas para precipitar el cambio se

reúnen —al menos para algunos pacientes— en un tipo de consejo relativamente breve, más breve de lo que habitualmente se consideraría como un «tratamiento» (Orford, 1986). Las intervenciones breves con éxito no han incluido habitualmente medicación alguna, entrenamiento en habilidades, condicionamiento o psicoterapia —estrategias alternativas que pueden ser de utilidad en el tratamiento de las conductas adictivas (Cox, 1987; Hester y Miller, 1989)—. Parece que el impacto primario de las intervenciones breves es de tipo motivacional. Sus efectos, creemos, consisten en iniciar una toma de decisión y un compromiso para el cambio (Miller y Brown, 1991; Miller, Sovereign y Krege, 1988). La naturaleza de los procedimientos de selección habitual (por ejemplo, exámenes médicos) utilizados en muchos estudios en los que se aplica una intervención mínima, probablemente agrupan un alto porcentaje de personas precontempladoras, para las cuales el reto crucial es el de favorecer la toma de decisión y el compromiso. Una vez que se realiza la decisión motivacional, la persona aplica sus habilidades naturales para conseguir un cambio.

INGREDIENTES NECESARIOS PARA QUE UN TRATAMIENTO BREVE SEA EFECTIVO

Si las intervenciones efectivas mínimas contienen los elementos básicos que provocan la motivación para el cambio, ¿cuáles son, entonces, estos elementos? Miller y Sánchez (en prensa) analizaron el contenido de las estrategias de tratamientos breves que se estudiaron en la investigación sobre los efectos terapéuticos descritos anteriormente. Estos autores describieron seis elementos del tratamiento que parecían ser los ingredientes comunes y necesarios para que las intervenciones breves fueran efectivas.

F: *Feedback*

Las intervenciones breves efectivas han incluido típicamente una evaluación estructurada y a menudo global, a través de la cual los pacientes reciben un feedback de su estado (véase Kristenson y otros, 1983; Miller y Sovereign, 1989; Orford y Edwards, 1977). Hemos encontrado que incluso cuando dicho feedback no ha sido formalmente estructurado, el mismo proceso de la evaluación proporciona al paciente la oportunidad de ver su situación actual reflejada en detalle. Como ya comentamos en el capítulo 2, el feedback puede ser un elemento importante en la motivación para el cambio. En el capítulo 7, comentaremos con más detalle cómo utilizar los resultados de la evaluación de esta manera.

R: *Responsabilidad*

Un segundo elemento comúnmente incluido en las intervenciones breves ha sido el énfasis dado a la responsabilidad del paciente para el cambio. A menudo éste se dispuso de forma explícita (véase Edwards y Orford, 1977) a través de mensajes como el siguiente:

Depende de ti el decidir lo que quieres hacer con esta información. Nadie puede decidir por ti, y nadie puede cambiar tu forma de beber si no quieres cambiar. Depende de ti, y si el cambio se produce, eres tú quien lo hará.

En otros casos, el mensaje de autorresponsabilidad ha sido más implícito, proporcionando al paciente un manual de autoayuda e instruyéndole sobre cómo utilizarlo por sí mismo (véase Heather, Whitton y Robertson, 1986; Miller, Gribskov y Mortell, 1981).

C: *Consejo*

Un tercer elemento común ha sido el de proporcionar un consejo claro al paciente a fin de inducir un cambio en su forma de beber. A veces dicho consejo ha sido la prescripción de un objetivo específico, como una abstinencia total (véase Edwards y otros, 1977). En otros casos, la recomendación ha sido eliminar una forma peligrosa de beber, pero el objetivo específico se ha dejado a discreción del paciente (véase Kristenson y otros, 1983). En otros casos, el consejo que se ha dado ha sido el de buscar más tratamiento, y las intervenciones motivacionales han sido muy efectivas a la hora de conseguir tales prescripciones (Chafetz, 1961; Elvy y otros, 1988). Incluso un consejo sencillo de un médico de atención primaria puede inducir a un porcentaje pequeño de pacientes a abandonar una conducta adictiva (Burnum, 1974; Russell, Wilson, Taylor y Baker, 1979).

M: *Menú*

Otra aproximación es la de ofrecer un menú de estrategias alternativas para cambiar sus conductas problemáticas. Prescribir un objetivo sencillo o aproximación supone el riesgo de que un paciente encuentre lo que se le ofrece como inaceptable. Ofrecer una serie de opciones, por otro lado, proporciona la oportunidad de que los pacientes seleccionen las estrategias que mejor se ajusten a sus necesidades y situaciones particulares (Miller y Hester, 1986b). Además, una selección de una aproximación propia de entre varias opciones tiene el efecto de aumentar la capacidad personal de elección y control. Cuando una persona percibe que ha escogido con libertad un curso de acciones, es más probable que persista y tenga éxito (Deci, 1980; Kopel y Arkowitz, 1975; Miller, 1985b).

E: *Empatía*

Como hemos comentado anteriormente, se ha observado que la empatía del terapeuta es un determinante importante de la motivación y el cambio de un paciente (véase Miller y otros, 1980; Valle, 1981). Las intervenciones breves efectivas han dado mucha importancia a la naturaleza empática de las intervenciones terapéuticas (véase Chafetz, 1961; Edwards y Orford, 1977). Incluso cuando los pacientes son «confrontados» en las intervenciones breves o se les da un consejo directo, esto también se puede llevarse a cabo de una manera altamente empática (Miller, 1983; Miller y Sovereign, 1989).

A: *Autoeficacia*

Un tema común en las intervenciones breves efectivas ha sido el potenciar la autoeficacia del paciente, la esperanza y el optimismo. El concepto de «autoeficacia» fue descrito por primera vez por Bandura (1977, 1982) y hace referencia a la creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica. En tal caso, el objetivo es el de convencer al paciente de que puede introducir un cambio exitoso en una área determinada de su vida. El tema más general de esperanza y de optimismo, sin embargo, es mucho más antiguo, y ha sido reconocido a menudo como un elemento importante en los procesos de curación (Frank, 1973; Miller, 1985a). Si se convence a una persona de que tiene un problema serio y amenazador, pero no percibe manera alguna en la que el cambio sea factible, el resultado probablemente sea el de que se ponga a la defensiva (por ejemplo, negación, racionalización) más que un cambio conductual (Rogers y Mew-born, 1976). Vale también la pena mencionar aquí que la creencia del terapeuta en la habilidad del paciente para cambiar podría ser, asimismo, un determinante significativo

de los resultados (véase Leake y King, 1977).

Estos seis elementos, por lo tanto, parecen ser bloques de construcción prometedores para configurar las intervenciones motivacionales. Aunque surjan de la literatura sobre los resultados de las intervenciones mínimas, se solapan con los ocho elementos de intervención motivacional descritos en el capítulo 2. El punto crucial en este aspecto es que las condiciones que motivan el cambio se pueden utilizar en sesiones breves de terapia.

LA MOTIVACIÓN COMO UNA INTERACCIÓN INTERPERSONAL

Existe, para nuestros objetivos actuales, al menos una lección más importante que aprender de los estudios procedentes de las intervenciones efectivas breves. A partir de estos estudios, que se han realizado en muchas naciones, los pacientes que recibieron una forma de consejo breve mostraron patrones de motivación y cambio muy diferentes de los de aquellos que no la recibieron. En comparación con grupos control seleccionados al azar, eran pacientes que buscaban tratamiento posterior con una mayor probabilidad (Chafetz, 1961; 1968), reducían la cantidad de alcohol que consumían (Elvy y otros, 1988; Harris y Miller, 1990; Miller y otros, 1988; Wallace y otros, 1988), y les disminuían los problemas relacionados con el alcohol (Babor y otros, 1987; Chick y otros, 1985; Kristenson y otros, 1983; Saunders, 1987). En estos estudios, esos cambios no se producían al mismo ritmo sin la intervención del consejo dado en forma de entrevista. Aunque el cambio puede llegar también a través de los enfoques impersonales de autoayuda (véase Heather y otros, 1986), en estos estudios la diferencia venía dada a través de la interacción interpersonal.

Es importante discernir no sólo si una persona interactúa con un terapeuta, sino también lo que hace el terapeuta durante su relación interpersonal. Los estilos terapéuticos confrontativos y abiertamente conductivos, por ejemplo, tienden a producir altos niveles de resistencia en el paciente (Patterson y Forgatch, 1985), mientras que un estilo más empático está asociado con poca resistencia y con una mayor probabilidad a largo plazo (Miller y Sovereign, 1989).

Esto corrobora un tema que ya presentamos en nuestros primeros dos capítulos: la motivación para el cambio no reside simplemente dentro de la piel del paciente, sino que surge de un contexto interpersonal. En estos estudios, las interacciones relativamente breves con terapeutas entrenados introducen una diferencia aparente en los estados motivacionales de los pacientes, lo que a su vez se refleja en el cambio de la conducta a largo plazo. Es alentador, de hecho, que tales contactos breves puedan alterar el curso de unas conductas problemáticas. El consejo motivacional más sistemático todavía puede provocar efectos a más largo plazo. Como terapeuta, usted no es un observador pasivo de los estados motivacionales de sus pacientes. «La falta de motivación» es un reto para sus habilidades terapéuticas, no una falta de la que culpar a sus pacientes. Nuestro propósito en este libro es el de ayudarle a potenciar sus habilidades para hacer frente a este reto.

Ésta es la tarea que afrontamos en la segunda parte de este libro. Pero antes de que la iniciemos, existe aún un aspecto conceptual importante que cabe considerar.

CAPÍTULO 4

LA AMBIVALENCIA: EL DILEMA DEL CAMBIO

—¿Por qué bebes? —preguntó el principito.
 —Para olvidar —respondió el bebedor.
 —¿Para olvidar qué? —inquirió el principito, que ya le compadecía.
 —Para olvidar que tengo vergüenza —confesó el bebedor bajando la cabeza.
 —¿Vergüenza de qué? —indagó el principito, que deseaba socorrerle.
 —¡Vergüenza de beber! —terminó el bebedor, que se encerró definitivamente en el silencio.

Y el principito se alejó, perplejo. Las personas grandes son decididamente muy, pero muy extrañas, se decía a sí mismo durante el viaje.

Antoine de Saint-Exupéry, *El principito*³

QUIERO, PERO NO QUIERO

Como ya debe estar claro a partir de los tres primeros capítulos de éste libro, los terapeutas poseen un sorprendente margen de libertad a la hora de influir sobre la respuesta y motivación de sus pacientes. Hemos descrito, por ejemplo, cómo un estilo de entrevista confrontativa puede crear o exacerbar los problemas de la «negación» y de la «resistencia». Desde un punto de vista positivo, existen sin duda muchas cosas que se pueden hacer a fin de potenciar la disposición de una persona para el cambio. Ahora entramos en la consideración de la motivación desde el punto de vista del paciente, que obviamente es algo más que un simple receptor pasivo del estilo terapéutico del profesional.

Las personas que luchan con sus problemas adictivos entran habitualmente en las sesiones terapéuticas con motivaciones fluctuantes y conflictivas. Quieren, pero no quieren. Este conflicto, que se puede llamar «ambivalencia», a menudo impregna las primeras sesiones terapéuticas. La persona dice: «He venido en busca de ayuda», aunque en la siguiente frase añade: «Pero no lo tengo tan claro». Un estado de ánimo vulnerable quizás derive hacia otro de desafío y de nuevo hacia atrás en tan sólo unos minutos. Esta tendencia a la fluctuación a la hora de considerar un cambio es lo que tal vez provoque que las personas con problemas adictivos sean tan sensibles a la forma en que las tratan los terapeutas. Este conflicto, que no es en modo alguno exclusivo de los problemas adictivos, lo analizaremos ahora con mayor detalle antes de entrar a revisar los principios y estrategias de la entrevista motivacional.

EL ENCUENTRO CON LA AMBIVALENCIA

³ De Saint-Exupéry, Antoine, *El Principito*, Barcelona, Emecé, 1997, págs. 44-45.

Sentirse de dos maneras diferentes con respecto a algo o a alguien es una experiencia común en los seres humanos. De hecho, una persona que no siente ambivalencia alguna sobre algo resulta de entrada difícil de imaginar; sentirse un cien por cien definido sobre algo importante es probablemente algo más excepcional que normal. A menudo este fenómeno juega un papel clave en los problemas psicológicos. La persona que sufre de agorafobia, por ejemplo, puede decir: «Quiero salir de esto, pero me siento aterrorizado por si pierdo el control». Así, también una persona que se siente socialmente aislada, triste, y deprimida puede sufrir una cierta ambivalencia: «Quiero estar con la gente y tener amistades íntimas, pero no me siento suficientemente atractivo ni creo que valga la pena como persona». En algunos problemas psicológicos, el papel que juega la ambivalencia es incluso mucho más importante. Una persona que tiene una relación extramatrimonial duda entre su cónyuge y su amante con una ambivalencia emocional intensa. Una persona que se lava las manos o comprueba las cosas compulsivamente quiere evitar cruzar el proceso que le supone enfrentarse a un ritual incapacitante una vez tras otra, pero a pesar de todo no puede dejar de hacerlo sin miedo.

En lo que respecta a las conductas adictivas, este tipo de conflicto juega sin duda alguna un papel central (Orford, 1985). Los pacientes alcohólicos, los adictos a drogas ilegales, las bulímicas y los jugadores patológicos a menudo reconocen los riesgos, costos y daños que acarrearán sus conductas. Pero se sienten muy atrapados y atraídos hacia su conducta adictiva por una serie de razones. Para complicar este conflicto aún más, ¡no se sienten seguros sobre lo que deberían hacer con su situación! Quieren beber (o fumar, o purgarse, o jugar), pero no quieren. Quieren cambiar, pero no quieren.

Los terapeutas que tratan las conductas adictivas malinterpretan a menudo este conflicto como un problema de personalidad. Un terapeuta que oye alguna manifestación de esta ambivalencia: «Quiero, pero no quiero», puede deducir que existe algo raro con el juicio del paciente o con su estado mental. La incerteza del paciente se considera anormal o inaceptable, y como un signo de una pobre motivación. Una conclusión lógica desde esta línea de razonamiento es que el paciente necesita ser educado y convencido con respecto a las consecuencias de sus conductas.

¿Qué es lo que pasa a continuación? El terapeuta intenta convencer al paciente de que el problema es serio y que debe cambiar. Esto representa una parte del conflicto que ya está haciendo sufrir al paciente, y la respuesta del paciente es casi del todo predecible. Enfrentado con la parte del «Usted debería cambiar» del conflicto, el paciente da la voz a la otra parte: «Sí, pero...». Esto indica algo al terapeuta: «¡Aja! Este paciente está negador». Si el terapeuta, por lo tanto, profundiza actuando de una manera más «persuasiva», el paciente reacciona con razones aún más intensas sobre el por qué la conducta es atractiva o aceptable, el problema «no es tan serio», y de que el cambio no es necesario (confirmando así el diagnóstico del terapeuta de una «negación» enfermiza). De hecho, está contraactuando el conflicto del terapeuta.

Esto puede parecer bastante inofensivo, pero como ya explicaremos en el capítulo 6, esta estrategia es contraproducente, y conlleva exactamente un resultado opuesto a lo que el terapeuta de hecho intenta. Existen razones sociopsicológicas bien demostradas sobre el por qué esto es así. Por el momento, basta decir que la espiral negación-confrontación es muy a menudo contraterapéutica.

En lugar de considerar la ambivalencia como un «mal signo» e intentar persuadir de alguna manera al paciente para que cambie de opinión, esperamos demostrar la utilidad de considerarlo como normal, aceptable y comprensible. Esto implica tratar de una manera totalmente diferente a los pacientes que están en conflicto. Cuando un terapeuta comprende la normalidad de la ambivalencia y la forma en que ésta

actúa, se produce un número menor de problemas de comunicación y de luchas de poder. En lugar de atacar al monstruo mítico de la «negación», el terapeuta ve con una mayor claridad la complejidad del dilema del paciente, y actúa de una manera más parecida a un juego amistoso de ajedrez que a un ataque frontal a un castillo. Este enfoque, a su vez, provoca menos resistencia por parte del paciente y facilita un progreso en la terapia. De alguna manera, la entrevista motivacional se centra alrededor del manejo de la ambivalencia durante el tratamiento.

COMPRENDIENDO LA AMBIVALENCIA

El núcleo del problema

Además de los beneficios prácticos, creemos que existe otra razón, igualmente importante para adoptar una actitud de aceptación hacia la ambivalencia. En muchos casos, trabajar con la ambivalencia es trabajar con el núcleo del problema. Una razón por la que las intervenciones breves (véase capítulo 3) pueden funcionar bien es que ayudan a las personas a «liberarse» de su ambivalencia —tomar una decisión y avanzar hacia el cambio—. El a menudo discutido «problema de la motivación» en el tratamiento de las adicciones se puede entender como una manifestación de la ambivalencia del paciente (Davies, 1979, 1981). Cuanto con más firmeza las personas que tienen problemas con el alcohol creen que éste les proporciona recompensas positivas, con más probabilidad recaerán después del tratamiento (Brown, 1985). De hecho, a menos que se ayude a un paciente a resolver el dilema de «Quiero, pero no quiero», el progreso que éste realice será lento y de corta duración.

La ambivalencia es un estado de la mente en el que una persona tiene sentimientos conflictivos simultáneos sobre algo. En el caso de las conductas adictivas, esto se aplica a la persona que se siente claramente ambivalente entre llevar a cabo una conducta en cuestión (comer, beber, fumar, jugar, etc.) o no realizarla. Muchas personas experimentan pocos o ningún conflicto serio con el hecho de tener que beber, entrar en un bingo, o comer comida que les engorde; están en un estado de equilibrio. Otras personas, sin embargo, experimentan un serio conflicto entre realizar una conducta o frenarse. Orford (1985) nos lo explica de la siguiente manera:

La diferencia está entre la conducta que se encuentra entre unos márgenes de moderación por una serie de estímulos discriminatorios o frenos, y la conducta que frecuentemente está acompañada de la información de que es «excesiva»... Esta «información» la pueden aportar otras personas, un desajuste entre la conciencia de la propia conducta y alguna idea sobre lo que es una conducta apropiada o ideal, unas razones físicas o cualquier otra razón. Por un lado del continuo se encuentran conductas no relevantes caracterizadas por una relativamente poca exacerbación y que requieren poco freno para que se mantengan dentro de unos límites razonables. Por el otro, encontramos conductas que provocan mucha emoción y despiertan muchos comentarios, y que se pueden caracterizar por un impulso poderoso y exigen esfuerzos importantes para poderlas controlar (pág. 223).

El apego

¿Cómo surgen dichos conflictos? Ciertamente surgen en diferentes grados, y parecen aumentar (y disminuir) a través del tiempo. Un ingrediente obviamente importante es la existencia de un apego a la conducta. Esto hace todavía más difícil que la persona se pueda resistir o alejar de la conducta. Existen varias formas en las que puede surgir dicho apego. No podemos realizar una amplia revisión aquí, pero comprobaremos unos pocos procesos de apego a través de unos ejemplos.

Uno de los procesos frecuentes es la dependencia farmacológica. En el caso de algunas drogas (tales como el alcohol, la nicotina y la heroína), los cambios físicos se producen a medida que el cuerpo se adapta a la presencia de la droga. Cuando se retira la droga posteriormente, el cuerpo responde en consecuencia en forma de malestar, y es preciso un tiempo para que el cuerpo se vuelva a adaptar. Para el bebedor de alcohol, este proceso que aparece tras la retirada de la sustancia objeto de dependencia varía desde una resaca hasta un estado de delirium tremens.

Un fenómeno relacionado es el de la tolerancia. Con el tiempo, la persona requiere una «dosis» cada vez mayor de la droga o de la conducta a fin de poder experimentar el mismo efecto deseado. Una dosis normal, que es suficiente para unas personas, tal vez no lo sea para otra. Este fenómeno de necesidad acelerada no está limitado al uso de drogas, sino que se puede observar en un amplio número de otras conductas adictivas (Peele, 1985; Peele y Brodsky, 1975).

Los procesos de aprendizaje o de condicionamiento suelen configurar también fuerzas poderosas de apego a las conductas problemáticas. Las desviaciones sexuales se instauran y fortalecen a partir de combinaciones repetidas de masturbación con fantasías concretas, estímulos, o situaciones. Los cambios físicos y conductuales aparecen en los bebedores que toman cantidades importantes de alcohol (y en animales de laboratorio si se utilizan dosis regulares de alcohol) cuando se les da una bebida que creen que contiene alcohol, incluso si ésta carece de alcohol en su contenido (Marlatt y Rohsenow, 1980). La relajación y el grado de camaradería que se producen en las fiestas o en los pub también se pueden asociar con el alcohol. Cientos de miles de veces, los fumadores dan una calada a un cigarrillo y casi inmediatamente consiguen una dosis de nicotina para su cerebro. Estos hechos habituales son fuentes importantes de apego hacia las conductas adictivas.

Las personas a veces utilizan también las conductas adictivas como una forma de afrontamiento — un patrón conocido como «dependencia psicológica» (Miller y Pechacek, 1987)—. Llegan a depender de una bebida (o dulces, o fumar, etc.) que les ayude a enfrentarse a estados difíciles o no placenteros. Les ayuda a relajarse, a dormirse, a sentirse a gusto, a olvidar, a hablar con las personas, a sentirse poderosos, a desinhibirse sexualmente, o a sentirse mejor. Con el tiempo, se les hace difícil enfrentarse sin la conducta adictiva, y ésta es otra forma de apego.

El conflicto de aproximación-evitación

La idea de «conflicto» ha sido un concepto importante en muchas teorías psicológicas, y los conflictos sabemos que se manifiestan de tres formas diferentes. En el conflicto de «aproximación-aproximación», la persona se debate entre dos alternativas igualmente atractivas, y los factores de elección importantes son también igualmente positivos. Si alguien se plantea tener un conflicto, éste es probablemente el que habría que escoger. Un ejemplo es el de decidir entre dos ofertas de trabajo

igualmente excitantes y recompensantes que cabe aceptar. El conflicto de «evitación-evitación», por el contrario, implica tener que elegir entre dos demonios —dos (o más) posibilidades cada una de las cuales implica un miedo significativo, dolor, incomodidad, u otras consecuencias negativas—. Esto es como sentirse atrapado «entre una roca y un lugar incómodo» o «entre un demonio y un océano oscuro». En una ciudad paralizada por el tráfico, por ejemplo, uno tiene que escoger entre aparcar lejos del lugar al que quiere llegar o en un lugar más próximo y arriesgarse a pagar una multa por un importe elevado.

El gran campeón de los conflictos, sin embargo, es el del tipo de «aproximación-evitación». Este conflicto parece tener un potencial especial para mantener a las personas «paralizadas» y provocarles estrés. Aquí las personas se sienten tanto atraídas como repelidas por un mismo objeto. El término de «atracción fatal» ha sido utilizado para describir este tipo de situación amorosa: «No puedo vivir con ello, y no puedo vivir sin ello». En ciclos alternados, la persona se deja llevar y se resiste a la conducta (relación, persona, objeto). El «efecto yoyó» resultante es una característica clásica del conflicto de aproximación-evitación. El parecido de esta situación conflictiva con las conductas adictivas es evidente (Orford, 1985). Nuestra opinión es que no es una característica única de las conductas adictivas. Las cogniciones, emociones, y conductas ambivalentes son una parte normal de cualquier situación de aproximación-evitación.

El balance decisional

Una forma útil de ilustrar el conflicto de ambivalencia es a través de la metáfora de la balanza o del columpio (Janis y Mann, 1977). Las personas experimentan motivaciones contrapuestas ya que existen tanto beneficios como costes en ambas partes del conflicto. Esto ya se explicó en el capítulo 2 (véase figura 2.2.). (Sea consciente de que ésta no es una explicación de las conductas adictivas, sino una aproximación descriptiva que consideramos de utilidad.) Existen dos tipos de peso en ambas partes de la balanza. Una tiene que ver con los beneficios percibidos de un curso particular de acciones (tales como beber continuamente). El otro tiene que ver con los costes percibidos o desventajas de un curso de acción alternativo (tal como dejar de beber). Otro aspecto de esta balanza es el conflicto de aproximación-evitación: a medida que el peso empieza a ceder hacia uno de los lados, la persona tiende a resituarse en (y cambia el peso hacia) el lado opuesto.

Otra forma de ilustrar esto es a través de «la hoja de balance decisional» que se puede usar para especificar lo que una persona percibe como beneficioso y lo que percibe como costes asociados con una conducta determinada (véase, Orford, 1985). Un ejemplo es el que se muestra en la tabla 4.1., de nuevo en relación con la conducta de consumo de alcohol. Como podemos ver ahí, la hoja de balance decisional (y por lo tanto la naturaleza de la ambivalencia de una persona) puede ser bastante compleja y comprender una serie de pros y contras para cada una de las opciones existentes en esa persona. Es importante destacar, por cierto, que la persona puede experimentar ambivalencia no importa la opción que se esté favoreciendo. Si alguien se mantiene abstinentes, por ejemplo, tal vez se sienta ambivalente sobre dicho estado —existirán costes y beneficios asociados con ese estado—. Tal persona, tanto si es consciente como si no, tiene expectativas particulares sobre cuáles serán los efectos positivos y negativos de una elección alternativa (por ejemplo, beber) y también se sentirá probablemente ambivalente sobre dicha opción. La forma en que estas fuerzas contrapuestas se equilibren en un punto determinado determinará si la persona se dejará llevar o si se resistirá. Las expectativas indicadas en la tabla 4.1 son las del paciente, y el terapeuta puede

escoger analizar la validez de algunas de ellas con mayor detalle. Como ya veremos en el capítulo 7, la hoja de balance decisional se puede usar con la entrevista motivacional para profundizar en ese estado de ambivalencia, para aclarar los factores motivacionales contrapuestos, y para estimular a la persona a que considere la posibilidad de cambiar.

Tabla 4.1 Hoja de balance decisional

Continuar bebiendo como antes		Cambiar mi forma de beber	
Beneficios	Costes	Beneficios	Costes
Me ayuda a relajarme	Podría perder mi matrimonio	Matrimonio más feliz	No sé que haré con mis amigos
Me gusta “colocarme”	Es un mal ejemplo para los hijos	Más tiempo para mi familia	No tendré forma alguna de relajarme
	Perjudica mi salud	Me siento mejor	
	Gasto demasiado dinero	Soluciono mis problemas económicos	
	Me daña el cerebro		
	Podría perder mi trabajo		
	Pierdo mi tiempo y mi vida		

Un peligro serio en un modelo de este tipo es el de una excesiva simplificación. No queremos decir que los pacientes sean siempre (o incluso de forma habitual) conscientemente conocedores de este proceso de balance decisional, de que cuando se les hace ser conscientes sobre algo procederán siempre como contables ante las decisiones racionales. Los elementos de esta hoja de balance, a diferencia de los libros de cuentas de las empresas, no se suman de una forma sencilla. El valor de cada ítem puede variar a lo largo del tiempo. Los elementos de las listas se agrupan entre sí, y un cambio en uno de ellos significa un cambio en el resto. Casi por definición, la hoja de balance decisional de un paciente puede estar llena de contradicciones: «Sé que es malo para mí, pero lo necesito». «No tiene sentido, pero todos lo hacemos.» «A veces me paro, y otras veces quiero hacerlo, pero al final me dejo llevar.» Tanto para el paciente como para el terapeuta, la ambivalencia puede ser confusa, frustrante, y difícil de comprender.

Aunque es importante persistir a pesar de estos obstáculos, si estamos en lo cierto la ambivalencia es a menudo el núcleo del problema. La terapia de estos aspectos requerirá una paciencia y tolerancia considerables con respecto a la ambigüedad. También resulta de ayuda sentir un profundo respeto hacia los pacientes, así como un «amor por el juego» en sí mismo —una fascinación por los recovecos de cada nueva persona y situación.

Algunas complicaciones de la ambivalencia

Ya hemos presentado la ambivalencia como un fenómeno complejo con los costes y beneficios asignados a cada alternativa, de los cuales el paciente (y el terapeuta) pueden ser o no conscientes. Ahora vamos a considerar unas cuantas características generales de la ambivalencia, ya que le ayudarán a dar

sentido a algo que de otra manera podría parecerle extraño y patológico. Recuerde que estas características no son exclusivas de las conductas adictivas. Son cualidades que acompañan a la ambivalencia en muchos contextos, y Orford (1985) las estudia con más detalle.

Los valores

No piense nunca que los pacientes verán un costo o beneficio determinado de la misma manera que usted. Un problema de estómago provocado por beber alcohol se apreciará con alarma por algunos pacientes, mientras que otros pueden verlo como algo que no tiene importancia alguna. La amenaza de multas o de cárcel puede hacer que muchas personas no incurran en conductas ilegales, pero para otros es tan solo un riesgo más que forma parte del costo del tráfico ilegal. Lo que es altamente valorado para algunas personas (por ejemplo, estar sano, tener empleo, ser popular, estar delgado, o ser normativo) quizá no tenga mucha importancia para otras.

Las expectativas

Más allá de los valores, las personas también tienen expectativas particulares sobre los posibles resultados, tanto positivos como negativos, de ciertos cursos de acción. Estas expectativas suelen tener un efecto poderoso sobre la conducta. Alguien que quiere desesperadamente dejar de fumar puede incluso no hacer esfuerzo alguno, bajo la creencia de que dichos esfuerzos son inútiles. Los jugadores compulsivos tal vez no quieran considerar el dejar de jugar porque creen (correcta o erróneamente) que sean cuales sean los beneficios de abstenerse, el juego es la mejor forma de excitación que nunca hayan conocido. Una persona abstinente quizás piense regularmente sobre lo maravilloso que resulta tener acceso de nuevo a sus drogas favoritas, y verse así de nuevo empujado hacia la recaída (Brown, 1985; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980). Los bebedores de alcohol podrían romper la abstinencia por tener miedo de que sin el alcohol no podrán enfrentarse a la vida (Hall, 1979).

La autoestima

La importancia de los valores habituales de las personas (tales como la salud personal) se pueden ver infravalorados por una pobre autoestima. Desde las profundidades de la depresión, un paciente tal vez dirá: «Sí, ya sé que me estoy matando, ¿pero qué importancia tiene?». En ocasiones el aumento de la autoestima es un prerequisite necesario para que surja la motivación para el cambio (Miller, 1983). Afortunadamente, algunos de los elementos clave de la entrevista motivacional serán descritos en la segunda parte (por ejemplo, una adecuada empatía) ya que también pueden ser útiles a la hora de apoyar la autoestima del paciente.

El contexto social

Los factores sociales y culturales afectan a las percepciones que tienen las personas de sus conductas, así como también de las valoraciones que hacen de los costos y beneficios. Así, incluso entre diferentes distritos y grupos sociales dentro de una misma ciudad, las personas pueden tener puntos de vista diferentes en lo que respecta a los pros y contras de sus conductas. En Inglaterra, por ejemplo, el significado social y el valor que se le da a beber en grupo pueden variar de forma importante entre diferentes pubs de una misma localidad, o incluso dentro de un mismo pub. En ciertas comunidades ame-

ricanas y subgrupos, el beber alcohol puede producir pérdidas de memoria en forma de olvidos, peleas, vómitos en la calle, y hacer adelantamientos en coche, y éstas se consideran como conductas normales a la hora de pasar un buen rato un viernes por la noche. El robar, el perder un trabajo, el arriesgarse, el tomar drogas son conductas más aceptables dentro de determinados subgrupos más que en otros. Un sistema motivacional de un paciente no se puede entender sin tener en cuenta su contexto social, tanto familiar, de amigos, como de su propia comunidad.

Las respuestas paradójicas

Un aumento en el coste concreto de una conducta no significa necesariamente que el cambio sea más probable. Lo opuesto puede también ocurrir.

Orford (1985) proporciona un ejemplo en el que un aumento de las críticas de los miembros de la familia de un señor que comía compulsivamente tenía el efecto opuesto a lo que intentaba la familia. Lejos de disminuir la cantidad de comida, las críticas aumentaban la ansiedad de la persona, y ésta comía más en función de dicho malestar. En la descripción histórica que hace Hughes (1987) del primer siglo de Australia como una colonia penal británica, el autor nos relata cómo los convictos recibían serias palizas y torturas por el hecho de continuar consumiendo tabaco. La canción citada al comienzo del capítulo 2 refleja este hecho. La canción del convicto expresa de forma desafiante su voluntad de arriesgarse a la tortura (la isla de Pinchgut era una roca sin vegetación en medio del puerto de Sydney, en la que los convictos eran encadenados sin comida y expuestos a los elementos de la naturaleza durante largos periodos de tiempo), azotes (un «Norfolk Dumpling» consistía en dar cien azotes a alguien con un tipo de látigo denominado «nueve colas de gato»), e incluso una ejecución (el «baile de Newgate» hace referencia a la danza de un hombre colgado por las piernas al aire libre) por haber bebido ron. Los clínicos saben muy bien que las personas que tienen problemas con el alcohol y con las drogas pueden persistir igualmente en sus hábitos a pesar de un increíble sufrimiento y pérdidas personales. Obviamente, un simple aumento en las consecuencias dolorosas no es siempre exitoso a la hora de dejar de practicar ciertas conductas. En ocasiones tales consecuencias sólo parecen aumentar y fortalecer un determinado patrón de conducta.

¿Cómo puede ocurrir una respuesta tan paradójica? La teoría de la reacción psicológica, planteada en el capítulo 1, predeciría un aumento en el grado de atracción de una conducta «problemática» si una persona percibe que su libertad personal se ve amenazada. Los efectos secundarios de un cambio dentro del ambiente social de una persona quizás conduzcan a cambios negativos. Por ejemplo, la ruptura de un matrimonio —aparentemente algo que comporta un terrible coste— puede privar a un paciente del apoyo social que servía para anular una conducta adictiva, y tendrá como resultado un exceso aún mayor (Orford, 1985). Si todas las otras fuentes de refuerzo son bloqueadas, una persona quizá siga buscando la única forma de refuerzo restante, aunque sea a un alto precio. Tales respuestas aparentemente paradójicas no son ni misteriosas ni especialmente patológicas. Son, en algunas circunstancias, bastante comprensibles y predecibles (véase Cahoon, 1968).

Disminución del control

Se ha reconocido durante largo tiempo que las conductas adictivas a menudo se ven acompañadas de alguna alteración de los procesos de autocontrol que normalmente restringen las conductas de las personas. Ante una hoja de balance decisional que favorezca claramente el cambio, y a pesar de las in-

tenciones confesadas, una persona puede persistir en una conducta peligrosa a través de una alteración de los procesos normales de autocontrol (Miller y Brown, 1991). Ésta no es una situación desesperanzada en manera alguna; simplemente indica que más allá de construir una motivación la persona necesitará de un apoyo adicional para establecer y mantener un nuevo curso en sus conductas.

Esta lista de características y complicaciones de la ambivalencia no es extensa. Se cita sólo para ilustrar la complejidad del fenómeno de la ambivalencia en un contexto terapéutico. Para ser honestos, existen muchas lagunas en el conocimiento actual sobre los conflictos y sobre cómo cambian las personas. De todas maneras y a pesar de estas complejidades y preguntas no contestadas, el terapeuta que considere que la ambivalencia es un fenómeno normal y nuclear podrá trabajar con el conflicto de una forma constructiva.

Cerramos este capítulo, sin embargo, con una breve descripción de las implicaciones clínicas generales del modelo que hemos propuesto (véase Orford, 1985). En la segunda parte, nos apoyaremos en este modelo para describir los principios específicos (capítulo 5) y las estrategias (capítulos del 6 al 10) de la entrevista motivacional.

TRABAJANDO CON LA AMBIVALENCIA

La ambivalencia es un componente normal y común en muchos de los problemas psicológicos. De hecho, en las conductas adictivas es un fenómeno central. No surge de una única personalidad («adictiva») ni tampoco de mecanismos de defensa caracteriológicos trastornados (tales como la negación, la racionalización y la proyección). Más bien, la persona se puede ver como atrapada en un conflicto de aproximación-evitación. Es inútil concebir a una persona como «pobremente motivada». El reto es descubrir cómo se puede ayudar a aumentar la motivación de una persona para el cambio.

Es importante, por lo tanto, comprender los elementos de este conflicto, que serán diferentes para cada paciente (aunque existen algunas semejanzas entre varios pacientes). No se debe pensar que ya se conocen los costes y beneficios de una situación concreta de un paciente, o la relativa importancia que un paciente asigne a dichos factores. Descubrir y comprender estas motivaciones son una parte importante de la evaluación de un individuo. Es clave, asimismo comprender las expectativas de los resultados de las conductas de cada paciente —qué pasaría si continúa con una determinada conducta, o si la abandona, y así sucesivamente.

Los pacientes variarán obviamente en el grado en que han entendido su ambivalencia. En el lenguaje de Prochaska y DiClemente, esto indica el grado en que la persona ha progresado hacia la etapa de contemplación. Como terapeuta, debe usted tener cuidado en no precipitarse con un paciente. Por ejemplo, un bebedor compulsivo puede iniciar la terapia en medio de un conflicto matrimonial, llegar a la conclusión que el matrimonio es el problema y que beber alcohol es simplemente una forma de reducir el estrés. Tal persona necesitará tiempo para considerar otros aspectos del problema y puede, con respecto al beber, ser un precontemplador. Presionar a esa persona con el fin de que realice un cambio en la conducta de beber significará avanzar con demasiada velocidad y demasiado lejos —un incentivo para la resistencia—. Por el contrario, un fumador ambivalente que va al médico con un «dolor en el pecho» puede estar dispuesto a aceptar que su salud está en peligro, y sentirse preocupado para enfrentarse con las situaciones sociales sin fumar. Esta persona parece haber progresado más allá en el proceso de contemplación —comprende algunos

de los elementos del conflicto y responde bien a la pregunta delicada de: «¿Cuál sería el siguiente paso?» (véase capítulo 9). La primera persona (el bebedor de alcohol) parece menos ambivalente, pero el conflicto es en sí mismo más complejo. En este sentido, será útil considerar las etapas de precontemplación y contemplación (véase capítulo 2) como un continuo. A medida que esta ambivalencia se comprende y trabaja (con o sin terapia), la persona se acercará más al momento de tomar una decisión y una determinación. Este trabajo a través de la ambivalencia es el objetivo central de la entrevista motivacional. La forma en que un terapeuta responde a la ambivalencia es algo determinante. Existe una trampa de confrontación-negación en la que los terapeutas y los pacientes pueden caer fácilmente. En esta trampa, el terapeuta asume la responsabilidad de asumir la parte pro-cambio del conflicto del paciente, y al paciente se le deja que defienda la parte de mantener el statu quo. Es importante evitar caer en esta trampa y pronto explicaremos cómo.

La ambivalencia no es totalmente racional. Cuando nos enfrentamos a la ambivalencia motivacional, es especialmente importante mantenerse cerca de los sentimientos, valores y creencias del paciente. Las habilidades empáticas descritas en segunda parte son excelentes para poder hacerlo.

Finalmente, trabajar con la ambivalencia no es la única parte del trabajo. La entrevista motivacional promueve la disponibilidad del paciente para el cambio, y para intentar varias alternativas conductuales que le lleven a la recuperación y a la salud. En ocasiones es suficiente con ayudar a los pacientes a romper con la ambivalencia, y algunos siguen el proceso de cambio por sí solos desde ese momento (véase el capítulo 3). Otras veces es necesario proporcionarles habilidades, ayudas y estrategias para el cambio posterior (Hester y Miller, 1989), y que escapen al tema de este libro. Lo que deseamos hacer es ayudarle a que fortalezca sus habilidades para que sus pacientes avancen de las etapas de precontemplación y contemplación, a una fase de disponibilidad para el cambio. La persuasión y la confrontación directas no son habitualmente las mejores estrategias para conseguir esto. Creemos que los terapeutas pueden asumir un enfoque diferente y poderoso para enfrentarse a la ambivalencia. La segunda parte de este libro trata de cómo lograrlo.

SEGUNDA PARTE

LA PRÁCTICA

CAPÍTULO 5

LOS PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Si tratas a una persona como es, permanecerá como es, pero si la tratas como si fuera lo que debe y puede ser, se convertirá en lo que debe y puede ser.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

El concepto original de la entrevista motivacional surgió de discusiones dentro de un grupo de psicólogos noruegos de la Clínica Hjeltestad, cerca de Bergen. Pidieron a uno de nosotros (Miller) que les mostrara cómo responderíamos a una serie de situaciones problemáticas concretas con las que ellos se encontraban al tratar a personas con problemas de alcohol. A medida que Miller les comentó posibles enfoques, ellos formularon unas preguntas muy interesantes: «¿Cómo decía usted tal cosa en lugar de algo diferente? ¿Qué es lo que estaba pensando cuando decía tal cosa? ¿Por qué se quedó en silencio? ¿Qué es lo que estaba intentado hacer con el paciente? ¿Por qué no insistió más en aquel punto? ¿A dónde pretende llegar con ese tipo de preguntas? ¿Por qué no le dijo lo que debía hacer?». El resultado fue la creación de un primer bloque de principios y estrategias de entrevista motivacional (Miller, 1983).

En los años posteriores se ha realizado un considerable progreso hacia la clarificación y especificación de los procesos que definen la entrevista motivacional. Se han realizado aplicaciones clínicas importantes en Australia, Inglaterra, Canadá, Noruega, Escandinavia y los Estados Unidos. Una serie de evaluaciones de las estrategias de *counselling* derivadas de la entrevista motivacional ya han sido realizadas (como se ha comentado en la primera parte) y otras aún se están realizando.

Desde los comienzos, la entrevista motivacional ha sido algo eminentemente práctico. El concepto surgió de las preguntas prácticas que se planteaban los clínicos. Sus principios han surgido de nuestra propia experiencia en el trabajo con cientos de personas que tienen problemas con el alcohol y con otras drogas, y de alguna manera ha sido algo que nuestros propios pacientes nos han enseñado. Lo aceptaron los clínicos con entusiasmo en un amplio número de culturas debido —según ellos— a su aplicabilidad y utilidad práctica. Pero, ¿qué es la entrevista motivacional? Empezamos este capítulo aportando una definición al respecto y la forma en que pensamos que la entrevista motivacional se diferencia de otros enfoques. Así, procedemos a definir cinco principios clave de este enfoque.

¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

Se trata de una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio. Intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio. Para algunas personas, esto es todo lo que realmente necesitan. Una vez que se desbloquean, dejan la inmovilización de los conflictos motivacionales y

recuperan las habilidades y recursos que necesitan con el fin de llevar a cabo un cambio duradero. Todo lo que necesitan es un empujón relativamente corto en su motivación (véase el capítulo 3). Para otros, la entrevista motivacional es sólo un preludio para el tratamiento (aunque uno importante). Crea una apertura para el cambio que prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior.

En la entrevista motivacional, el terapeuta no asume un rol autoritario. Se evita el mensaje de que «Soy un experto y voy a decirle qué es lo que usted necesita para que le funcione su vida». La responsabilidad para el cambio se deja a manos del individuo (que es, por cierto, en donde creemos que debe estar, no importa lo mucho que los terapeutas puedan debatir sobre lo que podemos «hacer» o «dejar» o «permitir» hacer a nuestros pacientes). Nuestros pacientes son siempre libres de aceptar nuestros consejos o no. Esto evidentemente no significa que los terapeutas no tengan utilidad o no sean capaces de poder ayudar. Por el contrario, algunas investigaciones indican que los terapeutas ejercen un sorprendente grado de influencia sobre el hecho de si sus pacientes cambiarán o no.

Las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. El terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar, y no el terapeuta. La entrevista motivacional emplea una variedad de estrategias, algunas de las cuales surgen de la terapia centrada en el paciente. No obstante, la entrevista motivacional actúa con una idea clara del objetivo que se debe alcanzar, cuenta con estrategias y habilidades concretas para alcanzar dicho objetivo, y un sentido claro de la temporalización a la hora de intervenir de una forma concreta en momentos determinados.

LAS DIFERENCIAS CON OTROS TRES ESTILOS

Los enfoques de la confrontación de la negación

En la primera parte hemos descrito cómo la entrevista motivacional se diferencia de otras estrategias tradicionales que son defendidas bajo la justificación de poder «confrontar la negación». Estos otros enfoques ya han sido presentados en detalle, pero será de utilidad que resumamos estos puntos a continuación. Una lista de puntos alternativos se presenta en la tabla 5.1.

Los enfoques de entrenamiento de las habilidades

Una segunda orientación terapéutica general con la que la entrevista motivacional puede ser contrastada es con el enfoque directivo que enfatiza el entrenamiento de habilidades. El término más a menudo utilizado para este enfoque es el de «cognitivo-conductual». Estas estrategias de entrenamiento de habilidades consideran que el paciente ya se encuentra en una etapa de «acción» y está motivado para el cambio. El énfasis se pone en enseñar a la persona cómo cambiar, más que en crear el compromiso (el por qué) del cambio. A diferencia de la entrevista motivacional, estos enfoques son a menudo altamente prescriptivos, y ofrecen orientaciones, instrucciones e indicaciones específicas. Aunque la entrevista motivacional se puede utilizar como una preparación para el entrenamiento de habilidades, los enfoques son fácilmente diferenciables. Los puntos clave de contraste se indican en la tabla 5.2.

Enfoques no directivos

La entrevista motivacional incorpora muchos de los conocimientos y estrategias descritas por Carl Rogers, pero se diferencia en varias maneras del estilo rogeriano clásico, así como de otros enfoques no conductivos (por ejemplo, el existencialista). Aunque la entrevista motivacional queda descrita como centrada en el paciente, es bastante conductiva. El terapeuta tiene indudablemente un objetivo claro (por ejemplo, cambiar la conducta de beber y reducir los problemas relacionados con el alcohol) y persigue estrategias concretas para conseguir dicho objetivo. El terapeuta ofrece su consejo y feedback. La reflexión empalica es utilizada de forma selectiva con el fin de fortalecer ciertos temas mientras que otros son desestimados. Además, como presentaremos a continuación, el terapeuta trabaja a menudo de forma activa con el fin de crear un malestar y una discrepancia, más que seguir pasivamente las sugerencias del paciente. Las diferencias se resumen en la tabla 5.3.

Tabla 5.1. Diferencias entre la confrontación de la negación y la entrevista motivacional

Enfoque de la confrontación de la negación	Enfoque de la entrevista motivacional
Énfasis importante en la aceptación de sí mismo como poseedor de un problema; aceptación del diagnóstico como algo esencial para el cambio.	Desenfatar las etiquetas; la aceptación de la etiqueta de «alcoholismo» u otras etiquetas es vista como innecesaria para que se produzca el cambio.
Énfasis en la patología de la personalidad, la cual reduce la capacidad de elección personal, el juicio y el control.	Énfasis en la elección personal y en la responsabilidad para decidirla conducta futura.
El terapeuta presenta la evidencia de los problemas a fin de intentar convencer al paciente para que acepte el diagnóstico.	El terapeuta lleva a cabo una evaluación objetiva, pero se centra en provocar las propias preocupaciones del paciente.
La resistencia es vista como una «negación», un rasgo característico que requiere una confrontación.	La resistencia se considera como un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.
La resistencia se trabaja a través de la discusión y de la corrección.	La resistencia se trabaja a partir de la reflexión.
Los objetivos del tratamiento y las estrategias para el cambio los prescribe el terapeuta para el paciente, el paciente es visto como «negador» e incapaz de tomar decisiones adecuadas.	Los objetivos terapéuticos y las estrategias del cambio son negociados entre el paciente y el terapeuta, basándose en datos y en la aceptabilidad; la participación del paciente y la aceptación de los objetivos son considerados como aspectos cruciales.

Tabla 52. Diferencias entre el entrenamiento de las habilidades y la entrevista motivacional

Enfoque del entrenamiento de las habilidades	Enfoque de la entrevista motivacional
Presupone que el paciente está motivado; no se utilizan estrategias directas para crear la motivación.	Utiliza principios y estrategias específicos para crear la motivación para el cambio del paciente.
Busca la identidad y modifica las cogniciones desadaptadas.	Analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas o «corregirlas»
Prescribe estrategias específicas de afrontamiento.	Provoca estrategias posibles para el cambio tanto por parte del paciente como de otras personas significativas.
Enseña conductas de afrontamiento a través de la instrucción, el modelado, la práctica directa y feedback.	La responsabilidad en la elección sobre el método para cambiar se deja en manos del paciente; no se utiliza ningún tipo de entrenamiento, ni de modelamiento o práctica alguna.
Se enseñan estrategias específicas de resolución de problemas.	Los procesos naturales de resolución de problemas surgen del propio paciente y de otras personas significativas.

Tabla 5.3. Diferencias entre los enfoques no directivos y la entrevista motivacional

Enfoque no directivo	Enfoque de la entrevista motivacional
Permite que el paciente determine el contenido y la dirección de la terapia.	Dirige al paciente de forma sistemática hacia la motivación para el cambio.
Evita que el terapeuta introduzca su propio consejo y feedback.	Ofrece el propio consejo del terapeuta y el feedback cuando es adecuado.
La reflexión empática se utiliza de una forma no contingente.	La reflexión empática se utiliza de una forma selectiva, a fin de reforzar algunos procesos.
Explora los conflictos del paciente y las emociones tal como son en dicho momento.	Intenta crear y amplificar la discrepancia del paciente a fin de aumentar la motivación para el cambio.

CINCO PRINCIPIOS GENERALES

Para ayudarle a ver el bosque antes de llegar a los árboles, ahora indicamos cinco grandes principios clínicos que subyacen a la entrevista motivacional. Estos se asemejan pero difieren de los principios que primero apuntó Miller (1983). Son los siguientes:

1. Expresar una empatía.
2. Crear una discrepancia.
3. Evitar la discusión.
4. Darle un giro a la resistencia.
5. Fomentar la autoeficacia.

Explicamos estos cinco principios básicos en este capítulo, dejando las estrategias de «cómo hacerlo» para los capítulos del 6 al 10.

1. Expresar la empatía

Un estilo terapéutico empático es una de las características esenciales y definitorias de la entrevista motivacional. Como ya hemos presentado en la primera parte, la habilidad terapéutica de una «empatía adecuada», tal y como la describió Cari Rogers, ha sido considerada como predictiva del éxito a la hora de tratar a las personas con problemas con el alcohol. Este estilo de empatía cercana y de escucha reflexiva es utilizado desde los inicios de la práctica y a través del proceso de la entrevista motivacional.

La actitud que subyace a este principio de empatía se podría llamar «de aceptación». Mediante una escucha reflexiva adecuada, los terapeutas intentan comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar. Es importante hacer notar aquí que la aceptación no es lo mismo que el acuerdo o la aprobación. Es posible aceptar y comprender la perspectiva del paciente pero no estar de acuerdo con ella. Una actitud de aceptación tampoco prohíbe al terapeuta que difiera de los puntos de vista del paciente. La actitud crucial es una escucha respetuosa del paciente con un deseo de comprender sus puntos de vista. Paradójicamente, este tipo de aceptación de las personas tal y como son parece liberarlas para cambiar, mientras que una no aceptación insistente («Usted no está bien, tiene que cambiar») puede hacer que las personas sigan como están. Esta actitud de aceptación y respeto también construye una relación terapéutica de trabajo, y fomenta la autoestima del paciente —una condición importante para el cambio (Miller, 1983).

Un terapeuta empático busca responder a los puntos de vista del paciente de una manera comprensiva, global y (dentro del punto de vista del paciente) válida. La ambivalencia es aceptada como una parte normal de la experiencia humana y del cambio, más que como un rasgo patológico o una defensa patológica. La reticencia a abandonar una conducta problemática es algo previsible en el momento de iniciar el tratamiento; de otra manera, la persona ya habría decidido cambiar antes de dicho momento. El paciente no es visto como alguien patológico o como discapacitado. Más bien, la situación del paciente se entiende como la de alguien que se encuentra «bloqueado» en medio de principios psicológicos que resultan comprensibles.

PRINCIPIO 1: EXPRESAR LA EMPATÍA.

La aceptación facilita el cambio.

Una escucha reflexiva adecuada es fundamental.

La ambivalencia es normal.

2. Crear una discrepancia

Ciertamente no queremos decir que el objetivo general de la entrevista motivacional tenga que ser el aceptarse a sí mismo tal y como se es y seguir de esa manera. Tampoco defendemos el utilizar la escucha reflexiva para seguir a los pacientes en todo lo que se les ocurra afirmar. Una persona que tiene una dependencia a las drogas que pone en peligro su salud quizá se sienta motivada a cambiar dicho hábito. Esto implica, ciertamente, en al menos un sentido del término, «confrontar» al paciente con una realidad no placentera. La pregunta es cuál sería la mejor manera de realizarlo.

Un segundo principio general de la entrevista motivacional es, por lo tanto, crear y potenciar, en la mente del paciente, una discrepancia entre la conducta actual y unos objetivos más amplios. En la exposición original de la entrevista motivacional, Miller (1983) describió esto como la creación de una «disonancia cognitiva», tomando así prestado este concepto que fue introducido previamente por Festinger (1957). Una forma más general y, creemos, mejor para comprender este proceso es simplemente si lo consideramos como una discrepancia entre donde uno está y donde uno querría estar. Esta forma se podría provocar a partir de una concienciación de los costes de la conducta actual. Cuando una conducta se cree que está en conflicto con objetivos personales importantes (tales como la propia salud, el éxito, la felicidad familiar o una autoimagen positiva), el cambio ocurrirá con una cierta probabilidad. Consideremos el siguiente ejemplo que nos proporciona Premack (1970), de un hombre que

recuerda el día en que dejó de (fumar) como el día en que había salido a recoger a sus hijos de la biblioteca de la ciudad. Ese día fue sorprendido por una tormenta cuando llegó allí; en ese momento empezó a buscar en sus bolsillos encontrándose con un problema que le era bastante familiar: se había quedado sin tabaco. Se giró y miró hacia la biblioteca, vio a sus hijos esperándole bajo la lluvia, continuó por la calle dando la vuelta hacia la esquina con la certeza de que podría encontrar un lugar para aparcar, correr, comprar unos cigarrillos y retroceder en busca de los niños antes de que éstos se empapasen del todo. La visión de sí mismo como un padre que «dejaba a sus hijos bajo la lluvia mientras salía corriendo a la búsqueda de unos cigarrillos», le resultaba una imagen... humillante, y decidió dejar de fumar (pág. 115).

Nadie «confrontó» a este hombre. Nadie más sabía que en su vida le había ocurrido un hecho que era tan significativo para él. Pero de hecho él se enfrentó ante una realidad no satisfactoria, y esto le llevó a cambiar. Este tipo de historia —en la que un hecho vital cambia la percepción que uno tiene de un hábito—

es común en los comentarios de las personas que han dejado de utilizar el alcohol, el tabaco, u otras drogas por sí mismos. El principio, sin embargo, ocupa un lugar central en la entrevista motivacional. La motivación para el cambio se crea cuando las personas perciben una discrepancia entre su conducta actual y sus objetivos personales más importantes (Miller, 1985b).

Muchas personas que acuden a una consulta perciben alguna discrepancia entre el momento en que se encuentran y el objetivo que quieren conseguir. Por lo tanto se sienten ambivalentes, atrapadas en un conflicto de aproximación-evitación. Un objetivo de la entrevista motivacional es el de crear una discrepancia —hacer uso de ella, aumentarla, y amplificarla hasta que se supere el apego que la persona tiene por la conducta presente—. Las estrategias de la entrevista motivacional buscan hacer eso dentro del paciente, más que centrarse principalmente en las motivaciones externas (por ejemplo, presión por parte de la esposa, amenaza de desempleo, o controles judiciales). Esto supone aclarar los objetivos importantes que tiene el paciente, y analizar las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual y que entran en conflicto con dichos objetivos. Cuando se hace de una forma adecuada, la entrevista motivacional cambia las percepciones del paciente (de la discrepancia) sin crear un sentimiento de que se le está presionando o coaccionando.

El enfoque general consiste en hacer que sea el propio paciente el que dé las razones que tiene para cambiar, más que el terapeuta. Las personas se convencen más a menudo por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que otras personas les dicen. Cuando la entrevista motivacional se aplica adecuadamente, el paciente, y no el terapeuta, verbaliza por sí mismo sus preocupaciones (por ejemplo, «Este problema es más serio de lo que yo creía») y refiere la intención de cambiar (por ejemplo, «Tengo que hacer algo con esto»).

PRINCIPIO 2: CREAR LA DISCREPANCIA.

Tomar conciencia de las consecuencias es importante.

Una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos más importantes que se quieren conseguir motivará el cambio.

El paciente debe presentar sus propias razones para cambiar.

3. Evitar la discusión

Un tercer principio importante de la entrevista motivacional es que el terapeuta evite discutir, y las confrontaciones cara a cara. La situación menos deseable, desde este punto de vista, es la del terapeuta que discute con el paciente a fin de convencerle que tiene un problema y de que necesita cambiar mientras que el paciente defiende un punto de vista opuesto. Ésta es la trampa que estudiaremos con detalle en el capítulo 6.

La entrevista motivacional no es confrontativa; su objetivo sería aumentar la concienciación de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos. Un observador casual de este enfoque de consejo, sin embargo, no lo calificaría como «confrontativo». Un terapeuta con experiencia en un seminario que estábamos impartiendo lo denominó «una confrontación suave». Es este estilo agradable de persuasión que

constituye el sello distintivo de la entrevista motivacional.

La discusión directa tiende a provocar una reacción por parte de las personas, es decir, provoca que las personas se afirmen en su libertad para hacer lo que les viene en gana. Cuanto más le diga a alguien «No puede», con más probabilidad responderá «Lo haré». Defender con fuerza una posición (por ejemplo, «Usted tiene un problema y debe cambiar») provocará una oposición y defensividad por parte del paciente. Como hemos dicho en la primera parte, la resistencia por parte del paciente se ve fuertemente afectada por la forma en que el terapeuta responde, y la resistencia durante el tratamiento predice un fracaso para cambiar. Por estas razones, el objetivo general en la entrevista motivacional es evitar los enfoques que provocan una resistencia por parte del paciente. Cuando la resistencia surge, el terapeuta cambia las estrategias.

Un tema en el que pueden surgir discusiones, particularmente en el tratamiento de las conductas adictivas, se refiere a la aplicabilidad de una etiqueta diagnóstica. Algunos terapeutas conceden mucha importancia a la capacidad por parte del paciente de «admitir» una etiqueta como la de «alcohólico». (De hecho, en muchas otras áreas problemáticas en el campo de la salud se pone poco énfasis en la aceptación por parte del paciente de una etiqueta diagnóstica.) Intentar forzar a un paciente a aceptar una etiqueta de ese tipo puede ser contraterapéutico; sin embargo, no existen datos que sugieran que la recuperación es producida por la disponibilidad de las personas a admitir una etiqueta diagnóstica. Dentro de los Alcohólicos Anónimos (A.A.), el énfasis reside más en el hecho de reconocerse a sí mismo como adicto que en una aceptación de algo impuesto exteriormente. Bill Wilson escribió: «No nos gusta juzgar a persona alguna como un alcohólico, pero pronto te reconocerás tú mismo como tal» (Alcohólicos Anónimos, 1976, pág. 31). No hay duda de que algunas personas lo consideran como un punto importante cuando aceptan su problema por primera vez. Nuestro punto de vista es que no existe razón alguna por la que el terapeuta deba forzar a los pacientes a que acepten una etiqueta, o para hacer mucha presión en dicho sentido. Van Bilsen y van Emst (1986) comentaron: «Nuestra experiencia es que nos discutíamos a menudo con nuestros pacientes en lugar de motivarles a cambiar» (pág. 707). El acusar a los pacientes de estar «negando» o de mostrar «resistencia» o de ser «adictos» aumentará con más probabilidad su resistencia en vez de fomentarles la motivación para el cambio. Proponemos empezar con los pacientes en el momento real en el que estén, cambiar sus autopercepciones y no discutir con ellos sobre las etiquetas, sino utilizar formas más efectivas.

PRINCIPIO 3: EVITAR LA DISCUSIÓN.

Las discusiones son contraproducentes.

Defender un argumento provoca defensividad.

La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizando.

No es necesario usar etiquetas.

4. Darle un giro a la resistencia

Si no se discute, entonces, ¿qué es lo que hay que hacer? Jay Haley y otros pioneros en el campo de

la terapia familiar estratégica han hablado de un «judo psicológico». Se refieren a los tipos de artes marciales en los que un ataque no se afronta con una oposición directa (como en el boxeo), sino más bien que se utiliza el propio momento del atacante para sacar una buena ventaja. No importa que uno se enfrente a un maestro de este arte. Todos los golpes dan en el aire, y cuanto más fuerte ataque uno, con más rapidez su ataque caerá en la nada.

Esto no quiere decir que el maestro permanezca pasivo. En modo alguno. El añade algo al momento —un pequeño giro, una mirada hacia otro lado, un tirón más—. La derrota es inevitable, pero el maestro controla siempre dónde está la otra persona. A menudo la persona no está donde correspondería, y ésta se pregunta: «¿Cómo llegué hasta aquí?».

Cualquier analogía nos puede llevar bastante lejos. La entrevista motivacional no es un combate; no se trata de ganar o perder. El paciente no es un oponente al que se deba vencer. De todas maneras la mejor manera de definir esto es que se trata de cómo darle un giro a la resistencia. Ya veremos en el capítulo 8, por ejemplo, cómo las razones que da un paciente se pueden girar o cambiar levemente a fin de crear un nuevo momento para el cambio. El objeto que se mueve no es un cuerpo, sino una forma de percepción. El paciente empieza eliminando las percepciones presentes, y descubre (si el terapeuta, el «maestro», es habilidoso) que éstas aparecen bajo una forma diferente.

Existe también un elemento de gran importancia en lo referente al respeto que merece un paciente. ¿Qué podemos hacer con un problema, si de todas maneras la decisión última la tiene el paciente? La resistencia y la ambivalencia no son cosas opuestas; el terapeuta las reconoce como naturales y comprensibles. El terapeuta no impone nuevos puntos de vista u objetivos. Más bien, el paciente es invitado a considerar la nueva información y se le ofrecen nuevas perspectivas para hacerlo. «Tome lo que quiera y deje el resto», es el tipo de consejo permisivo que define este enfoque. Es un enfoque con el que resulta difícil entrar en conflicto.

En la entrevista motivacional, el terapeuta también genera preguntas o problemas al paciente. El trabajo del terapeuta no es el de proporcionar soluciones para todo. Actuando de esa manera, de hecho, se consigue que el paciente abandone todas las ideas semejantes a «Sí, pero...». Se considera que el paciente es una persona capacitada, con conocimientos e ideas importantes para solucionar sus propios problemas. Darle un giro a la resistencia, por lo tanto, incluye el hecho de implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas.

PRINCIPIO 4: DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA.

Se debe aprovechar el momento actual con el fin de obtener el mayor beneficio posible.

Las percepciones se pueden cambiar. Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.

El paciente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas.

5. *Fomentar la autoeficacia*

Un quinto principio importante de la entrevista motivacional implica el concepto de «autoeficacia». Como ya dijimos en el capítulo 3, la autoeficacia se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica. La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio (Bandura, 1977; 1982; Rogers y Newborn, 1976) y un buen predictor de los resultados de los tratamientos de las conductas adictivas (Condiotte y Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; DiClemente, Prochaska y Gilbertini, 1985; Godding y Glasgow, 1985; Solomon y Annis, 1990; Wilkinson y LeBreton, 1986). Un terapeuta sigue los cuatro principios anteriormente citados, y convece a una persona de que tiene un serio problema. Si, a pesar de ello, la persona no tiene esperanza alguna de que logre cambiar, entonces no harán ningún esfuerzo y las tácticas del terapeuta serán en vano.

Aunque el término de «autoeficacia» es relativamente reciente, los terapeutas han reconocido durante largo tiempo que la esperanza y la fe son elementos importantes a la hora de cambiar (Frank, 1973; Miller, 1985a; Shapiro, 1971). Las propias expectativas del terapeuta sobre las posibilidades que tiene el paciente de recuperarse podrán tener un impacto poderoso sobre los resultados (Leake y King, 1977; Parker, Winstead y WiUi, 1979). Un objetivo general de la entrevista motivacional es el de aumentar las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio (Miller, 1983).

Cuando presentamos nuestro primer principio —«Expresar empatía»— comentamos la importancia de apoyar la autoestima, la autopercepción general de la persona. Aunque la autoeficacia se vea influida por la autoestima general, la anterior es mucho más específica. Esencialmente, la autoeficacia significa confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o reto específicos. Un paciente puede, por ejemplo, sufrir de una baja autoestima, pero sin embargo se le convencerá de que es posible que con su habilidad logre cambiar un problema concreto. Incluso enfoques como los de A.A., que enfatizan la falta de poder sobre un problema, también enfatizan que el poder de la persona para cambiar se encuentra dentro de sí misma —en este caso, decidiendo depositar el control de uno mismo en un poder supremo, controlar dejando de controlar (Baugh, 1988)—. Aquí el mensaje general es «Usted puede hacerlo. Puede conseguirlo».

Existen varios mensajes que apoyan la autoeficacia. Uno es el énfasis en la responsabilidad personal. La persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por ella. La entrevista motivacional no fomenta la esperanza de que el terapeuta cambiará al paciente.

«Yo te cambiaré» no es un mensaje adecuado. Un mensaje mas apropiado sería «Si lo deseas, te ayudaré a que tú puedas cambiarte a ti mismo». De hecho, un paciente se verá estimulado por el éxito de los demás. El contacto con pacientes antiguos como modelos de observación será útil en este sentido (Zweben y Li, 1981); además, los terapeutas también pueden mostrar como ejemplo a las personas que han conseguido cambiar con éxito, o a las historias de personas que han superado con éxito su problema. Otro aspecto útil que cabe comentar es el número de diferentes enfoques de que se dispone y que han mostrado ser de utilidad (véase Hester y Miller, 1989). Incluso una serie de fracasos terapéuticos no se deben considerar como un motivo para abandonar la esperanza. De hecho se entenderá como un indicador de que esa persona no ha encontrado el tratamiento adecuado. Dada la variedad de opciones terapéuticas diferentes y prometedoras, la probabilidad de que cualquier persona pueda encontrar algo que realmente le sea de ayuda es bastante alta (Miller y Hester, 1986b).

PRINCIPIO 5: FOMENTAR LA AUTOEFICACIA.

La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante.

El paciente es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal.

Existe un cierto grado de esperanza en la amplia variedad de diferentes tratamientos de los que se dispone.

RESUMEN

Estos cinco principios generales son la base de las estrategias específicas que describiremos en los siguientes cinco capítulos. Los hemos presentado separados de los elementos prácticos sobre «cómo aplican», a fin de ofrecer una visión general sobre el «por qué» de la práctica. Estos principios dan cuenta de una filosofía más general que está detrás de la entrevista motivacional. Creemos que cada persona posee una potencialidad poderosa para el cambio. Su tarea como terapeuta es hacer salir dicho potencial, es decir, facilitar los procesos naturales del cambio que existen de forma inherente en todo ser humano. En este enfoque se trata al paciente con mucho respeto, y como un aliado, más que como un oponente. La entrevista motivacional se centra en cómo ayudar a liberar a las personas de la ambivalencia que les atrapa, arrastrándoles en ciclos repetitivos de conductas autodestructivas. Es algo más que un conjunto de técnicas para practicar la terapia. Es una forma de ser con los pacientes, que es probablemente muy diferente a cómo los han tratado otras personas en el pasado. Esta forma de ser no es lo único que se necesita para hacer cambiar a los demás. Existen muchas estrategias terapéuticas específicas que serán muy útiles con las personas que pretenden cambiar (véase Garfield y Bergin, 1986; Hester y Miller, 1989). La entrevista motivacional intenta desbloquear a la persona, para permitirle que surja el deseo de cambiar. Una vez iniciado éste, el cambio surgirá de forma rápida con relativamente poca ayuda adicional (véase capítulo 3), o bien necesitará de una importante orientación y apoyos terapéuticos.

Ahora presentamos seis capítulos sobre las estrategias específicas de la entrevista motivacional. En el primero de ellos, el capítulo 6, recogemos las estrategias que son importantes desde el exterior, y que le ayudarán a evitar algunas de las trampas frecuentes que le esperan. Estas estrategias son más apropiadas a la hora de crear la motivación para el cambio, la primera de las dos grandes fases de la entrevista motivacional. En el capítulo 7 explicaremos maneras en que los resultados de las evaluaciones realizadas antes del tratamiento se aplican como una forma de feedback motivacional, y exploraremos formas de evaluar la disponibilidad para el cambio. En el capítulo 8 proporcionamos estrategias para reconocer y hacer frente a la resistencia del paciente, particularmente durante la primera fase de la entrevista motivacional. Posteriormente, en el capítulo 9 abordamos las estrategias apropiadas para reforzar el compromiso de cambiar, que constituye la segunda fase de la entrevista motivacional. En el capítulo 10 revisamos unas cuantas situaciones difíciles típicas que surgen en la aplicación de la entrevista motivacional, y maneras en

las que estos obstáculos específicos se pueden superar. Finalmente, en el capítulo 11, describimos un caso práctico desde el inicio hasta el final, a fin de ilustrar cómo poner en práctica las estrategias de la entrevista motivacional.

CAPITULO 6

FASE I: CONSTRUYENDO LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

Lo que se necesita al intentar ayudar a la gente son las cualidades de un buen barman: empatía, estar dispuesto a escuchar e intuición.

Frank Buchman, citado en Garth Lean, Frank Buchman: *A Life*

Iniciar un proceso de terapia no es muy diferente de lo que sería empezar un juego de ajedrez. Cada cosa está preparada y ordenada para empezar, y dentro de unos minutos ambos jugadores se verán inmersos en la complejidad. No se puede saber de antemano cuáles son las piezas que exactamente, se deben mover, pero el hecho de tener una idea clara de todo el plan de juego general es de suma importancia. El número de situaciones específicas que podemos encontrar es casi infinita, aunque conozcamos de antemano una serie de estrategias generales que son muy útiles a la hora de hacer frente a las complejidades del juego. Parte de este conocimiento implica comprender qué es lo que no se debe hacer, particularmente en el momento de empezar. También incluye el reconocimiento de los problemas y trampas generales que podemos encontrar, y cómo prevenirlas o al menos recuperarse de ellas. Existen diferentes enfoques en el momento de empezar el juego, otros para la mitad del juego, y otros para el final del mismo, aunque las estrategias se solapen.

El objetivo general en esta primera fase de la terapia es el de construir la motivación para el cambio. En este punto se piensa que el cliente se siente ambivalente y se encuentra en la etapa de contemplación o incluso precontemplación. Este capítulo contiene algunas estrategias que le ayudarán a poner en práctica los principios descritos en el capítulo 5. Le explicamos algunos ejemplos de las trampas que surgirán al inicio de la entrevista motivacional, y utilizamos ejemplos específicos del diálogo terapéutico a fin de ilustrar cómo los terapeutas pueden sucumbir o superar estas dificultades. Primero, sin embargo, queremos decir algunas cosas sobre la sesión inicial, y citar algunas trampas en las que los terapeutas suelen caer al principio.

SOBRE LA PRIMERA SESIÓN

La primera sesión puede ser crucial, y establecer tanto el tono como las expectativas para con la terapia. Las actuaciones del terapeuta incluso en una sola sesión tendrán una poderosa influencia sobre la resistencia del paciente y sobre los efectos a largo plazo (Miller y Sovereign, 1989). Es importante, por lo tanto, adoptar el enfoque más adecuado ya desde el principio, para evitar caer en varias de las trampas que interfieran rápidamente en el progreso.

La trampa de las preguntas-respuestas

Al inicio del proceso terapéutico, es fácil caer en un patrón en el que el terapeuta formula preguntas y el paciente responde con frases cortas. Esto es similar a lo que ocurre cuando un médico realiza una exploración física general: el paciente responde «Sí» o «No» a una amplia lista de áreas en potencia problemáticas. Esto sucede en parte porque el terapeuta siente necesidad de una información concreta. Las preguntas-respuestas a veces se dan como respuesta a la ansiedad —tanto por parte del terapeuta, que quiere mantener el control, como por parte del paciente, que se siente más cómodo en un rol pasivo que le permite un grado de predictibilidad segura—. En cuanto al tono de la sesión, el terapeuta «experto» controla ésta formulando preguntas, mientras que el paciente responde simplemente con respuestas cortas adecuadas. A continuación presentamos un ejemplo:

Terapeuta: Usted está aquí para hablar sobre su problema con el juego, ¿Estoy en lo cierto?

Paciente: Sí, correcto.

T: ¿Piensa que juega demasiado a menudo?

P: Probablemente.

T: ¿Cuál es su juego favorito?

P: El veintiuno.

T: ¿Acostumbra a beber cuando juega?

P: Sí.

T: ¿Alguna vez se ha visto implicado en deudas importantes debido a su forma de jugar?

P: Una o dos veces, sí.

T: ¿Qué tipo de deudas?

P: Una vez tuve que pedir prestados 8.000 dólares para poder pagar una deuda.

T: ¿Está usted casado?

P: No, estoy divorciado.

T: ¿Cuánto tiempo hace que se divorció?

P: Hace ya dos años.

Y así sucesivamente. Existen algunos aspectos negativos en este tipo de trampa. Primero, enseña al paciente a contestar con respuestas simples y cortas, más que con el tipo de elaboración que se necesitará para la entrevista motivacional. En segundo lugar, implica una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo: si formula las preguntas que valora como necesarias, entonces obtendrá una respuesta. Además proporciona pocas oportunidades para que el paciente analice su situación y pueda elaborar frases que fomenten la motivación, algo que pronto consideraremos como un proceso crucial en la entrevista motivacional.

Esta trampa es relativamente fácil de evitar. Recomendamos que los pacientes respondan a un cuestionario antes de iniciar la terapia, a fin de que usted disponga de la información específica que necesita para el comienzo del trabajo, y dejar el resto de información para más tarde. Esto le evita tener que recurrir a una forma de inventario corto de preguntas y respuestas. Las preguntas abiertas y las estrategias de escucha reflexiva que explicaremos más adelante en este capítulo son muy útiles para huir de

la trampa pregunta-respuesta.

Existe, sin embargo, una forma más sutil de esta misma trampa, que implica preguntas abiertas. El enfoque más óptimo para hacer frente a este tipo de problema consiste en formular preguntas abiertas y responder después a la respuesta del paciente no con otra pregunta, sino con una escucha reflexiva. El uso de una serie de preguntas abiertas sin una escucha reflexiva suficiente puede tener un efecto similar al de una serie de preguntas cerradas. Se dirige al paciente hacia un rol pasivo de preguntas y respuestas. Como regla general, evite formular tres preguntas seguidas.

La trampa confrontación-negación

En lo que respecta a la entrevista motivacional, la trampa de la confrontación-negación es la más importante que hay que evitar, y de hecho es la más frecuente. Los terapeutas caen en ella llevados por sus mejores intenciones, y a través de una comprensión no adecuada de los procesos motivacionales. Si un terapeuta inicia un diálogo de una forma no adecuada, la mayoría de pacientes repetirán el patrón que tienen por costumbre.

¿Cómo se produce esta trampa? El escenario más familiar se presenta cuando el terapeuta detecta alguna información que indica la presencia de un «problema» (por ejemplo, «alcoholismo»), empieza a decir a un paciente que tiene un serio problema, y prescribe un patrón de conducta que hay que seguir. El paciente expresa alguna reticencia, haciendo comentarios en las siguientes dos líneas generales de argumentación: 1) «Mi problema no es realmente tan grave», y 2) «Realmente no necesito cambiar tanto». Esto, de hecho, es algo muy predecible. Si, como creemos, las personas habitualmente empiezan una terapia en un estado de ambivalencia, sienten su situación de dos maneras contrapuestas: quieren eso, y no lo quieren. Piensan que tal vez deberían cambiar, y al mismo tiempo se siente reticentes a abandonar su forma de comportarse. Se encuentran en un conflicto. Si el terapeuta se inclina por una parte del conflicto, es muy probable que el paciente se decante por el otro. Proponemos un ejemplo:

Terapeuta: Bien, me parece que tiene un serio problema con el alcohol. Tiene muchos signos de alcoholismo.

Paciente: ¿Qué quiere decir con eso?

T: Pues... ha tenido olvidos por el alcohol, se siente mal cuando no puede beber, y está perdiendo el control con la bebida.

P: Pero muchas personas que conozco beben igual que yo.

T: Puede que sí, puede que no. Pero no estamos hablando de otras personas, estábamos hablando de usted.

P: No creo que sea tan serio.

T: ¿Que no es serio? Es tan sólo una cuestión de suerte que no lo hayan arrestado o que no haya matado a alguien por haber conducido intoxicado por el alcohol.

P: Le digo que puedo conducir sin problema alguno. Nunca he tenido ningún problema.

T: ¿Y qué puede decirme sobre su familia? Ellos piensan que está bebiendo en exceso y que debería dejar el alcohol.

P: ¡Oh! Fran procede de una familia de abstemios. No me ocurre nada malo. Ellos creen que cualquier persona que bebe más de tres copas ya es un alcohólico.

Desde el punto de vista del conflicto motivacional, presentado en el capítulo 4, este patrón es bastante predecible y comprensible. Asumiendo la responsabilidad desde la parte del «problema-cambio» del conflicto, el terapeuta provoca comentarios de «no problema» por parte del paciente.

¿Qué es lo que ocurre a continuación? El terapeuta puede considerar las reacciones del paciente como una prueba del «rasgo de negación del alcohólico», lo que confirma el diagnóstico. Según este punto de vista, la respuesta apropiada es la de subir la temperatura —confrontar la negación del paciente de una forma agresiva (véase capítulo 1)—. El resultado de este tipo de intervención es también bastante predecible: a medida que el terapeuta defiende una parte de una forma más inflexible, el paciente defenderá la otra con más insistencia. Éste es un hecho familiar, y probablemente el paciente lo ha conocido antes con otras personas.

Si el paciente empieza a sentirse atrapado, el fenómeno de la reacción psicológica (véase capítulo 1) tal vez también aparezca: la persona autoafirma la libertad de hacer lo que le plazca. El resultado final es una lucha creciente, cara a cara, por el poder. Cuanto más le confronte el terapeuta, el paciente se volverá más resistente y reacio a cambiar (Miller y Sovereign, 1989). Los pacientes en esta situación pueden hablar literalmente de ellos mismos como no interesados en cambiar. El hecho de que se oigan a sí mismos defendiendo que no tienen problema alguno y de que no necesitan cambiar, les llega a convencer. Pocas personas se sienten bien cuando pierden o cuando se les demuestra que están equivocadas.

Ésta es una trampa de la confrontación-negación. Puede ocurrir en cualquier etapa de la terapia, pero es particularmente frecuente en la inicial, cuando presenta un tono de comunicación poco útil. Se centra en cualquier tema, dentro de una amplia variedad, no tan sólo en el hecho de si la persona tiene «un problema» en concreto. De hecho, esta trampa puede surgir en cualquier momento en que el terapeuta esté discutiendo con un paciente. Dos de las estrategias centrales de la entrevista motivacional —la escucha reflexiva y la verbalización de afirmaciones automotivadoras— son buenas aproximaciones para prevenir este problema. Las estrategias para hacer frente a la resistencia y que presentaremos en el capítulo 8, son también útiles para evitar esta trampa.

La trampa del experto

El terapeuta entusiasta y competente puede, sin pretenderlo, caer en la trampa del experto a través de la impresión de tener respuestas para todo. Como en el caso de la trampa pregunta-respuesta, su efecto más frecuente es el de llevar a los pacientes a asumir un rol pasivo, que es incoherente con el enfoque básico de la entrevista motivacional —dar a las personas la oportunidad de analizar y resolver la ambivalencia por sí solas—. Un deseo sincero de ayudar puede llevar al terapeuta a intentar fijar la situación para un paciente, indicándole respuestas y soluciones. Existe un momento determinado para recurrir a la opinión de un experto (véase capítulo 9), pero el énfasis de este enfoque está en crear la propia motivación del paciente. Esto no es probable que ocurra si se sitúa al paciente en el rol pasivo de receptor del consejo de un experto.

La trampa del etiquetaje

Los terapeutas y pacientes pueden caer fácilmente en una trampa por el tema de la etiqueta diagnóstica. Los terapeutas en ocasiones creen que es enormemente importante para una persona el hecho

de aceptar la etiqueta que propone el terapeuta («Usted es un alcohólico», «Usted está negando algo», etc.). Debido a que dichas etiquetas a menudo acarrearán un cierto tipo de estigma en la gente, no es sorprendente que las personas con una autoestima razonable se resistan. Como ya hemos comentado anteriormente, aparentemente tiene poca utilidad presionar a las personas a que acepten dichas etiquetas, y la filosofía de Alcohólicos Anónimos (A.A.) recomienda específicamente que no se utilicen dichas etiquetas con los demás.

A menudo existe un proceso subyacente en el debate sobre las etiquetas. Puede ser un problema de poder en el que el terapeuta busca afirmar el control y el conocimiento, o una comunicación basada en un juicio. Para algunos pacientes, incluso una referencia aparentemente inofensiva como «su problema con...» provoca sentimientos de sentirse acorralado o incómodo. El peligro, por supuesto, es que la insistencia en utilizar una etiqueta induzca una resistencia en el paciente, lo que a su vez deteriora el progreso. Ya que no existen ventajas clínicas importantes a la hora de imponer una etiqueta, el riesgo de caer en un bucle de confrontación con la negación es simplemente inútil.

Recomendamos, por lo tanto, que quite usted importancia al tema de las etiquetas a lo largo de la entrevista motivacional. Los problemas se pueden analizar sin tener que asignar etiquetas que provoquen una resistencia innecesaria. Si el tema de la etiqueta no surge nunca, no es necesario mencionarlo. A menudo, sin embargo, un paciente sacará el tema, y saber cómo responderle también será importante. Recomendamos una combinación de reflexión y de reformulación —dos técnicas de las que hablaremos más tarde—. Presentamos a continuación un breve ejemplo:

Paciente: Entonces, ¿quiere usted decir que no soy un adicto?

Terapeuta: No, realmente no me importan tanto las etiquetas. Pero parece como si realmente a usted le importaran.

P: Sí, no me gusta que me digan que soy un adicto.

T: En este caso, parecería como si usted considerase que su situación no sea realmente tan negativa.

P: ¡Correcto! No estoy diciendo que no tenga problemas...

T: Pero no quiere que se le considere como alguien que «tiene un problema». Eso le parece demasiado duro.

P: Sí, por supuesto.

T: Eso es algo muy normal, como usted puede imaginar. A muchas personas con las que hablo no les gusta que se les coloque etiqueta alguna. No existe nada extraño en eso. A mí tampoco me gusta que las personas me coloquen ninguna etiqueta.

P: Me siento como si se me metiera en una caja.

T: De acuerdo. Por lo tanto déjeme que le diga como veo esto, y después continuaremos. A mí no me importa cómo definamos un problema. No me importa si le llamamos «adicción» o «problemas» o «Fred». No tenemos por qué llamarlo de ninguna manera. Si le gustara una etiqueta, le podría sugerir una, pero no es importante para mí. Lo que realmente importa es determinar cómo le afecta a usted su consumo de cocaína, y qué quiere hacer con eso, si es que quiere hacer algo. Eso es lo que realmente me importa.

Como nota final, debemos añadir que no vemos ningún tipo de razón por la que haya que desalentar a las personas a que acepten un diagnóstico, si es que así lo desean. Los miembros de A.A., por ejemplo, a menudo comentan que para ellos era importante el hecho de reconocer y aceptar su alcoholismo. No existe motivo alguno para oponerse a dicha autoaceptación. Nuestro interés no es el de entrar en debate alguno ni en luchar en contra de las etiquetas.

La trampa del énfasis prematuro

Incluso si el terapeuta evita las discusiones y las etiquetas, podría surgir la resistencia si el paciente y el terapeuta desean centrarse en temas diferentes. En el tratamiento psicológico de las adicciones, por ejemplo, no es extraño que el terapeuta se quiera centrar rápidamente en los problemas que el paciente tiene con el alcohol, con las drogas y con los problemas derivados del uso de estas sustancias, mientras que el paciente desea hablar sobre temas que le preocupan y que son más amplios. Puede surgir una lucha en lo referente al grado de atención que se le debe dar a lo que el terapeuta considera como «el problema». De hecho, en la mente del paciente el uso de alcohol/drogas quizás sea una parte relativamente pequeña del problema, y no esté claro en qué grado y cómo está eso relacionado con preocupaciones más amplias del paciente. Si el terapeuta presiona con demasiada rapidez a fin de centrar la discusión en la adicción, el paciente se distanciará y pondrá a la defensiva. Otros pacientes, sin embargo, presentan su problema con el alcohol y las drogas como la preocupación principal. En ese caso, centrarse pronto en ese problema es bastante adecuado. Lo importante es evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la discusión. Empezar con las preocupaciones del paciente, más que con las del terapeuta, facilitará la tarea.

La trampa de la culpa

Otro de los obstáculos que surgirán en la primera sesión es la preocupación del paciente por la culpa. ¿De quién es la culpa del problema? ¿A quién debe culparse? Si surge este tema y no se afronta de una forma adecuada, se desaprovecharán un tiempo y una energía innecesarios con la defensividad. La clave obvia que cabe considerar aquí es que la culpa es irrelevante. Habitualmente esto se debe afrontar mediante la reflexión y la reformulación de las preocupaciones del paciente. Si surge este problema, por ejemplo, se le debe decir al paciente:

Parece como si estuviera preocupado por saber de quién es la culpa. Debo decirle que la terapia no consiste en decidir de quién es la culpa. Eso es para los tribunales. La terapia tiene una filosofía que se centra en el hecho de que no se debe buscar al culpable. No me interesa saber quién es el responsable, sino más bien qué es lo que realmente le está preocupando, y lo que usted puede hacer para resolverlo.

Cabe prevenir las preocupaciones sobre la culpa mediante una aclaración breve y estructurada al inicio del tratamiento. Si el paciente tiene una clara comprensión del propósito de la terapia, las preocupaciones sobre la culpabilidad se podrán evitar.

LA ESTRUCTURA DE LA SESIÓN DE APERTURA

Las personas acuden a la terapia con una amplia variedad de expectativas. Pueden acudir esperando que serán criticados, sanados, aconsejados, cuestionados, escuchados, culpabilizados, enseñados, medicados, o consolados. Los pacientes que inician un tratamiento lo hacen con una amplia variedad de diferentes expectativas, miedos, esperanzas y preocupaciones. Por éstas y otras razones, será útil proporcionar al paciente desde el comienzo una simple y breve panorámica de la estructura de la primera sesión, y de la terapia en general. Un buen comentario estructurante puede tranquilizar la mente del paciente y entonces empezar el tratamiento en las mejores condiciones posibles. Algunos elementos para incluir en un buen comentario estructurante son los siguientes:

- La cantidad de tiempo de que se dispone.
- Una explicación de su rol y de sus objetivos.
- Una descripción del rol del paciente.
- Un comentario de los aspectos que se tratarán.
- Una pregunta abierta.

Le presentamos un ejemplo:

Disponemos de una hora que pasaremos juntos, y en este momento quiero poder llegar a una primera comprensión de qué es lo que le ha traído aquí. Probablemente pasaré gran parte del tiempo escuchándole, de manera que pueda comprender cómo ve usted las cosas y cuáles son sus preocupaciones. También debe usted tener algunas expectativas sobre lo que va a ocurrir y lo que no va a ocurrir aquí, y me gustaría poderlas escuchar. Hacia el final de esta hora le pediré alguna información concreta que necesito, pero empecemos ya de una vez. ¿Qué es lo que está pensando ahora? Entiendo que está preocupado por la forma como usa los tranquilizantes...

LAS CINCO PRIMERAS ESTRATEGIAS

Las primeras cuatro estrategias descritas a continuación son derivadas ampliamente de la terapia centrada en el paciente, aunque en la entrevista motivacional se utilizan con un objetivo particular —el de ayudar a los pacientes a analizar su ambivalencia y a expresar las razones que tienen para cambiar—. La quinta estrategia es más conductiva y es específica de la entrevista motivacional. Integra y guía el uso de las cuatro estrategias restantes.

1. Las preguntas abiertas

Durante la primera fase de la entrevista motivacional, es importante que el terapeuta cree una atmósfera de aceptación y confianza, en la que el paciente analizará sus problemas. Esto significa que el paciente debe ser el que hable más en esta etapa, con el terapeuta escuchando cuidadosamente y alentando la expresividad. Las primeras cuatro de estas cinco primeras estrategias apoyan directamente este objetivo.

Una forma de empezar este proceso es preguntando desde el comienzo de una manera que estimule

al paciente a que sea el que más hable. Las preguntas que se pueden contestar con pocas palabras son necesarias en la mayoría de las sesiones, pero no se deberían utilizar en exceso durante la primera fase de la entrevista motivacional. Es mejor empezar con preguntas abiertas —unas preguntas que no se puedan contestar con una respuesta corta—. Tales preguntas abren la puerta para que el paciente empiece a analizar sus problemas. Algunos pacientes rompen a hablar, y sólo hay que invitarles a que nos hablen de su historia. Otros son más reservados y requieren que se les estimule. La manera en que usted responda a las primeras frases del paciente influirá mucho en lo que ocurra a continuación, pero de esto hablaremos más adelante. Nuestro interés aquí estriba en cómo formular buenas preguntas abiertas.

Si sabe de antemano, o de alguna manera intuye que el paciente tiene preocupaciones claras de las que quiere hablar, bastará con abrir sencillamente la puerta. A continuación proponemos algunos ejemplos:

- Deduzco, por el hecho de que usted esté aquí, que tiene algunas cosas de las que le gustaría hablar con algún terapeuta. ¿De qué le gustaría hablar?
- Me gustaría comprender cómo ve usted las cosas. ¿Qué es lo que le trajo aquí? ¿Cuál ha sido el problema?
- Comprendo que hay algunas cosas sobre su forma de tomar alcohol que le preocupan. Explíqueme cuáles son.
- Me dijo por teléfono que ha estado tomando drogas durante mucho tiempo, y que quería hablar de ello. Explíquemelo. ¿Por qué no empieza desde el principio, cuando empezó a tomar drogas, y me pone al día?

Cuando se comenta un problema concreto con pacientes más ambivalentes (por ejemplo, los que se encuentran en la etapa inicial de contemplación), será útil preguntar sobre las dos caras de la moneda, o actuar utilizando una serie de preguntas relacionadas que tengan un contenido neutral. Algunos terapeutas prefieren preguntar primero a los pacientes qué es lo que les gusta de su conducta («problema») actual, y qué aspectos consideran como negativos. A continuación le presentamos algunos ejemplos:

- Explíqueme cuál es el uso que hace de la cocaína. ¿Qué es lo que le gusta del uso que hace? y ¿qué es lo que no le gusta? ¿Qué es lo que le preocupa del uso que usted hace de la cocaína?
- Explíqueme qué es lo que ha podido observar sobre la forma en que bebe alcohol a lo largo de los años. ¿Ha podido ver algunos cambios en su forma de beber y en cómo éstos le afectan? ¿Qué es lo que ha observado que le puede preocupar, o que ha preocupado a otras personas?
- Entiendo que está usted aquí para hablar de la forma en que juega. Por lo tanto ayúdeme para que me haga una idea general de esa manera que usted tiene de jugar. ¿Qué es lo que le gusta del juego, y qué es lo que no le gusta?

Obviamente, las personas se diferencian en la forma en que reaccionan ante preguntas abiertas como las anteriores. Algunas responderán con ilusión ante la oportunidad de hablar de sus dificultades. En tales casos, su trabajo consistirá en guiar a la persona en su análisis, utilizando las estrategias descritas en

este capítulo y en los posteriores. Otras responderán con reticencias, y tal vez cambien de tema o caigan en alguna de las trampas descritas anteriormente. Estas preguntas sólo abren el tema, y proporcionan oportunidades para utilizar otras estrategias.

2. *Escuche reflexivamente*

La habilidad más comprometida en el tema de la entrevista motivacional quizá sea la de la escucha reflexiva. Para muchas personas, escuchar sólo implica mantenerse callado y oír lo que alguien tiene que decir. El elemento crucial en la escucha reflexiva, sin embargo, es la forma en que el terapeuta responde a lo que dice el paciente. Thomas Gordon (1970) ha delimitado doce tipos de respuestas que no son indicadores de escucha:

1. Ordenar, dirigir, o encargar.
2. Alertar o amenazar.
3. Dar consejo, realizar sugerencias, o sugerir soluciones.
4. Persuadir con lógica, discusión, o enseñanza.
5. Moralizar, sermonear, o decir a los pacientes lo que «deberían» hacer.
6. Estar en desacuerdo, juzgar, criticar, o culpabilizar.
7. Estar de acuerdo, aprobar, o rogar.
8. Culpabilizar, ridiculizar, o etiquetar.
9. Interpretar o analizar.
10. Reafirmar, simpatizar, o consolar.
11. Cuestionar o poner a prueba.
12. Retirarse, distraerse, hacer broma, o cambiar de tema.

Estas respuestas también han sido llamadas «obstáculos» porque surgen en el camino del paciente. A fin de poder seguir analizando en la misma dirección, el paciente se debe enfrentar con el obstáculo y franquearlo. Los obstáculos tienen el efecto de bloquear, parar, desviar, o cambiar la dirección. Todos implican un tipo de relación desigual. Un terapeuta que reacciona con una de estas respuestas demuestra que no está escuchando —al menos no en el sentido de la escucha reflexiva—. O peor, el terapeuta se mantiene callado el tiempo suficiente como para pensar en una respuesta de las que se citan en la lista anterior, y después la da. El mensaje que está detrás es «Escúcheme a mí, yo sé lo que me hago». En lugar de continuar analizando el camino, el paciente se ha de enfrentar con el obstáculo. Consideremos a continuación este «terapeuta» no útil que habla con un paciente que se siente de dos maneras contrapuestas con respecto a una importante decisión (El número de cada uno de los obstáculos procedentes de la lista anterior aparece anotado entre paréntesis):

Paciente: Simplemente, no sé si dejarle o no.

Terapeuta: Debe hacer lo que crea que es mejor. (# 5)

P: ¡Es que ése es justamente el tema! ¡No sé lo que es mejor!

T: Sí, lo sabe, está en su corazón. (#6)

P: Sí, me siento atrapado, ahogado en nuestra relación.

T: Entonces deberían separarse durante algún tiempo y comprobar si usted se siente mejor. (#3)

P: Pero la amo, ¡y le haré tanto daño si la dejo...! T: Pero si no lo hace, puede estar perdiendo su vida. (#2) P: ¿No sería egoísta?

T: Es justo lo que tiene que hacer, cuidarse de sí mismo. (#4) P: No sé cómo tengo que hacerlo. T: Estoy seguro de que lo conseguiré. (#10)

Al paciente no se le ha ayudado a analizar la ambivalencia; en su lugar, es empujado de forma prematura a tomar una resolución. El «terapeuta» en esta situación nunca ha escuchado realmente, nunca ha dado al paciente la ocasión de seguir hablando o de analizar su situación. El tiempo del paciente ha sido utilizado para sortear los obstáculos.

¿Cabe añadir algo más? Si uno evita los doce obstáculos, ¿qué más podríamos decir? No queremos dar a entender sólo lo que es erróneo al utilizar estas doce respuestas. Existe un momento y un lugar para cada una de ellas. No queremos decir que la escucha reflexiva sea de alguna manera diferente de estas formas de responder. La han descrito ampliamente Rogers (1957), Truax y Carkhuff (1967), Cordón (1970), Ivey (1980) y Egan (1982), entre otros.

Lo importante de una respuesta de escucha reflexiva es que intenta deducir lo que la persona realmente quiere decir. Antes de que una persona hable, ésta tiene un cierto tipo de mensaje que desea comunicar. Esto está codificado en palabras, a menudo de forma imperfecta. El que escucha tiene que oír esas palabras de forma adecuada y después descodificar su significado. Esto quiere decir que existen tres etapas en el camino y en las que la comunicación se puede deteriorar: codificación, escucha y descodificación (Cordón, 1970; Miller y Jackson, 1985). El que escucha de forma reflexiva realiza una deducción razonable sobre cuál podía haber sido el mensaje original, y convierte esta deducción en una frase.

¿Una frase? ¿Por qué no una pregunta? Después de todo, el que escucha no está seguro de si lo que ha deducido o adivinado es correcto. La razón tiene un sentido muy práctico: una frase reflexiva bien formulada es menos probable que desencadene una resistencia. El hecho de preguntar sobre el significado, a través de preguntas, parece distanciar a los pacientes de la experiencia real. Retroceden y se empiezan a preguntar si realmente hacen o deberían sentir lo que han expresado. La diferencia es sutil, y no todo el mundo la percibe. Considere la diferencia respecto a las dos preguntas siguientes:

¿Se siente incómodo? Se siente incómodo.

¿Está enfadado con su madre? Está enfadado con su madre.

La diferencia es una inflexión. El tono de la voz asciende hacia el final de la pregunta, y desciende suavemente hacia el final de la frase. Habitualmente, las frases de escucha reflexiva deberían disminuir hacia el final.

A fin de poder ofrecer una escucha reflexiva, debe usted en primer lugar entrenarse para pensar de forma reflexiva. Esto incluye que acepte que lo que usted cree o piensa que las personas quieren decir no es necesariamente lo que realmente quieren decir. La mayoría de comentarios pueden tener múltiples significados. Las palabras que describen emociones como «deprimido» o «ansioso» tienen significados muy

diferentes para cada persona. ¿Qué podría querer decir para una persona: «Me gustaría ser más sociable»? A continuación proponemos algunas posibilidades:

- Me siento solo y quiero tener más amigos.
- Me pongo muy nervioso cuando tengo que hablar con personas que no conozco.
- Debería invertir más tiempo en llegar a conocer a las personas.
- Me gustaría ser popular.
- No puedo pensar en lo que podría decir cuando estoy rodeado de gente.
- Las personas no me invitan a sus fiestas.

Pensar de forma reflexiva es hacer que el proceso sea más consciente. De hecho, cuando usted oye una frase considera lo que podría querer decir, y escoge lo que cree que sería el significado más probable. Muchas personas actúan después como si éste fuese el significado real de la frase. La escucha reflexiva es una manera de comprobar, más que de asumir que usted sabe lo que quiere decir.

La escucha reflexiva, por lo tanto, implica realizar una afirmación que no es un obstáculo, sino más bien una deducción de lo que la persona quiere decir. Habitualmente, pero no siempre, el tema de la frase es el pronombre «usted». A continuación encontrará un ejemplo más largo procedente de una sesión de terapia con un bebedor de alcohol problemático que se muestra ambivalente. Con el propósito de que quede más claro, en este texto cada frase del terapeuta es un comentario de escucha reflexiva:

Paciente: A veces me preocupa el que pueda estar bebiendo demasiado.

Terapeuta: Ha estado bebiendo bastante.

P: Realmente no creo que sea demasiado. Puedo beber mucho pero no me doy cuenta. T: Más que la mayoría de la gente.

P: Sí. Puedo beber más que el resto de las personas que están en la mesa.

T: Y eso es lo que le preocupa.

P: Sí, eso y cómo me siento. A la mañana siguiente me encuentro mal. Me siento muy nervioso y no puedo pensar correctamente hasta muy avanzado el día.

T: Y no es eso lo que le parece bien para usted.

P: No, creo que no. No he pensado mucho sobre eso, pero no creo que sea bueno estar pendiente de esto todo el tiempo. Y a veces tengo problemas para recordar las cosas.

T: Las cosas que le ocurren cuando bebe.

P: Esto también. A veces tengo un lapsus durante unas horas.

T: Pero eso no es lo que quería decir cuando mencionó que tenía problemas para recordar las cosas.

P: No. Incluso cuando no bebo parece que me olvide de las cosas más a menudo, y no estoy pensando con claridad.

T: Y se pregunta si esto tiene algo que ver con su forma de beber.

P: No sé qué más podría ser.

T: No ha sido siempre así.

P: ¡No! Sólo durante los últimos años. Tal vez sólo sea que me estoy volviendo viejo.

- T: Podría ser sólo lo que le ocurre a todo el mundo cuando llega a los cuarenta y cinco.
- P: No, probablemente sea mi forma de beber. Tampoco duermo muy bien.
- T: Por lo tanto usted está perjudicando su salud y su forma de dormir y su cerebro por beber tanto como bebe.
- P: Cuidado, yo no estoy borracho. Ni nunca lo estuve.
- T: Seguro que no está tan mal. Pero sigue estando preocupado.
- P: No me siento «preocupado», pero creo que estoy pensando en eso más a menudo de lo que lo hacía.
- T: Y pensando si debería hacer algo, por eso vino usted aquí.
- P: Así lo creo.
- T: No parece estar muy seguro...
- C: No, no estoy seguro de lo que tendría que hacer.
- P: Por lo tanto, si le entiendo correctamente, usted cree que ha estado bebiendo demasiado a menudo y que eso ha perjudicado su salud, pero no está seguro de que quiera cambiar.
- T: No tiene demasiado sentido, ¿no es así?
- P: Puedo ver lo confuso que se siente con respecto a eso.

Es evidente que el terapeuta no pone obstáculo alguno a lo largo de este proceso. Hubiese resultado fácil sustituir algunos de los obstáculos por estas reflexiones. Sin embargo, esto se evita, porque el propósito es estimular las afirmaciones automotivadoras por parte del paciente.

Los comentarios de escucha reflexiva pueden ser bastante simples. A veces la mera reflexión de una palabra o dos hará que el paciente progrese (en el ejemplo anterior, la primera reflexión pudo haber sido «Demasiado...»). Una reflexión más sofisticada sustituye con nuevas palabras lo que el paciente ha comentado, o hace una deducción sobre el significado que no ha sido verbalizado. En ocasiones también resulta útil hacer una reflexión sobre cómo parece que se siente cuando habla.

La reflexión no es un proceso pasivo. El terapeuta decide qué es lo que tiene que reflexionar y qué es lo que tiene que ignorar, qué es lo que tiene que enfatizar y desenfatizar, y qué palabras ha de utilizar para poder capturar el significado. La reflexión se usa para reforzar algunos aspectos de lo que una persona ha dicho, o alterar su significado levemente. Estas aplicaciones de la reflexión se estudian más ampliamente en el capítulo 8. Aconsejamos que los comentarios de la escucha reflexiva constituyan una proporción sustancial de las respuestas del terapeuta durante la primera fase de la entrevista motivacional. En particular, las afirmaciones automotivadoras se le deben retornar al paciente. De esta manera, los pacientes escuchan dos veces sus propios comentarios.

La reflexión es particularmente importante después de las preguntas abiertas. Una vez que haya usted contestado a una pregunta abierta, responda a las respuestas del paciente con una escucha reflexiva. Ya que formular preguntas es una habilidad mucho menos exigente (para el terapeuta) que la escucha empática, es fácil caer en la trampa de preguntas-respuestas, planteando una serie de preguntas en lugar de devolver al paciente sus propios comentarios. Esto puede provocar una resistencia por parte del paciente más que una serie de afirmaciones automotivadoras. Recuerde, pues: hay que responder a una pregunta con una escucha reflexiva.

3. *Afirmar*

También será de utilidad afirmar y apoyar al paciente durante el proceso terapéutico. Esto se puede realizar en forma de comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión. El proceso de la escucha reflexiva es bastante afirmativo por sí solo, pero las afirmaciones directas también tienen un lugar en la terapia. A continuación presentamos una serie de ejemplos:

- Aprecio lo duro que debe ser para usted decidirse a venir aquí. ¡Dio un gran paso!
- Creo que es fantástico que quiera hacer algo con su problema.
- Eso debe haber sido muy difícil para usted.
- Usted es realmente una persona con recursos, por haber sido capaz de vivir con el problema durante tanto tiempo y no haber sucumbido.
- Ésa es una buena sugerencia.
- Debe ser difícil aceptar una vida diaria tan llena de estrés. Le diré que si estuviese en su lugar también lo encontraría difícil.
- Creo que por eso está usted aquí —porque no quiere aceptar ese tipo de estrés nunca más.
- Parece que es usted una persona realmente optimista y con una gran fuerza de voluntad.
- Le gusta sentirse a gusto con otras personas, y hacerles reír.
- En ese sentido, es difícil pensar en dejar la bebida.
- Realmente tiene que enfrentarse con muchos problemas en este momento —más que la mayoría de la gente—. Entiendo que a veces usted quiere un «respiro», necesita descansar de todo.

4. *Resumir*

Una cuarta estrategia para utilizar a menudo y a lo largo de la entrevista motivacional es hacer resúmenes de lo que se ha podido reunir. Los comentarios de resumen se usarán para reunir el material que se ha comentado. Cuando usted está provocando una afirmación automotivadora por parte del paciente, por ejemplo, es aconsejable resumir la información de forma periódica:

Hasta ahora ha comentado que está preocupado por la frecuencia con la que bebe, en comparación con el resto de personas, y también por lo que gasta. No está seguro de lo que implica que pueda beber mucho más que otras personas sin parecer que le afecte. Usted está preocupado porque su forma de beber afecte negativamente sobre su memoria, y eso le impide dormir con normalidad. ¿Qué más?

Esta forma de realizar resúmenes de forma periódica refuerza lo que ya se ha dicho, confirma que usted ha estado escuchando con atención, y prepara al paciente para seguir progresando. También permite que el paciente escuche de nuevo sus propias afirmaciones automotivadoras por tercera vez!

Unir los resúmenes será especialmente útil para poner de manifiesto la ambivalencia del paciente. La experiencia típica de la ambivalencia es la de vacilar hacia atrás y hacia adelante entre las razones para cambiar y las razones para permanecer en el mismo lugar. Un comentario de resumen es una forma de permitir a la persona que examine de forma simultánea los aspectos positivos y los negativos, reconociendo

que ambos están presentes. La utilización de frases como «por un lado... y por el otro» y «al mismo tiempo», puede ser útil:

Parece como si estuviera dividido en dos. Por un lado, se siente muy preocupado porque su forma de beber afecta a su familia, y porque su trabajo también se está viendo afectado. Está especialmente sorprendido de que dos amigos diferentes en una misma semana le digan que están preocupados por la forma en que usted bebe. Al mismo tiempo, no se ve a sí mismo como un alcohólico, y piensa que puede llegar a pasar una semana entera sin beber, sin experimentar ningún efecto negativo. Esto debe ser muy confuso para usted.

También cabe integrar otras fuentes de información dentro del resumen. Los resultados de la evaluación objetiva (véase capítulo 7) y la información procedente de los juzgados o de los miembros de la familia se incluirán a los propios comentarios del paciente.

Al final de la primera sesión, y en otros momentos durante la entrevista motivacional, será útil ofrecer un resumen general, integrando todo lo que ha surgido hasta dicho momento. Una vez más, debemos recordarle que al realizar dichos resúmenes debe decidir qué es lo que hay que incluir y qué es lo que se debe destacar. Cuando está introduciendo dicho resumen general, es interesante utilizar un comentario introductorio que anuncie lo que viene a continuación. Seguidamente presentamos un ejemplo de un resumen bastante completo presentado al final de una primera sesión:

Nuestra hora ya se acaba y me gustaría intentar resumir lo que ha dicho hasta ahora, de manera que pueda ver en qué momento nos encontramos y hacia dónde nos dirigimos. Dígame si he omitido algo que pueda ser importante de lo que hemos tratado. Usted vino porque su marido está preocupado con su forma de beber y de fumar marihuana. Si él no le hubiera presionado, usted probablemente no hubiera venido, pero ha sido muy sincera a la hora de comentarlo, y le admiro por ello. Le pregunté sobre los problemas en su vida que usted cree que podrían estar relacionados con el alcohol y la marihuana, y usted comentó varios. Se ha sentido bastante deprimida y cansada, y como ya comentamos el alcohol es un depresor. Usted dijo que últimamente tiene muchos problemas para concentrarse, y que se siente como si no tuviera interés por hacer nada en su vida. Otra vez, correctamente, usted piensa que esto puede estar relacionado con el hecho que beba y fume, aunque crea que eso no es todo. Se siente resentida con su marido por haberle enviado aquí, de alguna manera, porque cree que él tiene también algo que ver con estos problemas. Los test a los que usted contestó indican que ha adquirido una dependencia bastante importante al alcohol y, en menor grado, a la marihuana, y eso es un problema que seguirá aumentando si usted no hace nada al respecto. Cuando fue arrestada en una ocasión, dos años atrás, su test de alcoholismo mostró que estaba por encima del 0.20, lo cual indica que estaba bastante intoxicada, aunque no se sintiera así. Comentamos cómo este tipo de tolerancia es en sí misma un factor de riesgo. También está preocupada porque tal vez no es el tipo de madre que quiere ser, en parte por su forma de beber y de fumar, y no quiere que sus hijos crezcan con problemas de drogas. Su doctor le dijo que sus problemas de estómago estaban causados probablemente, o al menos empeorados por el hecho de que beba alcohol. Al mismo

tiempo le gustan el alcohol y la marihuana porque los utiliza para relajarse y para huir del estrés familiar. Usted no está segura sobre cómo podría enfrentarse a la vida sin beber y fumar, y por lo tanto no está segura sobre lo que hacer. ¿Cree que es un resumen objetivo de todo? ¿Qué puedo haber olvidado?

Este tipo de resumen es una buena forma de concluir la primera sesión. Fíjese en el tono colaborador, permitiendo que la paciente añada información o la pueda rectificar. Una forma más abreviada de este mismo comentario es aplicable al empezar la sesión siguiente, siguiendo con el progreso realizado con anterioridad. Un resumen de este tipo lo encontramos también en el punto de transición entre la primera y la segunda fase de la entrevista motivacional (véase capítulo 9).

5. Provocar afirmaciones automotivadoras

Las cuatro estrategias anteriores son fundamentales para la entrevista motivacional. Sin embargo, si éstas fueran las únicas estrategias utilizadas sería bastante fácil quedar bloqueado en medio de la ambivalencia. Es necesario, por lo tanto, disponer de una estrategia orientadora para ayudar a los pacientes a resolver su ambivalencia. Éste es el objetivo que está en la base de la quinta estrategia. Las otras cuatro se pueden utilizar en este enfoque dirigido a un objetivo.

En cierto sentido, la entrevista motivacional es lo opuesto a un enfoque confrontativo de la negación, en el que el terapeuta promueve la posición de «cambio del problema» y el paciente se defiende de éste. Creemos que dicho enfoque confrontativo es a menudo contraproducente, precisamente porque hace que el paciente defienda una posición de «no problema». Nuestro objetivo es que el paciente hable sobre comentarios exactamente opuestos a éstos. En la entrevista motivacional, el paciente presenta las razones para cambiar. Es tarea del terapeuta facilitar la expresión del paciente de estas afirmaciones automotivadoras (Miller, 1983).

Las afirmaciones automotivadoras se pueden desglosar en cuatro categorías generales. La primera es la de reconocimiento del problema. (A menudo un deseo de reconocimiento de un problema lleva al terapeuta a luchar por el etiquetaje, pero la imposición de etiquetas es habitualmente una estrategia no efectiva.) Algunos ejemplos de comentarios deseables de reconocimiento del problema por parte de los pacientes son los siguientes:

- Imagino que aquí existen más problemas de los que yo creía.
- Nunca me di realmente cuenta de lo que llegaba a beber.
- ¡Esto es serio!
- Tal vez he asumido unos riesgos innecesarios.
- Entiendo que a la larga mi forma de jugar me traerá problemas.

Un segundo tipo de afirmación automotivadora relacionada con la anterior es la expresión de preocupación por los problemas que se distinguen. Esto a menudo se comunica de una manera no verbal, a través de las expresiones faciales del paciente, suspiros, lágrimas, o gestos. Algunas de las verbalizaciones de este tipo son las siguientes:

- Estoy realmente preocupado por esto.
- ¿Cómo me puede haber pasado esto a mí? ¡No me lo puedo creer!
- Me siento bastante desesperanzado.

El tercer tipo de afirmaciones automotivadoras son las que expresan una intención de cambiar directa o implícita. Esto se puede expresar haciendo que la persona lleve a cabo una acción como si se tratara de un paso inicial para cambiar (por ejemplo, tomar Disulfiram), o a través de la verbalización de claras intenciones de hacerlo así. Unos cuantos ejemplos de esta técnica:

- Creo que ha llegado el momento de que tome una decisión para cambiar.
- Creo que debo hacer algo con esto.
- Yo no quiero ser así. ¿Qué puedo hacer?
- No sé cómo, pero tengo que hacer un cambio.
- ¿Cómo abandonan las personas un hábito como éste?

Finalmente, las afirmaciones automotivadoras tal vez expresen un tema de optimismo sobre el cambio. Tales afirmaciones reflejan una habilidad para introducir un cambio (autoeficacia) en el área problemática. A continuación citamos algunos comentarios de este tipo:

- Creo que lo puedo hacer.
- Ahora que ya me he decidido, estoy seguro de que puedo cambiar.
- Voy a superar este problema.

Estos cuatro tipos de afirmaciones reflejan dimensiones cognitivas (reconocimiento, optimismo), afectivas o emocionales (preocupación) y conductuales (intención de actuar) de compromiso para cambiar. Desde nuestro punto de vista, cada comentario de este tipo inclina la balanza un poco más hacia la dirección del cambio.

Algunas personas entran en el despacho del terapeuta diciendo cosas como éstas y sólo necesitan alguna ayuda para confirmar su compromiso y programación de un curso de acción dirigido hacia el cambio. Pero, ¿cómo puede provocar un terapeuta tales afirmaciones en sus pacientes ambivalentes? Ésta es una de las habilidades considerada como clave en la entrevista motivacional.

Preguntas evocadoras

Una aproximación muy directa consiste simplemente en preguntar al paciente por ese tipo de afirmaciones. Las preguntas abiertas se usarán para analizar las propias percepciones del paciente, así como sus preocupaciones. No pregunte si la persona tiene ese tipo de preocupaciones (por ejemplo, «¿Piensa que tiene un problema con las drogas?»). Acepte que la persona se siente ambivalente y que realmente tiene ese tipo de preocupaciones. Las preguntas abiertas para provocar cada una de las cuatro categorías en que se dividen las afirmaciones automotivadoras se ofrecen en la tabla 6.1.

Cuando el paciente realice una afirmación automotivadora, incluso cuando sólo lo intente, refuércela de forma no verbal (por ejemplo, asintiendo con la cabeza) y también verbalmente mediante la escucha

reflexiva o con una frase de apoyo (por ejemplo, «Entiendo que esto le preocuparía» o «Esto podría ser difícil para usted»). El que un paciente continúe realizando afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia y la discrepancia dependerá en gran manera de la manera en que usted responda. Es importante, por lo tanto, que responda de forma que comunique una aceptación, refuerce la autoexpresión, y estimule un análisis continuado. Sus respuestas deberían ser estimulantes, y no dar a entender que está simplemente acumulando información para después utilizarla en contra del paciente. El objetivo es reforzar las afirmaciones automotivadoras y de estimular al paciente a que continúe.

Tabla 6.1. Ejemplos de preguntas para provocar afirmaciones automotivadoras.

1. Reconocimiento del problema

- ¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema?
- ¿Qué dificultades ha tenido con la forma en que usted utiliza las drogas?
- ¿De qué maneras cree que usted u otras personas se han visto afectadas por el hecho de que usted beba?
- ¿De qué maneras esto ha sido un problema para usted?
- ¿De qué maneras su uso de tranquilizantes no le ha dejado hacer lo que usted quería hacer?

2. Preocupación

- ¿Qué hay en su manera de beber que usted u otras personas podrían ver como motivos de preocupación? ¿Qué es lo que le preocupa en la forma en que usted utiliza las drogas?
- ¿Qué es lo que imagina que le ocurriría?
- ¿Cómo se siente con su forma de jugar?
- ¿Hasta qué punto le preocupa?
- ¿De qué formas esto le preocupa?
- ¿Qué cree que le ocurrirá si no realiza un cambio?

3. Intención de cambiar

- El hecho de que usted esté aquí quiere decir que al menos una parte suya piensa que ha llegado el momento de hacer algo.
- ¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar?
- Si pudiese tener un cien por cien de éxito y las cosas salieran exactamente como usted desearía, ¿qué podría pasar?
- ¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar bebiendo de la manera que lo ha venido haciendo?
- ¿Y qué puede decirme de lo contrario? ¿Qué es lo que le hace pensar que ha llegado el momento de cambiar?
- ¿Qué piensa sobre su forma de jugar en estos momentos?
- ¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?
- Entiendo que se sienta atrapado. ¿Qué es lo que debería cambiar?

4. Optimismo

¿Qué le hace pensar que si decide introducir un cambio, lo podría hacer?

¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea?

¿Qué es lo que cree que le funcionaría, si decidiese cambiar?

Una vez que el proceso ha empezado, la introducción de un estímulo directo para continuar es a menudo efectiva. En este caso, la forma general de la pregunta es: «¿Qué más?»:

- ¿Qué más ha notado o le ha preocupado?
- ¿Qué otras preocupaciones ha tenido?
- ¿Cuáles son las otras razones por las que necesitaría cambiar?
- ¿Qué otras cosas le ha comentado la gente?
- ¿Qué más cree que podría superar?
- ¿Qué otros problemas ha tenido?
- ¿Qué más le preocupa sobre su forma de beber?

Recuerde que aquí el objetivo general es que el paciente asuma la responsabilidad de la parte del conflicto que representa la intención de «cambiar el problema». Los resúmenes periódicos de las afirmaciones automotivadoras del paciente serán útiles cuando el proceso siga su curso.

El balance decisional

Como ya mencionamos anteriormente, es muy útil hacer que los pacientes comenten los aspectos positivos y negativos de su conducta actual. Se les puede pedir, por ejemplo, que comenten o enumeren qué es lo que les gusta de su consumo de alcohol o de drogas, como un inicio previo a pedirles que comenten los aspectos negativos. Esto tiene la ventaja de hacer que los pacientes comenten y se sientan cómodos, y es también una forma de poder aclarar los dos lados de la ambivalencia. Tal vez será oportuno que se conteste a una hoja de balance decisional, como la que se muestra en el capítulo 4 (véase la tabla 4.1.), para permitir que el paciente vea toda la información resumida. Hay otras estrategias, por supuesto, para aumentar la motivación respecto al cambio, pero a menudo hablar simplemente del lado negativo del conflicto produce directas expresiones de preocupación sobre el mismo.

Elaboración

Una vez que el tema motivacional ha surgido, es útil pedir al paciente que lo elabore. Esto ayuda a potenciar el tema y a que aparezcan afirmaciones automotivadoras. Una buena manera de hacerlo es pedir que el paciente comente ejemplos específicos, y que aclare por qué (en qué grado, de qué manera) cada uno de estos ejemplos le representan un problema. A continuación mostramos un ejemplo:

Paciente: Una de las cosas que considero un problema es el dinero.

Terapeuta: ¿De qué manera esto es un problema para usted?

P: Bien, porque he estado gastando mucho dinero con drogas y no pagando mis deudas.

T: Déme un ejemplo.

P: Esta última semana gasté unos 400 dólares. Empecé a gastar y aún sigo gastando.

T: Y realmente la cantidad sigue subiendo. ¿De qué otra manera le afecta el dinero?

P: Hago cosas sin sentido cuando estoy intoxicado.

T: Por ejemplo...

P: Le presté 300 dólares a un chico que me encontré. Nunca más lo volví a ver. Y compro cosas que no necesito.

T: Como, por ejemplo...

P: Un reloj. Una vez me compré este reloj tan fantástico. Al menos creía que era un muy buen reloj. Me costó mucho dinero.

T: ¿Cuánto le preocupa este tema del dinero?

P: Está empezando a ser un gran problema. Ya hay personas que vienen a llamarme a la puerta, que me llaman por teléfono, que me envían cartas desagradables. Tengo que hacer algo.

T: Y parece como si pensase que su forma de utilizar las drogas es parte del problema que usted tiene con el dinero.

P: Bastante. Sí.

En las primeras etapas de la entrevista motivacional, un objetivo útil para la elaboración es aprovechar un día habitual o un episodio de consumo. Preguntar en detalle sobre los cambios de conducta o de estado de ánimo, por ejemplo, aclarará las razones positivas que se tienen para tomar alcohol u otras drogas. Las áreas de preocupación también surgen de una forma bastante natural tras esa charla.

Utilizar los extremos

También se puede pedir a los pacientes que describan los puntos extremos de sus preocupaciones, que imaginen las consecuencias más negativas. Algunas de las preguntas para formular son las siguientes:

- ¿Qué es lo que más le preocupa?
- ¿Cuáles son los peores miedos que podría sufrir si no cambiase?
- ¿Cuáles cree que son las peores cosas que le podrían pasar si continúa comportándose de la manera en que lo ha venido haciendo hasta ahora?

Mirando hacia atrás

En ocasiones resulta útil que las personas recuerden el tiempo anterior a que el problema surgiera, y que comparen ese tiempo con la situación actual. A continuación citamos algunos ejemplos:

- ¿Recuerda un tiempo en el que las cosas le iban bien? ¿Qué es lo que ha cambiado?
- ¿Cómo eran las cosas antes de que empezara a beber tanto? ¿Cómo era usted entonces?
- Dígame, ¿cómo se conocieron ustedes dos, y qué les atrajo tiempo atrás? ¿Cómo eran entonces las cosas?
- ¿Cuáles son las diferencias entre el Pat de hace diez años y el Pat de hoy?
- ¿De qué forma su consumo de drogas ha hecho que usted parase, que no siguiera adelante?

con su desarrollo personal?

El hecho de volver atrás, hacia el uso de sustancias en el pasado, a menudo pone en evidencia que la tolerancia de la persona hacia ellas ha aumentado considerablemente. Esto se puede utilizar como un agente motivador importante si el terapeuta encuadra este fenómeno como un signo de peligro, siguiendo las directrices que serán descritas en el capítulo 8.

Mirando hacia delante

Ayudar a las personas a que imaginen un cambio futuro es otra forma de provocar afirmaciones automotivadoras. Aquí se pregunta al paciente cómo se imagina a sí mismo después de un cambio:

- Si decide cambiar, ¿cuáles son las esperanzas que tiene para el futuro?
- ¿Cómo le gustaría que le fueran las cosas?
- Entiendo que se siente realmente frustrado en este momento. ¿De qué manera le gustaría que las cosas cambiasen?
- ¿Cuáles son las opciones que tiene ahora? ¿Qué es lo que le gustaría hacer?
- ¿Cuáles serían los mejores resultados que usted podría imaginar si llevase a cabo un cambio?

Analizando los objetivos

Otro tipo diferente de enfoque consiste en pedir al paciente que le diga cuáles son las cosas que considera más importantes en su vida. (Esto se puede superponer de forma muy adecuada con el proceso de «mirar hacia adelante».) ¿Cuáles son los valores u objetivos a los que esa persona se aferra más? Rokeach (1973) ha descrito un procedimiento simple para evaluar las jerarquías de valores personales utilizando un grupo de tarjetas que describen los posibles valores ordenados por rangos en función del grado de importancia que les atribuye la persona. Desde el punto de vista de la entrevista motivacional, el objetivo de esta exploración es descubrir maneras en las que la conducta-problema es incoherente con o actúa en contra de los valores u objetivos más importantes del paciente. Cuando los valores u objetivos más preciados o centrales queden definidos, puede usted preguntar cómo el problema que está comentando (por ejemplo, beber) se encuadra dentro de esta situación. En el caso de un alcohólico, sería posible introducir una tarjeta con la palabra «beber alcohol» en el grupo que hay que ordenar según el método propuesto por Rokeach —una estrategia que en sí misma puede provocar una discusión útil con un paciente—. El punto central en este aspecto es analizar y desarrollar temas de discrepancia entre los objetivos importantes para la persona y la conducta-problema actual.

Paradoja

En ocasiones un terapeuta habilidoso puede hacer uso de una paradoja a fin de estimular las afirmaciones automotivadoras. El término «paradoja» hace referencia a una serie de tácticas terapéuticas diferentes, pero en este contexto queremos decir que el terapeuta asume de forma sutil el rol de «no problema» del conflicto del paciente. Asumiendo esta parte del conflicto, el terapeuta intenta provocar la parte opuesta —es decir, los comentarios de reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambiar, y optimismo—. A continuación citamos algunos ejemplos que indican cómo puede el

terapeuta asumir este rol:

Hemos llegado a un momento en que usted me comenta esto, pero tengo que decirle que no me ha convencido todavía de que usted reconozca que tenga una verdadera preocupación. ¿Es todo lo que tiene que decirme?

Permítame decirle algo que realmente me preocupa. Un programa como éste requiere mucha motivación y esfuerzo. No queremos empezar realmente a trabajar con alguien hasta que esté seguro de que necesita cambiar, y francamente, no creo que éste sea su caso. A medida que le escucho, no me siento seguro de que usted esté suficientemente motivado.

No estoy seguro de que usted crea que podría cambiar incluso si quisiera.

Para saber si dicha estrategia funciona efectúe esta prueba: si evoca afirmaciones automotivadoras por parte del paciente, entonces es efectiva. Pero no se confíe —las paradojas pueden actuar en su contra. En ocasiones una estrategia para provocar una paradoja se suele aplicar de forma muy directa, con la total participación y toma de conciencia del paciente. Con algunos pacientes, esto será muy beneficioso y estimulante:

Una de las cosas que creo que resultan útiles es la de clarificar las razones reales para cambiar. Le he oído comentar algunas de las razones por las cuales es usted reticente a pensar sobre la posibilidad de llevar a cabo un cambio, y ahora le voy a sugerir algo. Quiero mantener un pequeño debate con usted. Voy a defender la posición de que usted no tiene realmente un problema y de que no necesita cambiar, y me gustaría que usted hiciera todo lo posible para convencerme de lo contrario. ¿Me entiende? Voy a ser usted, y su tarea consiste en persuadirme de que realmente existe un problema que necesito analizar y hacer algo con él. ¿De acuerdo?

Los pacientes en ocasiones necesitan un estímulo adicional para implicarse en un role-playing de este tipo. Invierta los roles, haga que el paciente hable utilizando «su» lenguaje, mientras que usted como terapeuta habla con el «yo» y utilizando las razones anteriores del paciente en defensa de un «no problema». A continuación comentamos uno de estos casos:

Terapeuta: No puedo entender cuál cree usted que es el problema. Yo bebo tanto como beben mis amigos.

Paciente: Bien, usted bebe ciertamente más que la mayoría de sus amigos, y probablemente algunos de sus amigos son también personas que beben en exceso.

T: Pero esto no quiere decir que tengamos un problema. Quiero decir, ¿qué hay de malo en beber algo con alcohol?

P: No es que el beber algo con alcohol sea negativo. Pero usted es el último en irse de la fiesta. (Fuera del rol:) ¿Lo estoy haciendo bien?

T: (Fuera del rol:) Lo está haciendo bien. Pero no intente distraerme. No me contente con cualquier cosa. ¿De acuerdo?

P: De acuerdo.

T: (Dentro del rol:) Bien, ¡puedo controlarlo! Puedo beber toda la noche y no llegar a emborracharme.

P: Pero, ¿qué pasa a la mañana siguiente...?

Después de un tiempo, el terapeuta permite que el paciente le «convenza» de que existe un motivo de preocupación. Esta técnica no es apropiada para cualquier paciente, pero puede resultar una forma atractiva y entretenida para expresar y analizar la ambivalencia. Al mismo tiempo, provoca muchas afirmaciones automotivadoras por parte del paciente, que es quien debe defender la presencia de consecuencias negativas y la necesidad de cambiar.

La provocación de afirmaciones automotivadoras es una estrategia muy importante para crear una discrepancia. Oírse a uno mismo formulando afirmaciones como éstas tiende a aumentar la concienciación de la discrepancia que existe entre los objetivos que uno tiene y las acciones de ese momento. Cuanto mayor sea esta discrepancia, mayor será la motivación para el cambio. La primera de estas cuatro estrategias para el inicio de la entrevista motivacional se puede integrar dentro del desarrollo de la discrepancia a través de 1) plantear preguntas abiertas que favorezcan las afirmaciones automotivadoras, 2) devolviendo, en ocasiones de forma selectiva, los aspectos auto-motivadores de lo que un paciente ha dicho, lo que permite que éste lo pueda oír por segunda vez, 3) afirmar y reforzar al paciente por haber verbalizado afirmaciones automotivadoras, y 4) ofrecer resúmenes periódicos de temas automotivadores que el paciente ha ofrecido, permitiendo que éste los oiga una vez más como afirmaciones que él mismo ha realizado. Otras estrategias, tales como un feedback objetivo (véase capítulo 7), pueden servir también para aumentar la discrepancia percibida (Miller, 1983). La fase I de la entrevista motivacional se centra principalmente en construir la motivación mediante la amplificación y clarificación de la discrepancia.

Advierta que el hecho de estimular las afirmaciones automotivadoras suele ser importante no sólo en las primeras sesiones, sino también a lo largo de la terapia. La ambivalencia no desaparece habitualmente, sino que tan sólo disminuye. La provocación de afirmaciones automotivadoras por parte del terapeuta servirá como recordatorio continuo de las razones para mantener el compromiso para cambiar.

LOS CONTACTOS DE SEGUIMIENTO

El riesgo de que un paciente abandone el tratamiento es más elevado después de la primera sesión. En algunos estudios, el abandono en el tratamiento del alcoholismo ha sido por encima del 50 %. Las estrategias descritas anteriormente serán útiles para reducir el abandono, pero una estrategia adicional se ha demostrado que aumenta de forma significativa la probabilidad de que un paciente acuda de nuevo a fin de continuar el tratamiento. Esta estrategia adicional consiste simplemente en programar contactos de seguimiento.

En un estudio (Koumans, Muller y Miller, 1967), los pacientes alcohólicos que habían realizado un primer contacto con un servicio de psiquiatría se dividieron en dos grupos. Los primeros 50 sólo recibieron los procedimientos habituales de seguimiento, mientras los 50 siguientes recibieron una simple llamada telefónica después de la visita. De estos dos grupos, un 8 % de los pacientes del primero versus el 52 % de los del segundo, volvieron en busca de tratamiento, la mayoría de ellos en el espacio de una semana. Es decir, un simple contacto posterior aumentó la probabilidad de que el paciente continuase la terapia en algo más

que seis veces. En otro estudio (Koumans y Miller, 1965), 50 pacientes alcohólicos fueron seleccionados aleatoriamente después de una primera visita a fin de recibir «una carta personal en la que se expresaba la preocupación por el bienestar del paciente y en la que se repetía nuestra invitación a que volviera para recibir más asistencia»; luego se les comparó con otros 50 que no recibieron carta alguna. La probabilidad de que volvieran en busca de un tratamiento ambulatorio fue de un 50 % y un 31 % respectivamente.

Un simple contacto de seguimiento será también efectivo para prevenir el abandono precoz del tratamiento. Una clínica (Nirenberg, Sobell y Sobell, 1980) encontró que cuando los pacientes no acudían a una visita, una llamada telefónica personal (no una carta estándar) reducía la probabilidad de abandono de un 92 % a un 60 %. Cuando se cambió la carta de seguimiento de un formato impersonal a uno que expresaba con una mayor claridad el interés por el paciente, una sola carta reducía el abandono de un 96 % a un 66 %. Panepinto y Higgins (1969) encontraron de igual manera que una carta de seguimiento después de no haber acudido a un primer encuentro reducía el abandono precoz de un 51 % al 28 %. Intagliata (1976) documentó que los contactos telefónicos casi doblaban el grado de asistencia durante el seguimiento de pacientes alcohólicos que habían salido de un tratamiento en régimen de ingreso. Resumiendo, sencillas demostraciones de cuidado e interés tiene un gran efecto sobre la «motivación» del paciente para que éste vuelva al tratamiento (véase Wedel, 1965).

Hasta ahora hemos comentado las maneras que existen para aumentar la motivación del paciente durante los primeros contactos y sesiones. En el capítulo 7 analizaremos cómo se incorpora la información procedente de una correcta evaluación en el proceso de la entrevista motivacional.

CAPITULO 7

UTILIZANDO LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

¡Ojalá nos diera el gifie el Poder
de vernos como los demás nos ven!
Nos libraría de muchos errores...
ROBERT BURNS, «To a Louse»

Muchos programas terapéuticos incluyen alguna forma de evaluación antes de iniciar el tratamiento. Los objetivos de dicha evaluación son diversos, incluyen 1) la identificación de los problemas, 2) poder llegar a un diagnóstico, 3) saber si el paciente está preparado para iniciar un cambio, 4) comprender a la persona de una forma global, y 5) determinar qué tipo de tratamiento, si es que hay alguno, sería el más adecuado (Jacobson, 1989a). En la medida en que el tratamiento se pueda individualizar, una evaluación correcta ayudará a determinar los objetivos y estrategias más adecuados (Glaser y otros, 1984; Gottheü, McLellan y Druley, 1981; Miller, 1989b; Mi-Iler y Hester, 1986b).

Existe, sin embargo, otro uso potencial importante de una evaluación previa al tratamiento y que a menudo se pasa por alto. Consiste en utilizar los resultados de la evaluación como parte de la entrevista motivacional. Proporcionar al paciente un resumen de los datos obtenidos es muy útil a la hora de construir la motivación y fortalecer el compromiso para el cambio. En este capítulo ofrecemos varios temas referentes a la evaluación individual, que incluyen: 1) cómo preparar a los pacientes para la evaluación, 2) qué dimensiones hay que incluir en la evaluación global previa al tratamiento, 3) cómo evaluar la motivación en sí misma, y 4) cómo presentar los datos de la evaluación de una manera motivadora.

PRESENTANDO LA EVALUACIÓN

Desde un punto de vista reduccionista, tanto el terapeuta como el paciente ven la evaluación previa al tratamiento como una serie de vallas y obstáculos molestos que se deben franquear antes de que el tratamiento tenga lugar. Este punto de vista defiende que la evaluación no tiene ninguna utilidad para programar el tratamiento —un triste comentario que indica hasta qué punto podemos fracasar a la hora de individualizar el tratamiento en función de las necesidades concretas de la persona (Orford y Hawker, 1974)—. Si la evaluación se presenta de esta manera, tanto el terapeuta como el paciente es probable que la realicen de mala gana y quizás de una manera no muy seria, con el deseo de poderla resolver cuanto antes mejor.

Le recomendamos una manera totalmente diferente de considerar la evaluación y de presentarla a sus pacientes. La idea principal es que sin una evaluación correcta no sabrá realmente todo lo que necesita saber sobre un paciente. Si usted piensa de otra manera —que puede iniciar sin problemas el tratamiento sin preocuparse sobre la evaluación— le aconsejamos que lo reconsidere. Este punto de vista implica o bien que «un tratamiento funciona para todos los casos», o que su intuición personal es suficiente para resolver cada caso. Una evaluación adecuada es esencial en el desarrollo de un plan individualizado para cambiar. Cómo se debe realizar (y cuándo) esta evaluación

constituye el tema de la exposición que sigue a continuación.

Desde el comienzo, la evaluación se debe presentar al paciente de una manera motivadora. Es una forma de encontrar qué problemas (si es que hay alguno) se deben estudiar y cuál es la mejor manera de empezar. A la persona que no está convencida de que exista algún problema, cabría decirle: «Tal vez tenga usted razón. Yo verdaderamente no lo sé si no dispongo de más información. Realicemos una evaluación adecuada, y veamos qué es lo que podemos encontrar». En el otro extremo del espectro se encuentra la persona que es bastante consciente de los problemas y está convencida de la necesidad de un tratamiento inmediato. A ésta usted le puede decir: «Estoy contento de que reconozca sus problemas y quiera hacer algo con ellos ahora. Empecemos por llevar a cabo una evaluación adecuada, de manera que sepamos por dónde empezar, y exactamente cuáles son los problemas a los que nos enfrentamos. Si no lo hacemos así, es como el caso de un cirujano que intenta operar con una venda en los ojos». Cualquiera que sea la posición que ocupa la persona a lo largo de este continuo motivacional previo al tratamiento, el verdadero propósito de la evaluación es el de proporcionar una información adicional que resultará importante. Y en cualquier caso, los resultados de la evaluación los compartirá con el paciente.

Una cuestión práctica es la de decidir en qué momento se ejecutará la evaluación. Algunos programas requieren que los pacientes realicen una evaluación completa antes de ver al terapeuta. Hay claras desventajas en este procedimiento. La importancia de la evaluación tal vez no esté muy definida para el paciente, y por lo tanto éste no se lo tomará con seriedad y quizás responda con poco cuidado o de forma defensiva. La evaluación se verá como un obstáculo a lo que el paciente trae a la consulta, y se producirá un abandono del tratamiento por parte de éste. El enfoque que defiende que primero se debe realizar la evaluación también establece un tono de alguna manera impersonal desde el inicio de la vista. Además, no proporciona oportunidad alguna para evaluar las necesidades especiales del paciente para la evaluación o para la intervención en crisis.

Recomendamos, por lo tanto, que la experiencia terapéutica del paciente debe empezar con una entrevista motivacional, siguiendo las directrices descritas en el capítulo 6. Esto requiere una relación de trabajo personal y proporciona la base motivacional en la que se podrá pedir al paciente que realice la evaluación. Los detalles que se requieren para recoger los primeros datos se obtienen a partir de unos cuestionarios breves previos a la consulta, o hacia el final de la visita.

DIMENSIONES DE LA EVALUACIÓN

Existen muchos enfoques e instrumentos alternativos para utilizar en la evaluación previa sobre el uso de alcohol o de otras drogas. Estos enfoques se han revisado en detalle en otro lugar (Donovan y Marlatt, 1988; Jacobson, 1989a; 1989b; Lettieri, Nelson y Sayers, 1985; Lettieri, Sayers y Nelson, 1985; Sobell, Sobell y Ward, 1980), y su planteamiento escapa al tema de este libro. En lo que a nuestro tema se refiere, sólo comentaremos las ocho grandes áreas que creemos que cabe cubrir para realizar una evaluación general. Por supuesto, no es posible que todos los centros evalúen todas estas áreas. Para que un plan de evaluación sea factible, debe tener en cuenta tanto el tipo de pacientes que se atienden como los recursos de que se dispone.

1. Uso de alcohol/drogas

La dimensión más obvia es el uso que hace el paciente del alcohol y de otras drogas. Esto implica determinar qué drogas utiliza el paciente (incluyendo las drogas legales, como el tabaco y la cafeína, así como también la prescripción de algún tipo de medicación) de una forma regular o habitual. También se aplican

enfoques más detallados para aclarar la cantidad y frecuencia de dicho uso (véase Miller y Marlatt, 1984; Sobell y otros, 1980). Asimismo, es oportuno que el paciente realice autorregistros del uso de sustancias durante un período de tiempo previo y a lo largo del tratamiento (véase Miller y Muñoz, 1982; Wilkinson y LeBreton, 1986).

2. Problemas vitales

Una segunda dimensión importante es una revisión de los problemas que surgen en la vida de la persona, tanto si se consideran como «relacionados» o no con el uso de alcohol o de otras drogas. En esto se centran los cuestionarios-«tapadera» utilizados en población general, tales como el Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971) y el CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974). Sin embargo, analizar los problemas vitales de una manera más amplia, a fin de identificar otras dificultades que tengan un impacto sobre el tratamiento y la recuperación es muy útil (Miller y Marlatt, 1984).

3. Síndrome de dependencia

El pensamiento actual sobre el tema del diagnóstico se centra en el concepto de «síndrome de dependencia» asociado con el uso de ciertas drogas (American Psychiatric Association, 1987; Organización Mundial de la Salud, 1982). Entre los elementos comúnmente reconocidos (Edwards y Gross, 1976) encontramos 1) una alta probabilidad de uso, 2) una mayor urgencia o prioridad motivada por el uso, 3) un aumento de la tolerancia, 4) síntomas de abstinencia repetidos, 5) uso de la droga a fin de aliviar los síntomas de abstinencia, 6) una sensación de compulsión o ansiedad por el uso, y 7) una reaparición rápida de la adicción cuando la persona vuelve al uso después de un período de abstinencia. La gravedad de la dependencia se considera como un indicador importante de los resultados del tratamiento, y se puede medir de varias maneras (Jacobson, 1989a). La tolerancia de la droga (por ejemplo, ser capaz de beber grandes cantidades sin sentirse intoxicado) es un fenómeno común que muchos pacientes comentan fácilmente, y que cabría reformular a fin de inducir la motivación para el cambio (véase capítulo 8).

4. Análisis funcional

Las primeras tres dimensiones comentadas hasta ahora preguntan básicamente «¿cuánto?» y «¿qué complicaciones existen?»; una pregunta más importante es «¿por qué?». Desde la perspectiva motivacional, esta pregunta analiza los incentivos positivos para continuar con ese patrón de conducta.

El término de «análisis funcional» se refiere a un examen de la relación entre una conducta y el ambiente. Más concretamente, un análisis funcional analiza 1) los estímulos o situaciones concretas que preceden a la conducta (antecedentes), y 2) los acontecimientos que siguen típicamente a la conducta (consecuencias). Por ejemplo, una persona puede hacer uso del alcohol o de otras drogas en una situación concreta (cuando no puede dormir o cuando se siente ansioso) con la esperanza de obtener unos efectos específicos (para conseguir dormir, para sentirse más relajado). Un análisis funcional estudia esos antecedentes y consecuencias, a fin de aclarar el «significado» de la conducta para la persona (Miller y Muñoz, 1982).

El análisis funcional es importante para comprender la motivación del paciente para seguir tomando drogas y cambiar. Algunos de los enfoques de la evaluación motivacional comentados anteriormente son herramientas en ese sentido. El concepto relacionado de «dependencia psicológica» hace referencia a las maneras en que una persona utiliza una droga con el objetivo de afrontar las situaciones en cuestión (Miller y

Pechacek, 1987). Si usted quiere alentar a una persona para que deje una droga, es importante comprender y tratar estos temas, así como también asegurarse de que dicha persona dispone de habilidades alternativas para hacer frente a esas situaciones sin tomar la droga (Annis y Davis, 1989; Marlatt y Cordon, 1985). Si no, la persona tendrá una alta probabilidad de recaer.

5. Efectos biomédicos

El abuso de alcohol o de otras drogas causará efectos adversos sobre la salud física. Por esta razón, es acertado incluir medidas biomédicas en una evaluación general. Los enfoques más frecuentes incluyen análisis de sangre, un examen médico general, un estudio de la presión arterial y el examen LeGo (Babor, Kranzler y Lauerman, 1989; National Council on Alcoholism, 1972). La amplitud de este examen médico dependerá de consideraciones sobre los costos económicos, así como de la gravedad médica propia de la población estudiada.

6. Efectos neuropsicológicos

Se asocia a menudo un determinado nivel de daño cerebral con el abuso de alcohol, y parece que éste se produce de forma más precoz y con más frecuencia que el daño cerebral debido a otras causas físicas (Miller y Saucedo, 1983; Parsons, Butters y Nathan, 1987; Wilkinson, 1979). Una batería completa de test neuropsicológicos es costosa y requiere bastante tiempo de administración, pero cabe utilizar otro tipo de medidas más breves para el establecimiento de algunos problemas cognitivos. Así, el feedback de una afección del rendimiento en estos casos será un factor motivacional importante para un paciente, ya que esa información suele ser novedosa para éste y las personas no pueden disponer habitualmente de este tipo de información a partir de las experiencias de la vida cotidiana (Miller y Sovereign, 1989; Miller, Sovereign y Kregge, 1988). Las dificultades con la memoria son frecuentes, e incluyen el clásico «olvido» alcohólico. Dichas dificultades se deben evaluar durante la ponderación de los problemas asociados con el alcoholismo. Hay que tener en cuenta que el deterioro neuropsicológico a menudo desaparece claramente durante el primer mes de abstinencia en pacientes alcohólicos, y por tanto en esos casos es prudente posponer la evaluación, a fin de evitar los efectos de una intoxicación aguda y de la desintoxicación. Por otro lado, es fácil que la evaluación tras una abstinencia prolongada infravalore el daño característico de la persona cuando bebe.

7. Historia familiar

Será útil averiguar los problemas que han experimentado los familiares biológicos del paciente. El riesgo de presentar problemas con el alcohol parece estar influido en parte por factores genéticos. Recomendamos preguntar sobre los familiares que han experimentado problemas con el alcohol o con otras drogas (Miller y Marlatt, 1984; Schuckit, 1984). Otros patrones potencialmente importantes en la historia familiar incluyen los trastornos afectivos (tales como una depresión mayor), una personalidad antisocial, y un trastorno por déficit de atención (véanse Tarter, McBride, Buonpane y Schneider, 1987; Winokur, Reich, Timmer y Pitts, 1970).

8. Otros problemas psicológicos

Finalmente, el abuso de alcohol o de otras drogas está asociado a menudo con problemas psicológicos adicionales. Algunas de estas dificultades están asociadas con el uso de drogas, y desaparecen o disminuyen

cuando se trata el problema primario. A menudo, sin embargo, otros problemas persisten o empeoran, incluso tras largos períodos de abstinencia. Los niveles de depresión, trastornos de ansiedad, psicosis, suicidio, personalidad antisocial, problemas por déficit de atención, problemas matrimoniales y sociales, y déficits de habilidad social, se potencian entre las personas que abusan de drogas o del alcohol. Por esta razón, es adecuado buscar la presencia de otros problemas psicológicos. Debido a que dichos problemas a menudo aumentan por el uso activo de alcohol/drogas y pueden desaparecer a lo largo de la recuperación, es aconsejable realizar esta evaluación después de que la persona ya está libre del abuso de sustancias durante al menos un mes.

La evaluación global

Las ocho dimensiones descritas anteriormente suponen un reto importante para los terapeutas. Cada una de ellas es un área importante para la evaluación. Aunque existe algo de solapamiento entre estas dimensiones, saber algo sobre cualquiera de estas dimensiones nos dice relativamente poco con respecto a las otras siete. Hemos tratado a personas con un consumo elevado (1) y dependencia (3), pero curiosamente con pocos problemas vitales manifiestos (2), y poca o ninguna repercusión biomédica (5) o daño neuropsicológico (6). En los centros médicos se comprueba lo que Jellinek (1960) llamaba los «alcohólicos beta» —las personas que presentan problemas bio-médicos relacionados con el alcohol, sin otros problemas vitales o de dependencia significativos—. En resumen, todas las combinaciones de elevaciones son concebibles. A menos de que se evalúe una dimensión de forma directa, no se puede ser consciente del estado de la persona en ella.

Aunque en la realidad, el tiempo es limitado y la evaluación costosa. Una evaluación a través de las ocho dimensiones tardará varios días (véase National Council on Alcoholism, 1972). Un enfoque ideal sería el de poder evaluar cada una de estas dimensiones de una manera relativamente eficiente. Existen varios cuestionarios (Horn, Wanberg y Foster, 1987) y protocolos de entrevista (Addiction Research Foundation, 1985; Miller y Marlatt, 1984; Schuckit, 1984) diseñados con ese fin. Algunas dimensiones, sin embargo, no se pueden evaluar de una forma válida mediante autoinformes (por ejemplo, el funcionamiento hepático o el deterioro cognitivo).

La evaluación global ofrece varias ventajas. Proporciona un conocimiento importante sobre el número de dimensiones sobre las que el daño se ha producido. También permite diseñar el tratamiento en función de las necesidades y características de la persona. Las valoraciones obtenidas antes del tratamiento son comparables con las obtenidas en las mismas dimensiones después del tratamiento, a fin de evaluar y corroborar la mejoría. Finalmente, una evaluación general nos permite dar al paciente una revisión general de su estado en una amplia serie de medidas —un proceso que será muy útil a la hora de construir la motivación para el cambio (Miller y Sovereign, 1989).

EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN

Aunque la motivación se ha comentado ampliamente como un tema crucial en el tratamiento de las conductas adictivas, hasta hace relativamente poco tiempo no se han realizado algunos esfuerzos para medir esta importante dimensión. La evaluación directa de la motivación se añadirá a la lista anteriormente citada como una novena dimensión importante para la evaluación. La razón para una evaluación directa es simple. La motivación de un paciente para el cambio podría ser dudosa, incluso si se han evaluado las ocho dimensiones

restantes.

A menudo los terapeutas han evaluado la motivación de una forma informal, juzgando las conductas del paciente como el hecho de estar de acuerdo con el terapeuta, o si el paciente acepta o no el diagnóstico, o si expresa un deseo de ayuda, o si muestra un estado de estrés, o si cumple con el consejo indicado (Miller, 1985). Sin embargo, a excepción del cumplimiento del consejo estas conductas tienen poco valor a la hora de predecir el cambio.

Hasta el momento se han creado dos grandes enfoques para la evaluación directa de la motivación. Uno de ellos se centra en los beneficios percibidos por el paciente versus los daños de su conducta actual. El segundo explora la predisposición para el cambio reconocido por el paciente.

Balance decisional

La idea de un balance decisional (Appel, 1986; Janis y Mann, 1977) ya se ha planteado en el capítulo 2. Aquí insistiremos en que la motivación para el cambio surge cuando los costos percibidos de una conducta empiezan a sobrepasar los beneficios percibidos (véase figura 2.2. en el capítulo 2). Es importante que nos demos cuenta de que éste no es un tema que se resuelva de una forma sencilla mediante la proporción entre el número de factores positivos versus los negativos. Es posible, por ejemplo, que un paciente perciba muchos factores negativos que, sin embargo, se reequilibran con una motivación positiva intensa e importante.

Un enfoque frecuente consiste en evaluar lo que la persona percibe como consecuencias negativas de la conducta adictiva. Los instrumentos utilizados frecuentemente con una finalidad de control (por ejemplo, el Michigan Alcoholism Screening Test) incluyen ese tipo de ítem, aunque están mezclados con otros que miden signos de dependencia y otros que se refieren a la búsqueda de tratamiento.

La evaluación sistemática de lo que el paciente percibe como beneficios de la conducta adictiva es menos común. Estos beneficios serán motivaciones para continuar tomando drogas. El Alcohol Expectancy Questionnaire (Brown, Christiansen y Goldman, 1987) ofrece una evaluación sobre los efectos reforzadores que la persona espera del alcohol.

Cabe realizar un balance entre estos dos grupos de factores de varias maneras. Se puede construir una hoja de balance decisional a fin de resumir los efectos positivos versus los negativos que el paciente ha percibido. O preparar una hoja sencilla de balance con la ayuda de un paciente que trace una línea hacia abajo en el centro de una hoja de papel en blanco y enumere los pros y los contras de continuar tomando drogas, así como las razones a favor y en contra del cambio, en ambos lados. Ofrecemos un ejemplo en el capítulo 4 (tabla 4.1.).

Vale la pena decir que la construcción de una hoja de balance decisional no es una mera evaluación pasiva de la motivación actual. Es muy probable que esta evaluación influya sobre la motivación. Una revisión sistemática de las motivaciones negativas versus las positivas, por ejemplo, ayudará al paciente a clarificar por primera vez el peso relativo que atribuye a estos factores. Así, la mera evaluación de la motivación hará que ésta cambie. Esto pone en evidencia lo que hemos discutido anteriormente —que la motivación es un estado o proceso dinámico, más que un rasgo estático de personalidad.

Disponibilidad para cambiar

Otro enfoque consiste en preguntar al paciente directamente sobre su deseo o disponibilidad para cambiar. Aquí hay varios conceptos diferentes implicados: 1) el juicio de la persona respecto a una necesidad de cambiar, 2) la percepción de la posibilidad de que ocurran unos cambios, 3) la auto-eficacia de la persona para el cambio, y 4) la intención manifestada por la persona para cambiar en el futuro, o dentro de un período de

tiempo específico. Estos constructos se convierten a menudo en preguntas generales sobre el cambio. (Observe el solapamiento de estos conceptos con los tipos de afirmaciones automotivadoras que recomendamos provocar a los pacientes al inicio de la entrevista [véase capítulo 6]).

Un contexto conceptual para juzgar la disponibilidad para el cambio nos lo proporciona el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1984). Estos autores han creado la University of Rhode Island Change Assessment (URICA), un instrumento para medir las etapas generales del cambio, sin hacer una referencia específica a las conductas adictivas. Un instrumento paralelo, la Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SÓCRATES), evalúa las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente en lo que respecta al alcohol o a otras drogas de abuso (Montgomery y otros, 1990).

UN FEEDBACK PERSONALIZADO

La motivación para el cambio se produce cuando la persona percibe una discrepancia entre el momento en que se encuentra y el lugar al que quiere llegar. Un feedback personalizado de los resultados obtenidos a partir de medidas y test objetivos será una información persuasiva para poder convencer a los pacientes de que no se encuentran donde deberían estar.

El enfoque general que recomendamos consiste en proporcionar a los pacientes sus propias puntuaciones en una serie de medidas relacionadas con un área-problema (por ejemplo, beber alcohol). Cada puntuación es acompañada de una explicación, así como también de una comparación de la puntuación del paciente con una muestra normativa u otra información interpretativa. Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Trell y Hood (1983), por ejemplo, dieron información médica a sus pacientes sobre sus niveles de gammaglutamiltransferasa (GGT), un enzima hepático que indica un consumo excesivo de alcohol. A estos pacientes se les dio la información de que sus niveles se encontraban por encima del valor normal, y de que dichas elevaciones eran predictivas de un riesgo a largo plazo de enfermedad y de muerte prematura. Hemos de ser conscientes de que tanto la puntuación personal como la información interpretativa —comparar la puntuación personal con una muestra normativa— son cruciales—. Explicar a las personas que los niveles elevados de GGT son arriesgados es de poco interés a menos que la persona sepa si su propio nivel es elevado. Así, decir a alguien cuál es su nivel de GGT no es una información interesante a menos que la persona tenga algo con qué compararla. Dar puntuaciones personales y una información interpretativa de éstas es lo que genera una discrepancia motivacional.

Un ejemplo de esta estrategia de feedback es el Chequeo sobre el Alcohol, que ha sido desarrollado en la Universidad de Nuevo México. Se anunció al público general mediante avisos como el siguiente, que aparecieron en un periódico local:

La Universidad de Nuevo México está ofreciendo un Chequeo sobre el Alcohol para personas que quieran descubrir si están siendo afectadas por el uso que hacen del alcohol. Este chequeo no forma parte de ningún programa terapéutico y no está diseñado para alcohólicos. Más bien es un servicio de información sobre la salud. Los participantes no serán etiquetados o diagnosticados, y la consulta es completamente confidencial. Se proporcionará un feedback objetivo y personalizado de los resultados. El participante decidirá determinar lo que quiera hacer, si es que quiere hacer algo, con la información obtenida (Miller y Sovereign, 1989, pág. 223).

Las personas que se presentaron al chequeo estaban, casi sin excepción, afectadas de forma significativa por el alcohol, pero casi ninguna había considerado iniciar un tratamiento con anterioridad. En dos estudios controlados, las personas con problemas de alcohol mostraron reducciones significativas en la frecuencia con que

bebían después de recibir los resultados del chequeo (Miller y Sovereign, 1989; Miller y otros, 1988). Esta misma estrategia se aplica al inicio del tratamiento, a fin de aumentar la motivación para el cambio.

Recomendamos que se haga siempre un feedback estructurado de la evaluación de los resultados que se consigue proporcionando a los pacientes un informe explicativo de sus resultados (Miller y otros, 1988). Hacemos hincapié en que este informe no se entrega simplemente al paciente, sino que lo revisa, punto por punto, delante de la persona, un terapeuta reconocido utilizando un estilo de entrevista motivacional.

El enfoque básico consiste en ayudar al paciente a comprender unos resultados en cierta manera complicados. El terapeuta evita específicamente utilizar estos resultados para «probar» algo, o para presionar al paciente a aceptar un diagnóstico o un curso de acción concreto. Cada resultado es descrito, junto a la información necesaria para comprender lo que significa. Cuando se le pide su opinión, el terapeuta ofrece una, pero siempre dentro de un contexto que permite al paciente formarse sus propias conclusiones. Los resultados se presentan con un comentario preliminar que pone en evidencia esta libertad para poder elegir:

- No sé lo que hará con estos resultados, pero...
- Esto quizá le preocupe o quizás no....
- No sé si esto le importará, pero...

El tono de voz utilizado tampoco debe sugerir de nada. De hecho, los pacientes habitualmente están muy interesados y preocupados por ese feedback de los resultados, y no necesitan demasiado estímulo por parte del terapeuta. En cualquier caso, un estilo altivo por parte del terapeuta probablemente disminuirá la apertura del paciente para con el feedback.

Otro punto importante a la hora de devolver dicho feedback es el de pedir y reemitir las propias reacciones del paciente. Encontramos mucho más efectivo provocar las propias reacciones del paciente que decirle lo que debería sentir. Como hemos comentado anteriormente, la revisión de los resultados de la evaluación personal es una buena oportunidad para provocar afirmaciones automotivadoras. En el curso de la reacción a su feedback, es probable que los pacientes que hagan comentarios sobre su reconocimiento de los problemas o que muestren que están considerando la posibilidad de cambiar. Esto se puede provocar preguntando al paciente por su reacción durante el proceso de feedback:

- ¿Qué es lo que hará con esto?
- ¿Es esto lo que usted esperaba?
- Le estoy dando mucha información. ¿Qué es lo que piensa en este momento?
- ¿Qué piensa sobre esto?

Un terapeuta sensible también puede seleccionar y responder a las reacciones no verbales del paciente durante el feedback de los resultados. Éstas suelen incluir el movimiento afirmativo de la cabeza, fruncir el ceño o el entrecejo, un suspiro, un silbido bajo, levantar las cejas, o bien lágrimas. La escucha reflexiva es una excelente manera de responder tanto a las reacciones verbales como a las no verbales ante el feedback. A continuación comentamos algunos ejemplos posibles:

- Esto realmente le cogió por sorpresa —tal vez no era lo que usted esperaba.

- Cosas como ésta se le hacen difíciles de escuchar.
- Imagino que esto puede darle algo de miedo.
- Se está empezando a preocupar sobre lo que puede hacer con esto.
- Imagino que debe ser duro ver esto, porque de alguna manera usted oirá a su mujer que le dice: «Ya te lo dije».
- Es difícil de creer.
- Esto debe ser molesto o confuso para usted.

Nos gustaría añadir, también, que este tipo de feedback tal vez evoque reacciones emocionales intensas en algunos pacientes, y los terapeutas deben estar preparados para enfrentarse a éstas (véase capítulo 10). Los miedos y las lágrimas no son infrecuentes cuando las personas reciben un feedback personal intensivo con respecto al riesgo y a los problemas de sus conductas.

Al final de un período de feedback de la evaluación, es muy útil resumir lo que ha ido surgiendo (véase capítulo 6). Dicho resumen debería incluir los siguientes elementos: 1) los riesgos y problemas que han surgido de los datos de la evaluación, 2) las propias reacciones del paciente al feedback, incluyendo las afirmaciones automotivadoras que ha realizado, y 3) una invitación para que el paciente añada información o corrija el resumen. Este resumen a menudo representa el punto de paso de la fase I a la fase II de la entrevista motivacional, y será oportuno seguir directamente con las estrategias para fortalecer el compromiso. Éstas se ofrecerán en el capítulo 9. Pero primero vamos a exponer cómo manejar la resistencia del paciente cuando ésta surge durante cualquiera de las fases de la entrevista motivacional.

CAPÍTULO 8

AFRONTANDO LA RESISTENCIA

Todavía eres joven, y no sabemos si tuviste bastante.
 Doctor Bob a Clarence S., citado en Ernest Kurtz, Not-God:
 A History of Alcoholics Anonymous

EL ROL DEL TERAPEUTA EN LA RESISTENCIA

La forma en que se afronta la resistencia es un tema crucial en la entrevista motivacional. Éste es uno de los aspectos en que la aproximación que estamos describiendo es drásticamente diferente de una estrategia confrontativa tradicional (véase capítulo 5). Un objetivo importante de la entrevista motivacional consiste en evitar que surja o que aumente la resistencia. Cuanto más se resista un paciente, con menos probabilidad ese paciente cambiará (Miller y Sovereign, 1989). Una elevada resistencia está también asociada con un abandono del tratamiento (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh y Forgatch, 1984). Los pacientes tratados por un terapeuta conocedor de la técnica motivacional muestran niveles relativamente bajos de resistencia.

En este argumento está implícita otra idea importante de la entrevista motivacional: la resistencia del paciente es un problema del terapeuta. Quizá esto parezca una afirmación demasiado contundente. Por ejemplo, algunos pacientes mostrarán mucha resistencia independientemente del enfoque terapéutico que se utilice, pero existen excepciones para cada regla. También está claro que el nivel de resistencia del paciente está influido por factores diferentes al del terapeuta. Los pacientes que han sido derivados por otros recursos, por ejemplo, se ha observado que muestran una mayor resistencia inicial que los pacientes que han acudido por iniciativa propia (Chamberlain y otros, 1984).

La investigación nos indica, sin embargo, que el grado con el que los pacientes «se resisten» está claramente determinado por el estilo del terapeuta. Este dato no es debido tan sólo a las diferencias entre terapeutas. Las grandes diferencias en la resistencia del terapeuta se han podido observar también cuando el mismo terapeuta utiliza varios enfoques —diferentes entre sí con los pacientes (Miller y Sovereign, 1989), o incluso cambia de estilo dentro de una misma sesión (Patterson y Forgatch, 1985)—. La conclusión que podemos extraer de estos estudios es que los terapeutas cambian su estilo de formas que disminuirán (o aumentarán) la resistencia del paciente. Es deseable provocar bajos niveles de resistencia por parte del paciente, ya que este patrón está asociado con un cambio a largo plazo (Miller y Sovereign, 1989).

Éste es un punto importante, ya que implica que el terapeuta puede juzgar su éxito en la terapia, en parte, a partir del grado con el que sus pacientes muestran una resistencia —cuanto menos, mejor—. De esta manera, sus pacientes le darán un feedback sobre la efectividad con que usted aplica la entrevista motivacional. Ésta es una gran ventaja a la hora de aprender a adaptar este enfoque a su propio trabajo. Si lo que recibe es resistencia, cambie las estrategias que está utilizando.

Este capítulo sólo tiene dos objetivos. Primero, le ofrecemos una definición simple y muy práctica de lo

que es la resistencia, y le enseñamos a reconocerla. Posteriormente discutimos algunas estrategias generales que se pueden utilizar cuando surge la resistencia. Estas estrategias serán útiles tanto para la fase I, cuando se construye la motivación para el cambio, como para la fase II; pero esto se planteará en el capítulo 9. La resistencia surge a menudo durante la primera sesión, y por lo tanto estas estrategias serán importantes desde un inicio. El pico de resistencia aparecerá durante la fase intermedia de la terapia (Chamberlain y otros, 1984). En la fase II, cuando se está potenciando el compromiso y negociando un cambio de plan, un manejo adecuado de la resistencia será también crucial. El material que expondremos en este capítulo, por lo tanto, será importante a lo largo de todo el proceso de la entrevista motivacional.

RECONOCER LA RESISTENCIA

Algunos terapeutas creen que la resistencia surge debido a las características personales del paciente. Las primeras teorías psicodinámicas, por ejemplo, consideran la resistencia como algo sintomático de conflictos inconscientes que se instauran durante la infancia. En este sentido, la resistencia entra por la puerta junto con el paciente.

En el capítulo 1 hemos cuestionado este punto de vista, que atribuye la resistencia "por entero a las características del paciente. En su lugar, hemos defendido que la resistencia surge, en gran parte, debido a la interacción interpersonal del terapeuta con el paciente. Un cambio en el estilo del terapeuta provoca un cambio en la resistencia del paciente. Éste es un punto de vista muy práctico del aquí y ahora de la resistencia. Y esto significa que podemos hacer algo al respecto.

Pero, ¿qué es resistencia? Desde nuestro punto de vista, la resistencia es una conducta observable que surge durante el tratamiento. Ésta indica al terapeuta que el paciente no está siguiendo el curso normal de la terapia. Desde el punto de vista del modelo de Prochaska y DiClemente, esto puede significar que el terapeuta utiliza unas estrategias que no son apropiadas al estado de cambio en el que se encuentra el paciente en dichos momentos. De alguna manera, es la forma que tiene el paciente de decir: «Espere un minuto. No opino como usted. No estoy de acuerdo con usted». La tarea general del terapeuta en ese momento es la de retroceder, descubrir dónde se encuentra el paciente, y trabajar desde ese punto. Para hacer esto, usted necesita ser capaz de reconocer la resistencia cuando ésta se produce.

Un grupo de investigación en Oregón desarrolló un sistema útil e inteligente para observar la conducta de resistencia del paciente durante las sesiones de tratamiento (Chamberlain y otros, 1984). Este sistema se revisó posteriormente para estudiar su posible uso en la investigación sobre el tratamiento de los problemas de alcohol en la Universidad de Nuevo México (Miller, 1996). En este sistema existen cuatro categorías mayores de conductas de resistencia en el paciente. Todas ellas se ha podido observar que son predictivas de la conducta de consumo de alcohol a largo plazo (Miller y Sovereign, 1989). Estas categorías se muestran en la tabla 8.1.

Para ser sinceros, estas categorías se pueden solapar. A menos que se esté realizando una investigación detallada, no es importante saber con exactitud qué categoría corresponde a una correcta clasificación para una respuesta concreta de un paciente. Lo importante es que las respuestas de este tipo se consideren como resistencia, e indiquen que el paciente se está desplazando de lo que es la dirección del cambio correcta. De forma contrapuesta a las conductas de resistencia encontramos las afirmaciones automotivadoras descritas en el capítulo 6. Hemos observado que el estilo de entrevista motivacional produce altos niveles de afirmaciones automotivadoras y una resistencia relativamente baja, mientras que un estilo de confrontación de la negación

provoca altos niveles de resistencia y pocas afirmaciones automotivadoras (Miller y Sovereign, 1989).

Las respuestas de resistencia son completamente normales durante la terapia, y su aparición en los inicios no es una razón para preocuparse. Será un problema, sin embargo, si tales respuestas persisten o aumentan como un patrón general del paciente a lo largo de la sesión o en el curso del tratamiento. Su forma de actuar como terapeuta determinará en gran medida si la resistencia inicial se convierte en un patrón estable y persistente de resistencia. La forma en que usted responde a la resistencia del paciente marca la diferencia y diferencia a la entrevista motivacional de otras aproximaciones.

ESTRATEGIAS PARA MANEJAR LA RESISTENCIA

La devolución simple

Una buena estrategia general consiste en responder a la resistencia con una resistencia. Un simple reconocimiento del desacuerdo del paciente, de sus emociones o de su percepción puede permitir un análisis posterior más que una defensividad, y así se evitará la trampa de la confrontación-negación. En ocasiones se logra también un pequeño cambio en el énfasis a través de la devolución. En la página siguiente citamos algunos ejemplos, con códigos que indican la categoría correspondiente de resistencia en la tabla 8.1.

PACIENTE: No soy la única que tiene un problema. Si bebo es porque mi marido siempre se está metiendo conmigo. (3a, *culpabilización*)

TERAPEUTA: Parece que para usted la razón real para beber tanto tiene que ver con problemas que tiene en su matrimonio.

P: Esto quiere decir que soy tan adicta como cualquiera de las otras personas que acuden a tratamiento. Creo que lo puedo dejar en cualquier momento que así lo desee, (1b, *desacuerdo*)

T: Esto que dice es confuso. No puede ver cómo es realmente.

P: ¿Quién es usted para decirme esto? ¿Qué es lo que usted sabe sobre la heroína? ¡Probablemente nunca se haya fumado un porro! (1b, *desvalorización*)

T: Parece que está bastante enfadada conmigo.

P: ¿No quiero dejarlo! (3h, *no intención de cambiar*)

T: No cree que eso le sería beneficioso.

P: No podría cambiar incluso si así lo quisiera. (3f, *pesimismo*)

T: No ve ninguna salida en la que pueda confiar, y podría fracasar si lo intentase.

Devolución amplificada

Un enfoque relacionado y muy útil para retornar al paciente lo que ha dicho es a través de una forma amplificada o exagerada, es decir, hacerlo de una manera incluso más extremista de lo que el paciente lo ha hecho. Si da resultado, esto estimulará al paciente a retroceder un poco, y fomentará la otra parte de la ambivalencia del paciente. Esto se debe realizar con arte, ya que un tono sarcástico o demasiado extremista puede hacer que la sobrevaloración de un comentario provoque una reacción hostil o bien una reacción de resistencia.

Tabla 8.1. Cuatro categorías de la conducta de resistencia del paciente.

-
1. Argumentar. El paciente pone a prueba la habilidad, nivel de conocimientos o integridad del terapeuta.
 - 1a. Retar. El paciente pone a prueba de forma directa lo que el terapeuta ha dicho.
 - 1b. Desvalorizarían. El paciente cuestiona la autoridad personal del terapeuta y sus conocimientos.
 - 1c. Hostilidad. El paciente expresa la hostilidad de forma directa hacia el terapeuta.

 2. Interrumpir. El paciente corta e interrumpe al terapeuta de una manera defensiva.
 - 2a. Discutir. El paciente habla mientras que el terapeuta está todavía hablando, sin esperar un momento en que se produzca una pausa o un silencio.
 - 2b. Cortar. El paciente corta con palabras de una forma claramente intencionada al terapeuta (por ejemplo, «Ahora espere un minuto. Ya he oído bastante»).

 3. Negar. El paciente expresa no querer reconocer los problemas, o cooperar, o aceptar la responsabilidad, o aceptar un consejo.
 - 3a. Culpabilizar. El paciente culpabiliza a los demás de sus problemas.
 - 3b. Estar «e» desacuerdo. El paciente está en desacuerdo con la sugerencia que ha realizado el terapeuta, sin ofrecer una alternativa constructiva. Esto incluye la expresión familiar «Sí, pero...», que expresa lo que está mal en las sugerencias que se han realizado.
 - 3c. Excusarse. El paciente utiliza excusas para justificar su conducta.
 - 3d. Reclamar la impunidad. El paciente defiende que no corre peligro alguno.
 - 3e. Minimizarían. El paciente sugiere que el terapeuta está exagerando los riesgos o peligros, y que «realmente no está tan mal».
 - 3f. Pesimismo. El paciente hace comentarios generales sobre sí mismo o sobre los demás que son pesimistas, autoculpabilizadores, o de tono negativo.
 - 3g. Reticencia. El paciente expresa reservas y reticencia sobre la información o el consejo dado.
 - 3h. No querer cambiar. El paciente expresa una falta de deseo de querer cambiar, o una intención de no cambiar.

 4. Ignorar. El paciente da señales de no seguir o de ignorar al terapeuta.
 - 4a. Falta de atención. La respuesta del paciente indica que no está siguiendo o no está atendiendo al terapeuta.
 - 4b. falta de respuesta. Cuando responde a las preguntas del terapeuta, el paciente da una respuesta que no es adecuada a la pregunta.
 - 4c. No respuesta. El paciente da una respuesta no audible o no verbal a la pregunta del terapeuta.
 - 4d. Desviarse. El paciente cambia la dirección de la conversación que el terapeuta está persiguiendo.
-

Nota: adaptado de un sistema de codificación de conductas propuesto por Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh y Forgatch (1984).

PACIENTE: No puedo dejarlo. ¿Qué pensarían mis amigos? (3g, *reticencia*)

TERAPEUTA: De hecho, le resultaría difícil poder dejarlo todo.

P: Puedo aguantar una copa de licor. Me mantengo todavía en pie cuando el resto de gente ya está debajo de la mesa. (3d, *reclamar la impunidad*)

T: Entonces usted no tiene nada de lo que realmente deba preocuparse; el alcohol no le hace daño alguno.

P: Mi mujer siempre está exagerando a ese respecto. Nunca he estado tan mal. (3e, *minimización*)

T: Le parece que ella no tiene motivo alguno por el que preocuparse por usted...

P: Eso no puede ser verdad. Yo no bebo realmente tanto, (1a, *retar*)

T: Usted cree que puede haber ocurrido algo raro con el test o con los cálculos.

P: Estos estudios sobre el cáncer no creo que demuestren nada en concreto. (1b, *desvalorización*)

T: Tal y como usted lo ve, el cáncer de pulmón no tiene nada que ver con el fumar. Ocurre cuando tiene que ocurrir.

Aconsejamos que las respuestas se realicen de una forma directa y con intención de apoyo. Un tono vocal de sarcasmo, incredulidad o impaciencia podría hacer que su respuesta fuera interpretada como hostil, y provocaría así la resistencia del paciente.

La devolución de los dos aspectos de la ambivalencia

Otro enfoque dentro del terreno de la escucha reflexiva consiste en reconocer lo que el paciente ha dicho y en añadirle la otra parte de su ambivalencia. Esto requiere el uso de material que el paciente ha comentado con anterioridad, aunque quizá no en la misma sesión. A continuación citamos algunos ejemplos:

PACIENTE: No soy un alcohólico. Es simplemente que Pat estuvo casada con un alcohólico, y piensa que cualquier persona que beba de más tiene un problema (3a, *culpabilizar*)

TERAPEUTA: Cree usted en ocasiones tener problemas con el beber en exceso, pero le parece que Pat está exagerando.

P: No fumo más que la mayoría de mis amigos. ¿Qué tiene de malo fumarse un porro de vez en cuando? (3c, *excusarse*)

T: Entiendo lo confuso que esto puede ser para usted. Por un lado me ha dicho lo preocupado que está por fumar cannabis y cómo esto le afecta, y por otro lado parece como si no fumase más que el resto de sus amigos. ¡Resulta difícil poderlo comprender!

P: Sé que lo que usted quiere es que lo deje del todo, pero, ¡yo no lo haré! (3h, *no querer cambiar*)

T: Puede usted ver que existen algunos problemas reales en todo esto, pero no quiere pensar en dejarlo todo de golpe. P: De acuerdo, tal vez tenga algunos problemas con la bebida, pero no soy un alcohólico. (3e, *minimización*)

T: No tiene ningún problema a la hora de ver que su forma de beber le está perjudicando, pero realmente no quiere que se le ponga ninguna etiqueta.

Cambio de tema

Un enfoque diferente consiste en desviar la atención del paciente de lo que parece un bloque inmóvil en medio del camino de progreso hacia el cambio. Este enfoque tiene que ver con el hecho de dar la vuelta

alrededor de los obstáculos más que con intentar saltar por encima. Esta forma de salirse del camino será una buena manera de salir de la resistencia cuando se ha encontrado un tema particularmente difícil.

PACIENTE: De acuerdo, tal vez tenga algunos problemas con el alcohol, pero no soy un alcohólico. (3e. minimización)

TERAPEUTA: No creo que éste sea realmente el tema en absoluto, y ahora no quiero que usted se preocupe por esto. No es importante para mí si quiere verse a sí mismo como un alcohólico o no. Yo estoy preocupado, de la misma forma que usted, sobre algunas de las cosas que parecen estar ocurriendo en su vida. Dígame algo más sobre...

P: Sé lo que usted quiere: que lo deje del todo, pero, ¡yo no lo haré! (3h, no querer cambiar)

T: ¡Tranquilo! ¡Tan sólo estamos al inicio del juego y usted ya está intentando adivinar el resultado final! Ciertamente no estoy preparado para llegar a conclusión alguna en este momento. No sabemos aún lo suficiente como para hablar siquiera sobre el dejar la bebida, por lo tanto no se obsesione o se preocupe por esto. ¿De acuerdo? Lo que necesitamos hacer en este momento...

Acuerdo con un giro

Otra forma de darle la vuelta a la resistencia es ofreciendo un acuerdo inicial, pero con un leve giro o cambio de dirección. Esto supone un sentido de concurrencia entre el terapeuta y el paciente, pero permite al terapeuta que continúe influyendo en la dirección y el momento del cambio.

PACIENTE: ¿Por qué están usted y mi esposa tan centrados en el hecho de que yo beba alcohol? ¿Qué pasa con sus problemas? Usted también bebería si su familia estuviese todo el tiempo metiéndose con usted. (3a, *culpabilización*; 3c, *excusarse*)

TERAPEUTA: Usted ha sacado un buen tema, y eso es importante. Aquí tenemos un punto de vista más amplio, y puede que no le haya prestado demasiada atención. No es tan sencillo como el que una persona beba. Estoy de acuerdo con usted en que no deberíamos intentar culpabilizar a nadie. De hecho problemas de alcoholismo implican a toda la familia. Creo que está totalmente en lo cierto.

Enfatizar la elección y el control personales

Como ya hemos mencionado anteriormente, la resistencia a menudo surge a partir del fenómeno de la reacción (véase capítulo 1). Cuando las personas piensan que su libertad para elegir está siendo amenazada, tienden a reaccionar afirmando su libertad (por ejemplo, «Le voy a enseñar; nadie me tiene que decir lo que tengo que hacer»). Esto es, de nuevo, una reacción común y natural ante la percepción de la pérdida de libertad, y no una única condición patológica asociada a la adicción. Probablemente el mejor antídoto para esta reacción consista en dejar claro a la persona lo que realmente es cierto: que al final, es el propio paciente el que determina lo que ocurre. Una aclaración inicial de este tipo puede disminuir la reacción. A continuación citamos algunos comentarios posibles por parte del terapeuta:

- Lo que puede hacer con esta información depende totalmente de usted.
- Nadie puede dejar la bebida por usted. Es realmente una decisión suya.
- No puedo decidir por usted, ni hacerle cambiar, incluso aunque así quisiera. Usted es una persona

libre, y eso depende de usted.

- Si usted decide que no quiere cambiar, entonces no lo hará. Si quiere cambiar, podrá. Depende siempre de usted.

Reformulación

Otra forma de hacer frente a la resistencia es a través de la reformulación de la información que ha comentado el paciente. Esto es particularmente útil en una situación en la que el paciente refiere argumentos que sirven para negar un problema personal. Este enfoque reconoce la validez de las observaciones generales de un paciente, pero ofrece un nuevo significado o interpretación de éstas. La información del paciente se reformula de una nueva manera, vista de modo que es más probable que sea de utilidad y contribuya al cambio.

Una oportunidad casi universal en la reformulación en el caso de personas con problemas con el alcohol es a través del fenómeno de la tolerancia relativa. Es muy normal en el caso de los bebedores importantes de alcohol que comenten que están menos afectados por el alcohol que el resto de personas. Pueden beber grandes cantidades sin sentir o mostrar el grado de intoxicación que en condiciones normales cabría esperar. Durante la evolución de este tipo de personas, esta capacidad tiende a aumentar (hasta el punto en que el daño hepático se hace significativo, y la tolerancia metabólica disminuye). La tolerancia se produce por varias razones. A través de los meses o años de beber de forma importante, el cuerpo humano desarrolla alguna capacidad para procesar el alcohol más rápidamente. Sin embargo, este aumento en la adaptación en el metabolismo del alcohol es muy limitado y no puede dar cuenta de una disminución en la reacción a la intoxicación. En gran parte, la tolerancia aumenta hasta fracasar a la hora de sentir o mostrar el alto nivel de alcohol que se encuentra de hecho en el torrente sanguíneo. Esto se produce a través de una combinación de aprendizaje y condicionamiento, adaptación del tejido corporal, y de una insensibilidad a los efectos del alcohol que puede ser parcialmente heredada. Lo que esto quiere decir es que las personas con problemas de alcoholismo consumen habitualmente cantidades de alcohol que son tan importantes como para causar un daño al organismo, pero no lo sienten o lo muestran. En esencia, carecen de los sistemas normales de alarma que protegen a la mayoría de personas de beber en exceso. Aquí aparece la ocasión para poder utilizar la reformulación. Muchos de las personas con problemas de alcoholismo consideran la habilidad para «poder aguantar el alcohol» como un signo de que están en un buen estado de salud, y de que son más capaces de beber con impunidad que el resto de personas. Esta información sugiere precisamente lo contrario: que la tolerancia al alcohol es un factor "de riesgo. A continuación presentamos un ejemplo sobre este tipo de reformulación:

TERAPEUTA: Entonces algo más de lo que ha podido observar sobre su forma de beber es que realmente puede aguantar más el alcohol que el resto de personas, por decirlo de alguna manera. Puede beber mucho más que el resto de personas sin sentirse y aparentar estar borracho. Hasta ha sido capaz de engañar a las personas, de manera que no puedan decirle cuánto ha bebido.

PACIENTE: Correcto. Siempre me he comportado así.

T: Sí, no sé si usted lo sabe o no —de hecho muchas personas no lo saben— pero eso es algo para preocuparse. Ya verá, la mayoría de las personas, cuando toman una o dos copas, empiezan a sentir los efectos y algo ocurre. No quieren seguir bebiendo. Algo les dice que ya tienen bastante. Pero algunas personas, desgraciadamente, tienen lo que se llama una alta tolerancia. No tienen lo que podríamos llamar los síntomas normales de alarma. Puede ser que de

hecho hayan nacido sin ellos, o que los hayan perdido o ignorado —nadie está seguro de por qué ocurre esto—. El resultado, sin embargo, es que se hacen daño sin que se den cuenta de ello.

P: Pero si no estoy sintiendo nada, ¿cómo puede ser que me emborrache?

T: Imagine lo siguiente: que de pronto pierde todo el sentido del dolor. Nunca más en su vida sentirá dolor físico alguno. La sensación la ha perdido. ¿Es eso bueno o malo?

P: En gran parte bueno, supongo.

T: Muchas personas pensarían que sería maravilloso, una increíble bendición. Pero de hecho sería como una maldición. Su salud y su vida estarían en gran peligro. La primera señal de que ha puesto su mano encima de una plancha caliente sería el olor a quemado. Se pondría en tensión o se haría daño en los dedos y seguiría haciéndose daño porque no se daría cuenta de lo que le está ocurriendo. No tendría los dolores que son las primeras señales de que los dientes se están deteriorando o de que padece una enfermedad, y en el momento de que hubiese descubierto el problema sería demasiado tarde para hacer algo a fin de poder remediarlo. Las personas con una alta tolerancia al alcohol, la suficiente como para que deteriore significativamente sus cuerpos, no sienten o muestran su intoxicación. Las personas de su alrededor no pueden verlo fácilmente, porque no parecen estar borrachas. Se están haciendo daño a sí mismos porque carecen de los signos normales de alarma. De lo que usted está hablando no es de una especial habilidad que pueda tener su cuerpo para eliminar el alcohol a una velocidad sobrehumana. El alcohol está ahí, haciéndole daño. De lo que usted está hablando es de la tolerancia, y de la falta de este sistema de alarma. Y eso es un motivo de preocupación.

Este amplio ejemplo muestra cómo la reformulación puede implicar una enseñanza detallada —la comunicación de nueva información que el paciente necesita a fin de poder comprender su situación bajo una nueva perspectiva—. Sin embargo, algunas veces la reformulación es mucho más simple y se puede aplicar con unas pocas frases. A continuación citamos dos ejemplos más:

PACIENTE: Mi marido me controla constantemente por el hecho de que bebo. Siempre lo repite, dice que soy una alcohólica.

TERAPEUTA: Parece que realmente se preocupa por usted, que está muy preocupado por usted. Imagino que lo expresa de una manera que le irrita, y eso es demasiado negativo para usted. Tal vez lo podamos ayudar a que se dirija a usted de una mejor manera para decirle que le quiere y que está preocupado por usted.

P: ¿Qué utilidad tiene esto? He intentado dejar el alcohol y creo que he perdido la esperanza. Me siento cansada. Estoy extenuada. No quiero seguir intentándolo.

T: Puede parecer tonto que le diga que «Siempre está oscuro antes del amanecer», pero es así. Cuando las personas están en el punto más bajo, en lo más profundo del valle, es más difícil ver la luz. Creo que todo el esfuerzo que usted ha puesto en intentarlo muestra que realmente quiere recuperarse. La admiro por eso. Por lo tanto no lo deje ahora. ¿Recuerda la rueda del cambio de la que hemos hablado? Cada vez que usted da la vuelta, está cada vez más cerca de salir de ella. Usted ha descubierto muchas cosas que no le funcionan. Ahora intentemos utilizar ese fuerte deseo, para seguir avanzando hasta encontrar qué no funciona en su caso.

Paradoja terapéutica

La idea de presentar a los pacientes una paradoja terapéutica es algo común en de los trabajos de los terapeutas sistémicos que trabajan con familias (véase Haley, 1963). Hemos mencionado brevemente algunas estrategias paradójicas en el capítulo 6, en lo referente a la provocación de las afirmaciones automotivadoras.

Como aproximación para manejarla resistencia, la paradoja terapéutica es de alguna manera más compleja. Está pensada para colocar al paciente en una posición en la que la oposición o la resistencia ante el terapeuta provocan un movimiento en una dirección beneficiosa. Algunas estrategias de este tipo son aplicables dentro de la entrevista motivacional. Como hemos comentado anteriormente, consideramos sin embargo, a los intervenciones paradójicas como arriesgadas y que requieren una habilidad considerable. Por esta razón, recomendamos que sean utilizadas cuando otras estrategias se hayan aplicado sin éxito alguno, y aconsejamos una cierta cautela en su aplicación.

Un ejemplo de una paradoja terapéutica general consiste en «la prescripción para seguir con el problema». Si todos los esfuerzos por cambiar se encuentran con una oposición, el terapeuta puede recomendar que el paciente debería continuar como antes, sin cambiar, o incluso aumentar la conducta en cuestión. Esto no se realiza de una manera enfadada o crispada. Muy a menudo se hace en un tono directo pero calmado. De hecho, se dan las razones que justifican por qué la persona no debería cambiar. A continuación citamos dos ejemplos:

1. Hemos hablado sobre las dificultades que tiene usted y hemos discutido una pocas opciones diferentes que tiene para cambiar. Lo que me sorprende es que ninguna de estas opciones le llame la atención. Realmente parece muy feliz con su antigua forma de comportarse, al menos cuando usted la compara con cualquier otra alternativa. Me parece, por lo tanto, que lo que debería hacer es precisamente seguir con lo que hacía anteriormente. No existe motivo alguno para seguir con el problema de intentar cambiar si lo que realmente quiere hacer es seguir de la misma manera.

2. Recuerde lo que hemos comentado sobre los pros y los contras de beber alcohol, y aunque me dijo unas cuantas razones sobre por qué el alcohol le está causando problemas, creo que lo que estoy oyendo es que para usted los pros aún sobrepasan a los contras. Usted está muy satisfecho con la forma en que ha estado bebiendo alcohol, y realmente no quiere cambiar. Ésta es una elección que le corresponde a usted realizar, y quizá sea lo que debería hacer. Claramente, sería difícil para usted poder cambiar su forma de beber —podría ser demasiado duro—. Puede que incluso no lo pudiera hacer si lo intentase. El tema es que parece que lo que realmente quiere es continuar bebiendo tanto como lo ha hecho hasta ahora, o incluso más. Tal vez esto sea todo lo que usted necesita. Quizás realmente necesita el alcohol para poder enfrentarse a la vida.

Este último ejemplo muestra otro elemento que en ocasiones se denomina como «paradójico», y que cabe incluir en la entrevista motivacional. Éste consiste en introducir el elemento del reto, que es una pregunta implícita sobre si la persona es capaz de hacer algo. Una frase así: «Si usted puede controlar eso», puede provocar afirmaciones automotivadoras que ratifican la habilidad del paciente para cambiar. Otros ejemplos incluyen: «No sé si eso sería demasiado difícil para usted pero...», o «Puede ser que esto sea pedirle demasiado a

usted».

Las complejidades de la paradoja terapéutica se han estudiado en detalle en algún otro lugar (Frankl, 1960; Haley, 1963; Stanton, Todd y otros, 1982). Mencionamos este enfoque sólo para decir que un terapeuta que sepa utilizar esta técnica la puede utilizar dentro del contexto de la entrevista motivacional. De nuevo, sin embargo, aconsejamos precaución.

MANEJANDO LAS FALTAS A LAS VISITAS

Cualquier terapeuta sabe que no es infrecuente que los pacientes falten a algunas visitas y que abandonen el tratamiento casi al comienzo. Existen una serie de razones para que esto pueda ocurrir. El que no les guste el terapeuta o el estar en desacuerdo con él es una posibilidad que se puede minimizar si el terapeuta sigue los procesos de la entrevista motivacional. Curiosamente, lo contrario también puede ser también un problema. Si el paciente ha llegado a la conclusión de que usted como terapeuta le gusta y le respeta, es probable que evite el retroceder en su proceso a fin de no contrariarlo con comentarios de que ha recaído o mostrándole su indecisión con respecto a la idea de cambiar. La única solución para esto que nosotros conozcamos es lo que Carl Rogers (1957) denominó «actitud positiva incondicional» —la comunicación de aceptación y respeto, independientemente de lo que el paciente exprese—. Puede decir a sus pacientes de forma bastante directa que quiere volver a verles otra vez al margen de lo que decidan hacer, que está interesado por ellos y que quiere ayudarles sin importarles lo mal que parezca que vayan las cosas.

En ocasiones un paciente falta a las sesiones porque se muestra ambivalente con respecto a continuar o no en el proceso de cambio. Dicha ambivalencia es normal, pero a menos que usted intervenga para renovar el contacto, el paciente puede optar por una evitación pasiva, y la ambivalencia acabará con el proceso terapéutico.

Otra razón por la que los pacientes abandonan el tratamiento es que pe-ciben que ya han recibido bastante más de lo que querían. Los pacientes que dejan de colaborar con los procedimientos terapéuticos (por ejemplo, seguir realizando autorregistros o leyendo el libro de autoayuda) tal vez sigan evolucionando tan bien como aquellos que continúan colaborando con las recomendaciones terapéuticas (véase por ejemplo, Miller, 1978; Miller y Taylor, 1980). Los abandonos, por lo tanto, no son necesariamente malas noticias. En el capítulo 3 hemos revisado una serie de estudios que muestran que la terapia motivacional, por sí sola, es suficiente para que muchos pacientes inicien un cambio.

Creemos que las estrategias descritas en este libro deberían ser de ayuda para reducir el abandono de los pacientes, y existen bastantes datos que apoyan el hecho de que el estilo del terapeuta es muy importante (Miller, 1985b). Sin embargo, es imposible prevenir el abandono, y sería poco realista esperar que así fuera. Algunos pacientes no vuelven tal y como cabría esperar. Usted puede, sin embargo, responder de una forma útil cuando un paciente no acude a una visita. No se siente pasivamente a esperar que el paciente vuelva a contactar de nuevo con usted. Como ya comentamos en el capítulo 6, una simple nota personal (no una carta formal) o una llamada telefónica cuando un paciente no ha acudido a una cita puede duplicar las posibilidades de que el paciente vuelva (Intagliata, 1976; Nirenberg, Sobell y Sobell, 1980; Panepinto y Higgins, 1969; Wedel, 1965).

EL DRAMA DEL CAMBIO

La resistencia es la clave para un tratamiento exitoso si usted la reconoce tal y como es: una

oportunidad. Para expresar la resistencia, el paciente probablemente esté representando una escena que ya ha interpretado muchas otras veces con anterioridad. Existe un rol que se espera que usted interprete —el que otros han interpretado en el pasado—. Lo que tiene que decir es, por lo tanto, predecible. Si dice lo que se espera, como otros han hecho antes, la escena acabará de la misma manera que acabó antes.

Pero puede volver a escribir el rol de su personaje. Su papel en la obra necesita que no sea monótono, que no refiera los comentarios de siempre que espera su paciente. La terapia es, de alguna manera, como un teatro de improvisación. Ninguna sesión se parece exactamente a la otra. Si un actor cambia el rol, el argumento cambiará de sentido. Siguiendo las palabras de Ebenezer Scrooge, «si las direcciones cambian, las metas también cambiarán».

A menudo la resistencia es el tema de la obra. El cambio de guión introduce drama y excitación a la obra. Si vemos a la resistencia como algo de carácter enfermizo, entonces cometemos un triste error. La resistencia está en el centro mismo de las interacciones entre los personajes. Surge de las motivaciones y de las luchas de los actores entre sí. Presagia algunos posibles finales hacia los cuales la obra quizá se dirija o quizás no. El verdadero arte de la terapia se somete a examen en el reconocimiento y manejo de la resistencia. En esta etapa el drama del cambio se desvela.

CAPITULO 9

FASE II: FORTALECIENDO EL COMPROMISO PARA EL CAMBIO

Para decir la verdad se precisan dos personas: una para hablar y la otra para escuchar.

HENRY DAVID THOREAU, *Una semana en los ríos Concord y Merrimack*

RECONOCIENDO LA DISPONIBILIDAD PARA EL CAMBIO

La primera fase de la entrevista motivacional implica la creación de la motivación para el cambio. Esto lleva más tiempo con algunos pacientes que con otros. Siguiendo los conceptos de las etapas de Prochaska y DiClemente, algunos pacientes empiezan en la precontemplación, y otros están al inicio de la contemplación. Otros empiezan el tratamiento manifestando ya una decisión de cambiar y necesitan que se les ayude relativamente poco a crear una motivación para el cambio.

Entonces llega un momento en el que es necesario cambiar las estrategias —cuando el objetivo cambia de la creación de la motivación (fase I) a un aumento del compromiso (fase II)—. En este momento el paciente está preparado para cambiar, pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo. Los vendedores reconocen un tema similar en el tema de las ventas: cuando el comprador ha decidido de forma privada comprar algo, y cambia las estrategias para cerrar la compra. Un entrenador importante nos comentó en una ocasión que éste es el período más crítico en las ventas, y que la tarea principal en este momento es la de ayudar a la persona a confirmar y justificar la decisión de lo que ha hecho. Saber exactamente cuándo hay que cambiar las estrategias es una de las habilidades que diferencia a los vendedores con éxito del resto. De forma similar, a la hora de cocinar existen valoraciones críticas que cabe aplicar: cuándo ha hervido el líquido lo suficiente, cuánto tiempo debe estar la masa en reposo para dejar que suba antes de cocerla, o cuándo está el azúcar lo suficiente caliente como para utilizarlo. Si procedemos demasiado pronto o demasiado tarde se puede estropear la receta.

No se preocupe demasiado por esto. De hecho, dudamos que a menudo exista un momento exacto o ideal. La etapa de contemplación se parece más a un largo continuum, que va desde los primeros a los últimos momentos de la disponibilidad para cambiar. Creemos que una vez que una persona ha llegado al final de la etapa de contemplación o a la de determinación, existe una cierta ventana de tiempo durante la cual el cambio se debería iniciar. El tiempo que esta ventana permanece abierta variará considerablemente, pero el reconocimiento de una discrepancia importante es demasiado incómodo para mantenerlo durante mucho tiempo. Si el cambio no se ha iniciado, la persona es probable que empiece utilizando defensas destinadas a disminuir el malestar (racionalización, minimización, negación, olvido, proyección, etc.). Es importante reconocer cuándo hay que abrir la ventana, a fin de ayudar al paciente a empezar a sacar la cabeza por ella.

¿Cuáles son los signos de una ventana abierta? Aquí aún se necesita bastante investigación a este respecto. En el momento presente, podemos sugerir algunas de las señales que hemos utilizado para poder intuir

cuándo hay que cambiar de la fase I a la fase II (véase tabla 9.1.). No todas estas señales se producirán en todos o incluso en la mayoría de casos, pero son signos posibles de disponibilidad para el cambio. Cuando se dan tales indicadores de disponibilidad, ha llegado el momento de cambiar de dirección hacia un nuevo objetivo: fortalecer el compromiso del paciente. Éste puede ser un proceso útil, incluso cuando un paciente inicia el tratamiento ya aparentemente cuando ya ha decidido cambiar. Las estrategias presentadas en este capítulo son apropiadas para fortalecer el compromiso, una vez que un paciente ha entrado en la última parte de la etapa de contemplación y parece tener la motivación suficiente como para seguir hacia la etapa de acción.

Ésta puede ser una parte gratificante del proceso. La fase I de la entrevista motivacional tal vez sea lenta y un trabajo duro —un poco como subir por una montaña llevando raquetas de nieve—. Una vez que este trabajo duro ha sido realizado, la fase II puede seguir hacia delante de una manera más fácil —como bajar esquiando por el otro lado—. Para ser realistas, existen imprevistos en el camino de bajada, y ahora vamos a presentar algunos de ellos. Sin embargo, el ritmo tiende a ser más rápido y más agradable. Hay un sentido de compañerismo con el paciente, un sentimiento de sentirse cercano a la persona, de decidir qué camino seguir, y después seguir juntos por ese camino. En lo alto de la montaña, la principal tarea es la de persuadir al paciente de que siga con usted hacia abajo por el otro camino, más que quedarse allí y decidir al final retroceder hacia atrás por el camino por el que vinieron. Cuando llegan a la fase II, gran parte del trabajo duro de la entrevista motivacional ya está hecho. Sólo queda que el paciente se ponga los esquíes, elegir una bajada adecuada, hacer que la decisión se lleve a cabo, y disfrutar del viaje de bajada evitando las rocas, desfiladeros y abismos. Como terapeuta, usted será una guía a lo largo de este proceso.

Tabla 9.1. Signos de disponibilidad para el cambio.

-
1. Disminución de la resistencia. El paciente deja de discutir, interrumpir, negar o realizar objeciones.
 2. Disminución de las preguntas sobre el problema. El paciente parece tener información suficiente sobre su problema, y deja de hacer preguntas. Existe una sensación de haber acabado.
 3. Resolución. El paciente parece haber llegado a una resolución y está más tranquilo, relajado, calmado, aliviado, o seguro. En ocasiones esto ocurre después de que ha pasado por un período de angustia o llanto.
 4. Afirmaciones automotivadoras. El paciente realiza afirmaciones automotivadoras directas (véase capítulo 6), que indican un reconocimiento de un problema («Imagino que eso es serio», de preocupación («Esto me preocupa»), de apertura al cambio («Necesito hacer algo»), o de optimismo («Voy a superar esto»).
 5. Aumento de las preguntas sobre el cambio. El paciente pregunta qué es lo que podría hacer con el problema, cómo cambian las personas si así lo deciden, o algo similar.
 6. Imaginando. El paciente empieza a hablar sobre cómo podría ser la vida después de un cambio, o a prever dificultades que podrían surgir si se llevara a cabo un cambio, o a comentar las ventajas de un cambio.
 7. Experimentación. Si el paciente ha tenido tiempo entre las sesiones, tal vez haya empezado a experimentar con los diferentes enfoques posibles para poder cambiar (por ej., acudir a grupos de Alcohólicos Anónimos, estar sin beber durante algunos días, leer un libro de autoayuda).

FASE II: IMPREVISTOS

Como hemos visto anteriormente, existen unos cuantos imprevistos para el terapeuta a la hora de negociar los itinerarios de la fase II. A continuación citamos tres que se deben tener en cuenta.

Subestimar la ambivalencia

Es muy tentador asumir que una vez que el paciente muestra signos de disponibilidad para cambiar (tabla 9.1.), la decisión ya ha sido tomada y todo lo que sigue es una cuesta abajo. Esto confunde el proceso de decisión con un proceso con una gran D de Decisión. La mayoría de decisiones para cambiar no se toman de pronto, de una vez por todas. Las personas entran a menudo en una etapa de acción con bastante ambivalencia. Realizan los primeros pasos de tanteo mientras que aún no están seguros del camino que pueden seguir. En ocasiones parecen haber evolucionado bien a lo largo del camino, sólo para dar la vuelta y retroceder. Existe un alto riesgo, por lo tanto, de mostrarse demasiado entusiasta ante los primeros signos de progreso hacia el cambio. En nuestra analogía alpina, en esa situación el paciente puede ser como un estudiante reticente que al final ha conseguido el coraje para llegar hasta la cima, sólo para ser arrastrado por el instructor hasta el final de lo que parece ser la bajada más amenazante y escarpada. El mismo cuidado y estilo que caracteriza la fase I se debería mantener durante la fase II, y de hecho también a lo largo de todo el proceso terapéutico. La ambivalencia no desaparece después de que se ha tomado la decisión de iniciar el proceso de cambio.

Sobreprescripción

Un segundo peligro de la fase II consiste en prescribir un plan que es inaceptable para el paciente. Puede existir una tendencia a decir: «Ahora que ya está dispuesto a cambiar, le voy a decir qué es lo que tiene que hacer». Esto infringe el tono centrado en el paciente de la entrevista motivacional, y corre el riesgo de deshacer el progreso que se ha realizado. No existe motivo alguno, a la hora de crear la motivación del paciente, para ofrecer un plan que es inaceptable. En ocasiones uno se encontrará con dificultades incluso cuando cumple lo que parece ser una simple sugerencia. El paciente responde: «Sí, pero esto no funcionará porque...» y adopta el rol pasivo de alguien que está esperando a que se le ofrezcan soluciones por parte de un experto. El énfasis que se hace en la fase I en la responsabilidad y elección personales se extiende a la fase II, así como también en la negociación de las estrategias para cambiar.

Directividad insuficiente

El riesgo contrario consiste en proporcionar al paciente muy poca orientación. La pregunta «¿Qué es lo que puedo hacer?», se contesta mejor mediante el uso de diferentes alternativas que con una simple reflexión. Si un enfoque no directivo general se mantiene en la fase II («Entonces está considerando qué es lo que puede hacer»), el terapeuta confundirá al paciente. Las estrategias que ahora describimos pretenden orientarle entre los dos extremos, entre una prescripción rígida y una directividad insuficiente. El objetivo es canalizar la motivación del paciente a través de un plan de cambio que sea moldeable y de fortalecer el compromiso del paciente para llevar a cabo el plan.

LA RECAPITULACIÓN

Un primer paso para realizar la transición a la fase II consiste en resumir una vez más la situación actual del paciente, tal y como ha sido explicada en su relación con él hasta el momento. Esto significa que cuenta con el efecto que produce el haber llegado al final de la fase I. La extensión de su resumen dependerá de la complejidad de la situación del paciente. Es recomendable empezar con un comentario que introduzca la idea de que usted trata de integrar todo lo que ha comentado, a fin de considerar qué se hará a continuación. Su recapitulación debería incluir tantos elementos como sea posible de los siguientes:

1. Un resumen de las percepciones personales del paciente sobre el problema tal y como se expresa en sus afirmaciones automotivadoras.
2. Un resumen de la ambivalencia del paciente, incluyendo lo que sigue considerando como positivo o atractivo de la conducta-problema.
3. Una revisión de todos los datos objetivos que usted tiene con respecto a la presencia de riesgos y problemas.
4. Una repetición de todos los indicadores que el paciente ha referido sobre el deseo, la intención o la consideración de cambiar.
5. Su propia evaluación de la situación del paciente, particularmente en temas en los que coincide con las preocupaciones propias de éste.

El objetivo de este resumen es el de resumir tantas razones como sea posible, mientras que simultáneamente se reconoce la resistencia o ambivalencia del paciente. La recapitulación se aplica como una preparación final para la transición hacia el compromiso, y lleva directamente hacia la formulación de unas preguntas clave.

LAS PREGUNTAS CLAVE

De acuerdo con el tono de la fase I, no se les dice a los pacientes lo que tienen que hacer, sino más bien se les pregunta lo que quieren hacer. El tiempo aquí no es importante. Las preguntas se deben formular cuando el paciente se encuentra en el punto álgido de la concienciación del problema. Así, es importante reconocer cuándo ha conseguido llegar usted a este punto álgido con el paciente.

Las preguntas clave son preguntas abiertas. No se pueden responder con un simple «Sí» o «No». Hacen que el paciente piense y hable sobre el cambio. El tema central de las preguntas clave es aclarar «el paso siguiente».

Tabla 9.2. Posibles preguntas clave.

¿Qué es lo que cree que hará?

¿Qué es lo que quiere decir con su forma de beber?

Ahora debe ser incómodo para usted ver todo esto... ¿Cuál es el siguiente paso?

¿Qué es lo que usted cree que tiene que cambiar?

¿Qué podría hacer? ¿Qué opciones tiene?

Parece como si las cosas no pudieran seguir de la manera en que han seguido hasta ahora. ¿Qué es lo que piensa hacer? De las cosas que he mencionado aquí, ¿cuáles son las razones más importantes para cambiar? ¿Cómo lo hará?

¿Qué es lo que ocurrirá ahora? ¿Hacia dónde nos dirigimos ahora? ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas a partir de ahora, de una forma ideal? ¿Qué es lo que le preocupa sobre su forma de cambiar el uso que hace de las drogas? ¿Cuáles serían algunas de las cosas positivas de la posibilidad de cambiar?

Habitualmente, estas preguntas se formulan inmediatamente después de la recapitulación, pero pueden ser de utilidad a lo largo de toda la fase II. Algunos ejemplos de preguntas clave los ofrecemos en la tabla 9.2.

Las respuestas del paciente a las preguntas clave surgen, como antes, con la reflexión. Esto sirve para clarificar los pensamientos del paciente y estimular un análisis posterior. La reflexión también se usa de forma selectiva a fin de reforzar las afirmaciones automotivadoras que son realizadas (capítulo 6) y de hacer frente a la resistencia que pueda surgir (capítulo 8). La responsabilidad personal del paciente, la libertad, y la posibilidad de poder elegir se deben enfatizar de nuevo durante el proceso. Tenga cuidado de no cambiar totalmente hacia un modo de abordaje de resolución de problemas. Las estrategias comentadas en capítulos anteriores continúan siendo útiles durante la fase II.

INFORMACIÓN Y CONSEJO

A menudo durante esta fase el paciente le pedirá información o querrá que le dé ideas. En estas circunstancias es muy adecuado ofrecer su mejor consejo. Es importante, sin embargo, que no caiga en comentarios del tipo «Sí, pero...», lo que es realmente una variación de la trampa de confrontación-negación. En esta situación, el terapeuta da una información y el paciente dice en qué no está de acuerdo, o el terapeuta sugiere una idea, y el paciente responde diciendo por qué ésta no funcionará. Unos cuantos «asaltos» de este tipo conducirán a una situación sin salida.

Hay varias formas de evitar llegar a este punto. Primero, no se entusiasme usted demasiado cuando deba dar consejos. Espere a que se le invite de forma directa o que se le pida información. Juegue el papel de ser un poco inaccesible, haciendo que el paciente le haga más preguntas o le pida que le dé un consejo:

- Me gustaría darle algunas ideas, pero no quiero interferir en su pensamiento creativo, y usted es el único experto en sí mismo.
- No estoy seguro de que realmente quiera mi consejo. Puede que tenga algunas ideas propias sobre lo que quiere hacer.
- Por supuesto que puedo decirle lo que pienso, si realmente usted lo quiere saber. Pero no quiero hacerle sentir que yo tengo que decirle lo que usted tiene que hacer. ¿Realmente le interesa mi opinión?

Segundo, modere todas las sugerencias que haga. Quizá sea útil dar un consejo de una manera deliberadamente no personal, permitiendo que el paciente juzgue cómo se ajusta a su situación. A continuación

le ofrecemos algunos comentarios introductorios para conseguirlo:

- No sé si esto le servirá o no, pero le puedo dar una idea de lo que ha sido útil para otras personas en su situación.
- Esto puede o no tener sentido para usted, pero es una posibilidad. Usted tendrá que juzgar si se ajusta a su situación o no.
- Todo lo que puedo darle, por supuesto, es mi opinión. Usted es realmente el único que tiene que decidir si le resulta útil o no.
- Algunas personas han... [haga la sugerencia]. Me pregunto si esto le sería de utilidad a usted.

Un tercer enfoque útil consiste en ofrecer no uno sino un conjunto de opciones. Algunos datos apuntan a que cuando las personas escogen un curso de acción de entre una serie de alternativas, es más probable que la sigan y que consigan tener éxito (Miller, 1985b). Esto además evita el fácil patrón de «Sí, pero...» en el que el paciente rechaza una sugerencia cada vez que se le ofrece alguna en concreto:

- Bien, realmente no existe manera alguna que vaya bien para todo el mundo. Le daré los diferentes enfoques que otras personas han utilizado con éxito, y usted decide cuál de ellos le irá mejor.
- Déjeme describirle una serie de posibilidades, y usted me dirá cuál de ellas tiene más sentido para usted.

NEGOCIAR UN PLAN

A través de las respuestas del paciente ante preguntas clave y su propio aporte de información y consejo, puede empezar a surgir un plan para cambiar. El desarrollo de este plan es un proceso de negociación que implica 1) establecer los objetivos, 2) considerar las opciones, y 3) establecer un plan.

1. Establecer los objetivos

La motivación surge de una discrepancia entre los objetivos de una persona y su estado actual. Un primer paso para instigar el cambio, por lo tanto, es el de establecer unos objetivos claros hacia los cuales dirigirse. Las preguntas clave en este sentido podrían ser las siguientes:

- ¿Cómo le gustaría que cambiaran las cosas?
- ¿Qué es lo que quiere cambiar?
- Si usted pudiera conseguir con éxito lo que ahora quiere, ¿qué es lo que cambiaría?
- Vamos a considerar las cosas una por una. ¿Cuál cree que es el primer paso?

Esto nos lleva a la probabilidad de que los objetivos del paciente puedan o no corresponder con el suyo propio. Por ejemplo, usted puede querer que un paciente en concreto abandone al alcohol y el resto de drogas psicoactivas para el resto de su vida, mientras que él estará más preocupado con la posibilidad de poder mejorar su matrimonio y, a lo sumo, reducir su consumo de alcohol hasta niveles de moderación. ¿Cómo manejaría esta situación?

El hecho es que usted no puede imponer sus propios objetivos a su paciente. Podría ofrecer su mejor consejo, pero el paciente siempre es libre de aceptarlo o rechazarlo. El hecho de discutir e insistir es más probable que provoque una defensividad que un acuerdo. De nuevo, tiene poco sentido trabajar dentro de la estrategias de la entrevista motivacional durante la fase I, sólo para alienar al paciente con un estilo rigidamente prescriptivo durante la fase II. Es mucho mejor, creemos, mantener una alianza de trabajo intensa con el paciente, y empezar con objetivos hacia los cuales él se muestre más entusiasta para continuar progresando. Si estos objetivos no se afrontan adecuadamente, esto se hará evidente desde muy pronto.

Un tema sobre el que los terapeutas y los pacientes a menudo no se ponen de acuerdo es el grado de aceptación del paciente de pasar por un síndrome de abstinencia. Habitualmente el terapeuta quiere una abstinencia total desde un primer momento, y el paciente la rechaza o se resiste. En dicho caso, es posible negociar los objetivos que representan un progreso hacia la recuperación, a pesar que no sea todo lo que al terapeuta le gustaría conseguir. Miller y Page (en prensa) han descrito tres posibles alternativas para pasar por un síndrome de abstinencia, alternativas a una abstinencia inmediata: 1) un período convenido de intento de abstinencia, 2) un proceso de reducción gradual hacia la abstinencia, y 3) un período de intento de moderación. En los casos en que los problemas sean menos graves, la moderación puede ser un objetivo inicial adecuado (Miller, 1987), aunque incluso en dicha situación muchos pacientes tal vez opten por una abstinencia para más adelante (Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, en prensa). Lo importante es seguir al paciente, definiendo objetivos aceptables y accesibles que representen un progreso hacia la recuperación.

Recuerde mantener un punto de vista global a la hora de discutir los objetivos. Aunque pueda parecer que el que usted propone sea un objetivo concreto, es probable que el paciente tenga objetivos más amplios que sea importante discutir. Como comentamos en el capítulo 6, la concienciación de estos objetivos más amplios será útil para crear la motivación para el cambio. Quizás quiera usted sugerir al paciente unos objetivos adicionales que considere importantes para el bienestar del mismo y para los esfuerzos por cambiar que pueda hacer (por ejemplo, conseguir un trabajo o dejar de compartir jeringuillas).

Una forma de evaluar si un objetivo ya seleccionado es accesible consiste en pedir al paciente que considere las consecuencias de seguir este curso particular de acción. Es posible que un paciente tenga preocupaciones que aún no ha expresado. Algunas de las preguntas posibles son las siguientes:

- ¿En qué grado podría ser su vida diferente, si usted siguiera esta idea y lo dejara todo de una vez?
- Usted ha comentado qué le gustaría reducir lo que toma, por lo tanto hablemos sobre esto durante unos instantes. ¿Cómo cree que esto le iría a usted?
- Entonces ése es su objetivo. ¿Qué es lo que podría ir mal si sigue este plan?
- Si tuviese éxito a la hora de conseguir este objetivo, ¿qué más cree que podría ocurrir? ¿Qué es lo que podría ser bueno o no tan bueno a la hora de conseguir ese objetivo?

Esto a menudo lleva de forma natural al siguiente paso: considerar cómo podría actuar el paciente una vez conseguido el objetivo. El éxito no es simplemente un tema de «poder de voluntad» una vez que el objetivo ya ha sido delimitado. Habitualmente hay cosas que el paciente puede hacer para aumentar las posibilidades del éxito. Antes de seguir adelante, sin embargo, asegúrese de que el objetivo parece ser el correcto. Si el paciente está expresando unas preocupaciones serias sobre la accesibilidad o deseabilidad del objetivo, entonces probablemente usted necesite hacer algo más de trabajo antes de continuar.

2. Considerar las opciones de cambio

Una vez que unos objetivos claros ya han sido definidos, el siguiente paso consiste en considerar los métodos posibles para conseguir dichos objetivos. Una revisión de cuáles son las modalidades terapéuticas alternativas escapa al tema de este volumen (véase Cox, 1987; Garfield y Bergin, 1986; Hester y Miller, 1989), pero es interesante que ahora consideremos tres puntos generales.

Primero, la literatura sobre los resultados terapéuticos en muchos campos apunta ya hacia una serie de enfoques prometedores. En lo que respecta a los problemas psicológicos, es raro el caso en que sólo exista un tratamiento de elección. En el tratamiento de las conductas adictivas en concreto, no existe ningún enfoque claramente efectivo. Por el contrario, disponemos de una serie de opciones que se ha observado, en investigaciones controladas, que son métodos efectivos en el caso de algunas poblaciones (Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, en prensa; Miller y Hester, 1986a). Esto significa que usted puede, con conocimiento suficiente, comentar una variedad de opciones con la persona que quiere realizar un cambio. Esto ofrece además la ventaja de aumentar la motivación del paciente mediante la elección personal de las estrategias para cambiar. La idea de un menú de opciones a partir del cual el paciente escoge (Ewing, 1977), está bastante de acuerdo con la entrevista motivacional.

Segundo, existe una creciente literatura sobre cómo adecuar las personas a las estrategias terapéuticas que les puedan ser más óptimas (Finney y Moos, 1979; Gottheil, McLellan y Druley, 1981; Hester y Miller, 1989; Miller y Hester, 1986b, McLellan, Woody, Luborsky, O'Brien y Druley, 1983). La familiaridad con esta literatura es un tema importante a la hora de ayudar a los pacientes a seleccionar el enfoque más adecuado por primera vez. Escoger una estrategia no apropiada puede provocar un fracaso terapéutico y un desaliento. Aunque el paciente todavía puede no seguir su consejo, es posible ofrecer un consejo basado en la investigación disponible con respecto a lo que le podría ir bien en su caso.

Tercero, a pesar de sus mejores esfuerzos por recoger toda la información, el paciente tal vez no escoja el enfoque más adecuado la primera vez. Es importante preparar a los pacientes para esta posibilidad. La recaída es una parte normal de la recuperación (Marlatt y Córdón, 1985). Es típico para las personas que den vuelta alrededor de la «rueda» del modelo de Prochaska y DiClemente varias veces antes de poder salir. A continuación citamos algunas aclaraciones que se pueden hacer a la hora de introducir esta idea durante la fase II:

La verdad es que no existe enfoque alguno que sea mejor para todo el mundo. Lo que funciona para algunos no es aceptable o es inefectivo para otros. Lo que es alentador es que existen una pocas formas diferentes entre sí que son prometedoras. La pregunta es cuáles serían las mejores para usted. Usted puede hablar sobre las diversas opciones si quiere, y yo ciertamente intentaré ayudarle a encontrar la mejor aproximación de entrada. Pero si prueba una manera y ésta no parece funcionar, no se desanime. Esto tal vez sólo quiera decir que no es el enfoque más adecuado para usted. Con tantas posibilidades, usted está destinado a encontrar alguna que le funcione, y yo voy a estar con usted hasta que la encuentre. ¿Le gustaría conocer cuáles son las posibilidades?

Al describir los objetivos o enfoques alternativos, normalmente es mejor evitar la jerga profesional o los nombres técnicos. Las opciones disponibles se deberían describir con un lenguaje que sea comprensible para el paciente y relevante en lo que respecta a sus preocupaciones. Diga al paciente qué es lo que intenta hacer una

estrategia terapéutica en concreto, cómo funciona, lo que implica, y lo que se puede esperar. Pregunte al paciente si tiene alguna pregunta sobre cada opción, y reserve generalmente la negociación y la elección hasta que haya revisado el menú completo.

A medida que se discutan los posibles cursos de acción, pregunte al paciente qué es lo que intuye que sería lo mejor que pasaría con cada alternativa. Ésta es también una oportunidad para revisar lo que el paciente percibe que serán los resultados probables si no se hiciera nada, lo cual representa otra opción. En este proceso, usted está buscando las estrategias para cambiar con las que poder empezar. De forma ideal, éstas son aproximaciones en las que el paciente cree, o ve de forma optimista. La viabilidad del cambio de las opciones se analiza formulando preguntas que ayuden a la persona a examinar las consecuencias de los cambios posibles. Por ejemplo:

- Usted dice que lo que realmente necesita hacer es aprender a decir «No» cuando las personas le ofrecen una copa. ¿Qué es lo que cree que ocurriría si hiciera esto?
- Le gustaría hacer algo respecto a no sentirse solo durante la noche, de manera que no tuviera que sentarse a pensar sobre tomar drogas para sentirse más tranquilo. ¿Qué tipo de cosas podría hacer en su lugar? ¿Como cree que le resultarían?

3. Llegar a un plan

La discusión lleva directamente hacia la negociación de un plan para cambiar. Aquí será útil rellenar, para o con el paciente, una hoja de plan de cambio, que resuma las respuestas del paciente ante temas como los siguientes:

- Las razones más importantes por las que quiero cambiar son...
- Mis objetivos principales para mí mismo, a la hora de llevar a cabo un cambio, son...
- Planifico hacer estas cosas a fin de conseguir mis objetivos:

Plan de Acción	Cuando
----------------	--------
- Los primeros pasos que tengo previsto realizar a la hora de cambiar son...
- Otras personas me podrían ayudar a la hora de cambiar de las siguientes maneras:

Persona	Posibles formas de ayuda
---------	--------------------------
- Deseo que mi plan tenga estos resultados positivos:

Basándose en lo que han comentado, resuma un plan que parezca adecuarse a los objetivos, necesidades, intenciones y creencias del paciente. Esto será más efectivo utilizando el «tú». A continuación presentamos un ejemplo:

Veamos si puedo resumir en donde te encuentras. Tú querías saber cuáles eran las diferentes maneras en las que las personas pueden cambiar su forma de beber, y hemos comentado una serie de posibilidades. Estás pensando que puedes necesitar dejarlo del todo a la larga, pero realmente no estás preparado para hacerlo sin considerar la opción de la moderación como la mejor. Consideraste

las diferentes opciones y decidiste que te gustaría trabajar conmigo un enfoque llamado «entrenamiento en autocontrol». Deberíamos ser capaces de poder decir en 6-8 semanas si esto funciona en tu caso, y piensas que lo conseguirás. Incluso si decides que lo que quieres hacer es dejarlo, la reducción progresiva es un paso razonable en ese sentido. Por lo tanto lo que harás es leer este material que te he dado; empieza a hacer autorregistros diariamente, y vuelve el próximo martes para empezar. También comentamos la posibilidad de traer a Jan a esa sesión, y tú pensaste que era una buena idea. Estás todavía un poco nervioso con este plan, creo yo, pero de hecho crees que necesitas un cambio, y éste se parece al que has escogido. ¿Me he dejado algo?

EL FINAL DEL JUEGO

Provocar el compromiso

El resumen del plan le conducirá al tema del compromiso. Éste implica conseguir la aprobación del paciente y la aceptación del plan, y también decidir los pasos inmediatos que hay que llevar a cabo. El acuerdo verbal puede ser tan sencillo como preguntar: «¿Es esto lo que quiere hacer?» y conseguir un «Sí». También será oportuno analizar qué reticencias tiene todavía el paciente con este plan, y utilizar las estrategias de la fase I para resolver la ambivalencia.

El compromiso para con un plan se puede potenciar haciendo que éste se haga público. Si el cónyuge u otra persona querida por el paciente está presente en la sesión, el compromiso se lleva a cabo con el consentimiento y conocimiento de la persona. Puede pedir al paciente que visite, escriba o telefonee a otras personas para hacerles saber la decisión, y para pedirles ayuda. Tal llamada telefónica se realizará durante la sesión de tratamiento. Si el paciente ha conocido a otros miembros del equipo dentro de la clínica, puede pedir permiso para compartir el plan positivo del paciente con ellos, o incluso llamarles para que compartan la sesión que usted tiene con el paciente. Cuanto más comente el paciente el plan que tiene con otras personas, más se fortalecerá el compromiso. Existe también un beneficio muy real respecto a recibir la ayuda y el apoyo de los demás. Si parece que el hecho de decírselo a los demás es difícil o arriesgado, practíquelo con el paciente a lo largo de la sesión.

Transición a la etapa de acción

El compromiso se refleja también en la acción. Se puede planificar los pasos inmediatos que hay que realizar a fin de implementar (y consolidar) el plan. Si un paciente está de acuerdo con tomar Disulfiram (Fuller, 1989), por ejemplo, cabe efectuar una serie de pasos para que el paciente obtenga la prescripción de forma inmediata. Algunas clínicas están suficientemente bien organizadas a fin de proporcionar un examen médico inmediato y la prescripción adecuada, con objeto de que el paciente pueda tomar la primera dosis de Disulfiram antes de abandonar el edificio. El hecho de realizar incluso una pequeña inversión financiera en el plan (por ejemplo, comprar un libro, pagar por una prescripción) ayudará a confirmarlo. Si el cónyuge está participando en las sesiones, se negociarán los pasos específicos para delimitar cuál puede ser su papel a la hora de introducir el plan (véase Sisson y Azrin, 1989).

Lo importante es llegar a un plan claro, obtener la decisión verbal del paciente de seguir el plan, potenciar la decisión de éste e iniciar los pasos inmediatos para introducir el plan. Esto entra obviamente en lo que Prochaska y DiClemente han denominado la etapa de «acción» —llevando a cabo pasos para conseguir el

cambio—. Sus investigaciones indican que no existe una línea clara entre la contemplación y la acción. En la parte final de la etapa de contemplación las personas intentan algunos pasos para cambiar, y durante la fase inicial de la acción los pacientes habitualmente aún se muestran bastante ambivalentes y contempladores (DiClemente y Hughes, 1990). Éste es un buen recordatorio de que las estrategias de la entrevista motivacional no se deben abandonar una vez que se ha entrado en la etapa de acción. Como hemos comentado al inicio, ésta es una manera de estar con los pacientes que puede caracterizar al proceso terapéutico desde el inicio hasta el final.

Si un paciente no está preparado para realizar un compromiso, no deberíamos presionarlo. Es mejor seguir con este proceso y decirle: «Si no está preparado todavía, entonces no quiero que usted asuma un compromiso. Eso es demasiado importante como para decidirlo ahora. Vaya a casa y piense en ello, y podemos hablarlo de nuevo la próxima vez». En este caso, mantenga realmente el contacto con el paciente. Un rol terapéutico activo en este momento (por ejemplo, una simple nota o llamada telefónica) reducirá la probabilidad de que el paciente abandone el proceso de cambio.

CAPITULO 10

SITUACIONES TÍPICAS Y DIFÍCILES

Cualquiera que por voluntad propia se compromete con el
dolor de un desconocido realmente es una persona extraordinaria.

HENRI J. M. NOUWEN, In Memoriam

En los capítulos anteriores, hemos descrito los principios y estrategias que caracterizan a la entrevista motivacional. Los dos capítulos que quedan de esta segunda parte intentan ayudarle a poner este enfoque en práctica. El capítulo 11 le ofrece un caso clínico extenso a fin de mostrarle cómo el material descrito en los capítulos del 5 al 9 se integra para dar forma a lo que sería un caso individual. En el capítulo 12 se presentan los aspectos prácticos de la enseñanza de la entrevista motivacional a los profesionales. En este capítulo comentamos algunas situaciones especiales que a menudo surgen en la práctica de la entrevista motivacional, y que pueden plantear dificultades o dilemas para el terapeuta.

TRABAJANDO CON LAS PAREJAS

Los clínicos se diferencian en sus opiniones sobre si implicar y de qué manera a la pareja del paciente en la entrevista motivacional. En particular, la pareja ha estado presionando al paciente para que buscara ayuda, puede ser útil tener una entrevista con el paciente a solas a fin de construir la atmósfera de confianza y apoyo necesarias. Una pareja confrontadora quizás provoque una resistencia de la misma manera que un terapeuta confrontativo, y la participación de esa pareja en la terapia suele interferir con las estrategias de la entrevista motivacional (por ejemplo, provocando afirmaciones automotivadoras por parte del paciente). Por ésta y otras razones, algunos terapeutas prefieren trabajar con el paciente a solas durante la entrevista motivacional.

Por otro lado, la pareja puede ser una fuente importante de información, motivación y apoyo para el cambio (véase Sisson y Azrin, 1986). Además, una pareja confrontadora es probable que provoque una resistencia hacia el cambio fuera de las sesiones así como también dentro de ellas. Si la pareja participa en la terapia, el terapeuta tiene la oportunidad de observar y de alterar los patrones de comunicación disruptivos. Las estrategias de la entrevista moti-vacional se aplican para crear la motivación de la pareja hacia un compromiso para el cambio. Un terapeuta con habilidad puede implicar a una pareja de maneras que aumenten la propia motivación del paciente.

Muchas de las habilidades que se requieren para implicar a la pareja en la entrevista motivacional son las mismas que las que se requieren para que una terapia de pareja sea exitosa (véase O'Farrell y Cowles, 1989). Vamos a comentar a continuación sólo unos cuantos temas que pueden surgir.

Evitando los patrones de comunicación destructivos

Las parejas que atraviesan una situación de crisis actúan con estilos de comunicación muy negativos, ricos en críticas, defensividad y búsqueda de faltas. La trampa de la culpabilización es un riesgo concreto cuando

se trabaja en terapia con una pareja, y en tal caso resulta de utilidad aclarar desde el inicio que la culpa no tiene sentido. También es importante durante las primeras sesiones preservar a las parejas para que no entren en acusaciones y discusiones dolorosas. Un enfoque de entrevista motivacional busca mantener un enfoque positivista de resolución de problemas.

Una forma de prevenir la comunicación negativa consiste en mantener el control de la sesión, realizar preguntas específicas (pero abiertas), y centrar al paciente y a la pareja en el tema, incluir preguntas que con probabilidad provoquen comentarios positivos por parte de ambos miembros de la pareja, mantener un equilibrio en los «silencios» a lo largo de la sesión, de manera que cuando un miembro de la pareja haya contestado se pueda dirigir a la otra persona y preguntarle sobre sus percepciones y sentimientos, y conseguir que quede claro que la pareja actúa como una persona que ayuda con una actitud de apoyo.

Si surgen comunicaciones negativas, interrúmpalas cuanto antes mejor. Una buena aproximación consiste en reconocer las sensaciones y percepciones de las personas, quizás con un poco de reformulación, y después volver a dirigir las de una manera que resulte más provechosa. También será útil poder analizar las consecuencias de las comunicaciones negativas. A continuación presentamos un ejemplo:

PACIENTE: Imagino que en ocasiones me descontrolo, pero no creo que realmente tenga un «problema» con el alcohol.

ESPOSA: ¿Cómo puedes estar sentado ahí y decir que no tienes un problema con el alcohol? ¿Es que estás ciego? La última semana...

TERAPEUTA: (Interrumpiendo a la mujer) Discúlpeme. Yo sé lo preocupada que está por Jim, y le admiro por ello. Yo sé que le preocupa mucho, y que es muy difícil no decir nada ante ello. Imagino que han tenido discusiones como ésta antes.

P: Miles de veces.

T: (Dirigiéndose a la esposa) ¿Y qué es lo que habitualmente ha pasado? ¿Ha habido un buen resultado?

E: Tenemos una gran discusión. Habitualmente me enfado mucho y grito, y él continúa bebiendo.

T: Exactamente. Por lo tanto no quiero que siga haciendo lo mismo ahora. (Al paciente) ¿Cómo se siente cuando ella le dice algo así a usted?

P: Me hace sentir mal, y siento más ganas de beber.

T: Un poco como si le pusiera contra las cuerdas, tal vez.

P: Sí. Y entonces es como si pensara «Pues ahora verás».

T: (A su esposa) Ahora tampoco quiero que se sienta culpable. No es culpa de nadie. Es un patrón en el que la gente cae a menudo cuando se preocupan el uno del otro y no saben qué es lo que tienen que hacer. Lo importante es que no resulta de ayuda, y necesitamos intentar algo diferente. Sé que le preocupa. Jim sabe que usted se preocupa. Quiero oír lo que ustedes dos tienen que decir, y de hecho dentro de unos minutos voy a preguntar más sobre lo que usted ha observado. Pero para conseguir un efecto diferente, usted tiene que intentarlo de una manera diferente. (Al paciente) Ahora, Jim, iba a empezar a decirme lo que usted ha observado sobre su forma de beber...

Provocar afirmaciones automotivadoras

Aunque a veces la pareja de un paciente sea más entusiasta a la hora de cambiar que el paciente, a menudo la pareja también se muestra ambivalente —queriendo pero también no queriendo—. Esta ambivalencia

suele tener que ver con el problema del paciente, la relación, el tratamiento, la implicación personal, o incluso los problemas de la propia pareja (por ej., la pareja también toma drogas). No deduzca, sin embargo, que la pareja está decidida a cambiar. Más bien, analice la ambivalencia y construya la motivación para cambiar.

Las estrategias para lograrlo son las mismas que las utilizadas en la entrevista motivacional con el paciente (capítulos del 5 al 9). En concreto, es útil provocar a la pareja para que realice afirmaciones automotivadoras similares a las que usted espera por parte del paciente. A continuación le presentamos algunos ejemplos de preguntas útiles para ese objetivo durante la fase I:

- ¿Cómo le afectó esto a usted?
- ¿Cuáles serían los mejores efectos, según usted, que tendría un cambio por parte de su pareja?
- ¿Qué es lo que más le gusta de su pareja cuando él [o ella] no está bebiendo?
- ¿Qué cosas son las que usted cree que le preocupan más?
- ¿Qué preocupaciones tiene usted que le lleven a pensar que ha llegado el momento de cambiar?
- ¿Qué cosas le infunden esperanza de que su pareja podría cambiar?
- En el feedback que le he dado, ¿qué es lo que más le preocupa?
- ¿Qué piensa que ocurrirá si su pareja no cambia?

Las respuestas de su pareja a estas preguntas se emiten con reflexión y se pueden integrar en resúmenes periódicos que usted ofrece durante las sesiones. Otras estrategias de la fase I (reformulación, afirmación, devolución, énfasis de la elección personal) se aplicarán de forma directa en el trabajo con la pareja del paciente.

FASE II

Igualmente, existen estrategias paralelas a las utilizadas con el paciente en la fase II y que se pueden utilizar con la pareja (capítulo 9). Algunas preguntas clave para la pareja serían:

- ¿Cómo le gustaría que discurrieran las cosas?
- ¿Qué piensa sobre lo que esto significa con respecto a la forma en que su esposa [marido] utiliza el alcohol?
- ¿De qué manera podría usted ayudar a su pareja para que realice un cambio?
- ¿Cuál cree que sería el siguiente paso?

La pareja también se puede implicar para evaluar los objetivos y estrategias alternativas, así como también para elaborar un plan para el cambio. La pareja no sólo proporciona información a este proceso, sino que también sirve como testigo en cuanto a los compromisos que el paciente hace consigo mismo. Usted puede ayudar al paciente a negociar el rol que debe tener la pareja en el proceso de cambio, y planificar cómo proceder si la estrategia inicial no tiene éxito. A menudo la pareja proporciona una ayuda práctica valiosa, así como también un apoyo cuando se realiza un cambio.

Otras personas significativas

Aquí nuestro estudio se ha centrado en la pareja del paciente, pero cabe aplicar también otras aproximaciones similares a fin de implicar a otras personas significativas en el tratamiento. Si el paciente no tiene pareja, será de utilidad que el paciente permita que colabore un amigo cercano, un padre, un compañero del trabajo, o un miembro de la familia, a fin de prestar un rol de apoyo. La persona ideal sería la que se preocupa del paciente, conoce el problema, desea y sabe cómo ayudar, y tiene contactos frecuentes con él.

Asesoramiento unilateral de otras personas significativas

Es frecuente para un terapeuta que le consulte una pareja preocupada o un miembro de la familia antes de que el «paciente» desee buscar ayuda. En ese caso, es factible realizar la entrevista motivacional con la pareja o con los miembros de la familia por separado, preparando el camino para una terapia eventual de la persona por la que ellos están preocupados. Sisson y Azrin (1986) estudiaron el efecto de un asesoramiento unilateral centrado en la creación de la motivación de la pareja para el cambio y en la negociación de las estrategias por las cuales las parejas podía 1) reducir la forma de beber del otro miembro de la pareja, y 2) la facilitación de la entrada en el tratamiento. Aproximadamente tras una media de siete sesiones con las parejas, muchos de los pacientes ya habían iniciado el tratamiento y habían reducido la cantidad que consumían de alcohol a la mitad incluso antes de empezar el mismo. Las estrategias de la fase I y la fase II de la entrevista motivacional, por lo tanto, se pueden utilizar con un miembro de la pareja u otras personas significativas por separado, como una preparación para la terapia.

EL PACIENTE COACCIONADO

Otro grupo diferente de dificultades las plantean las personas que son coaccionadas a entrar en tratamiento —por ejemplo, por un juzgado o por la amenaza de la pérdida de un trabajo—. En estas circunstancias el tema de la coerción flotará como una nube a lo largo de todo el proceso terapéutico. ¿Qué es lo que ocurre si usted intenta utilizar la entrevista motivacional con pacientes que han sido coaccionados?

Una distinción crucial reside en el hecho de si usted es un agente del grupo coercitivo (por ejemplo, el juzgado, gestión de personal). Si no, será mucho más sencillo avanzar si usted se separa inicialmente del proceso de coerción. El paciente entrará perfectamente en la primera sesión sintiéndose enfadado, resentido y reticente a admitir un problema o a considerar un cambio en su conducta. Éstas, pensamos, son buenas razones para utilizar la entrevista motivacional, considerando las alternativas. Si usted decide confrontar la reticencia de forma directa, o persuadir a esta persona de que realmente tiene un problema y necesita cambiar, tanto usted como el paciente entrarán enseguida en una trampa de confrontación de la negación (véase capítulo 6). En su lugar, manténgase fiel a una de las piedras de toque de la entrevista motivacional —que los pacientes tienen libertad para hacer lo que deseen hacer, y que no es su función la de convencerles de lo contrario—. Cuando ponga énfasis en el control personal de esta manera, es importante no ser defensivo o paternalista. Más bien délo por hecho, y después indique claramente su disponibilidad para ayudar, si un paciente así lo desea. A continuación mostramos un ejemplo de cómo debe ser este comentario:

Usted y yo sabemos que es el juez el que le ha hecho venir aquí. Si yo estuviera en su lugar, probablemente me sentiría irritado con esto, resentido por tener que estar aquí. Lo que quiero

explicarle es que yo no formo parte del sistema judicial. Mi trabajo consiste en ayudar a las personas a cambiar. No es mi función la de hacerle admitir nada o hacerle cambiar algo. No podría hacerlo incluso aunque quisiera —sólo usted puede decidir lo que hará—. También quisiera hacer hincapié en que usted no tiene por qué estar aquí. Tal y como entiendo su situación con la justicia, usted tiene que hacer algo en el sentido de iniciar algún tipo de terapia o bien estará en riesgo de ser penalizado, pero eso no quiere decir que usted tenga que estar aquí. Usted tiene otras opciones, y si decidiera hacer algo realmente diferente o hablase con alguien más, eso le ayudaría a analizar las diversas posibilidades. Mi tarea es ayudar a las personas que quieren analizar su situación, y que están considerando hacer algún cambio. ¿Qué le parece esto que le he explicado?

Debido a la reacción que despierta la coerción, los pacientes que han sido derivados por agentes externos pueden mostrar mucha más resistencia durante la primera fase de la terapia, requiriendo más tiempo para el trabajo de la fase I (capítulo 6) y para superar la resistencia (capítulo 8). Una evaluación general (capítulo 7) será particularmente útil como base para la discusión de la fase I, particularmente si incluye medidas menos sujetas a la falsificación. La implicación de una pareja o de otra persona significativa es también muy efectiva. La cuestión clave es la de enfatizar la elección personal del paciente y el control dentro de los límites del mandato. De hecho, una de las opciones que tiene cada paciente es la de ignorar el mandato y aceptar las consecuencias. Más allá de esto, los procesos de la entrevista motivacional son en gran manera los mismos con los pacientes que han sido presionados para iniciar el tratamiento. Si usted no forma parte del grupo coercitivo distánciese (al menos de alguna manera) de dicho proceso. El grado y los límites de dicha implicación se deberían especificar, así como también las implicaciones en cuanto a la confidencialidad del paciente.

Si por otro lado, usted está trabajando como un agente directo del grupo coercitivo (por ejemplo, para determinar e informar al juez sobre la extensión del problema del paciente y la necesidad que tiene de tratamiento), la comunicación con el paciente estará teñida por este rol especial que conlleva en sí mismo un elemento de responsabilidad en la supervisión. Por ejemplo, el control del progreso de alguien que se debe mantener dentro de la ley después de haber salido de prisión no es un buen comienzo para crear una relación de confianza. Los oficiales que valoran la libertad condicional a menudo se encuentran con este problema cuando tratan los temas personales con sus clientes. Aquí, resulta bastante fácil caer en un patrón familiar de utilización de la confrontación, que a menudo se convierte en la forma de interacción propia de este tipo de profesionales con sus clientes. Los agentes de la ley están acostumbrados a realizar preguntas directas y a buscar también respuestas directas. Desgraciadamente, el resultado probable será el de una trampa de confrontación-negación.

La utilización de la entrevista motivacional en este contexto requiere un cambio en la dirección y el tono de la entrevista. Es adecuado que el terapeuta realice este cambio de forma explícita a través del uso de un comentario basado en la reformulación (véase capítulo 8). Esto sólo será factible si el terapeuta ha evolucionado hacia la instauración de una relación franca y de confianza con el paciente. A continuación presentamos un ejemplo:

Parte de mi trabajo tiene que ver con el hecho de comprobar que las personas salen de sus problemas, pero existe otra parte igualmente importante para mi trabajo, que es la terapéutica. Creo que es importante para usted que sea capaz de hablarme sobre sus cosas personales, sean cuáles sean. Esta parte de mi trabajo no implica controlar a las personas, sino simplemente ayudarles a que

resuelvan sus problemas y a que sean más independientes.

Incluso si esta iniciativa tiene éxito, el terapeuta es probable que encuentre alguna forma de resistencia, envuelta en la reticencia para discutir problemas de forma abierta, o bien un sentimiento general de desesperanza. De nuevo un comentario de reformulación será útil, a fin de potenciar la autonomía del paciente y enfatizar la necesidad de desarrollar controles internos en vez de externos:

Entiendo que ésta es una situación difícil para usted, ya que gran parte de su tiempo en las últimas pocas semanas lo ha invertido con cosas que tienen un control sobre usted —la policía, el sistema judicial, e incluso el hecho de venir a verme a mí—. Necesitamos darle un giro a esto si es posible, y ver qué puede hacer usted para controlar personalmente las cosas, de manera que sienta que tiene el control de su propia vida.

ABORDAR EL TEMA

Esto sugiere otro tema: cómo introducir un tema «problemático» para discutirlo cuando la persona no es consciente de él (precontemplación) o se resiste a considerarlo (inicio de la contemplación). Esto a menudo surge en la consulta de un médico, un oficial que valore la libertad condicional, un miembro del clero, un psicólogo, un psiquiatra, un terapeuta o cualquier otro trabajador sanitario. Habitualmente el mayor obstáculo inicial para que una discusión sea útil es cómo abordar el tema e iniciar alguna forma de diálogo constructivo.

Creemos que las estrategias de la entrevista motivacional son particularmente útiles en este momento. El enfoque general consiste en realizar preguntas abiertas que permitan analizar el estado motivacional de la persona sin generar una resistencia significativa. Esto también es útil a la hora de tratar a personas que son poco colaboradoras: en este caso las respuestas cortas son más difíciles de dar para las preguntas abiertas. La manera en que se formulen estas preguntas depende del paciente y del contexto. Con algunas personas y en algunas situaciones cabe ser razonablemente directo, mientras que con otras será un tema más delicado. A continuación le presentamos algunos ejemplos:

Preguntas cerradas, que probablemente provocarán una resistencia

Usted bebe bastante, ¿no es así?

Parece que usted tiene un problema con el juego, ¿está de acuerdo?

¿No cree que el hábito que tiene con la cocaína es la causa principal de su problema?

Preguntas abiertas, para abrir la discusión

Dígame algo sobre su forma habitual de beber durante la semana.

¿Qué es lo que le gusta del juego?

¿Cómo encaja la cocaína en todo esto?

Es oportuno, también, formular dichas preguntas como si viniera al caso. El tema seguirá a una serie de otros temas, y se introducirá como un tema de discusión natural y rutinario. Evite las señales no verbales que pongan un énfasis particular en el nuevo tema o que comuniquen un malestar (por ejemplo, mirar hacia abajo, cambiar de postura). El tono de la voz debería ser normal y relajado. Resumiendo, el tema introducido debería

fluir de forma continua desde la discusión anterior. A menudo es útil empezar discutiendo los problemas y preocupaciones que presenta el paciente, y luego analizar la relación entre éstos y el tema que usted desea abordar.

Igualmente importante es la forma en que usted responde a los primeros comentarios del paciente en respuesta a tales preguntas. Las estrategias del inicio de la fase I (escucha reflexiva, afirmación, resumen) son cruciales para crear una base cómoda respecto a una discusión posterior.

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

Las personas que no son especialistas tienen muchas otras prioridades más allá de una terapia destinada al cambio conductual en una persona. Encontrar el tiempo suficiente para invertir con una persona necesitada es un dilema constante para muchos profesionales ocupados, incluidos médicos, miembros del clero, abogados, y oficiales que supervisan la libertad condicional. Es importante recordar, sin embargo, que en ocasiones una intervención relativamente breve puede inducir de alguna manera al cambio de una conducta. Una probable explicación para esto, como ya hemos comentado en el capítulo 3, es que una intervención breve sirve para provocar una decisión y compromiso para el cambio.

La entrevista motivacional no tiene por qué ser un largo proceso. En ocasiones unas preguntas incisivas cuidadosamente introducidas en el momento adecuado y una buena escucha reflexiva harán surgir una motivación para el cambio, y en otros casos esto requerirá más tiempo. Sea cual sea el tiempo del que usted disponga, le aseguramos que la entrevista motivacional le proporcionará un buen marco para aprovechar al máximo el potencial de cambio de la mayoría de las situaciones de entrevista en las que se pueda encontrar. Cómo hacer esto, aprovechando al máximo el tiempo de que disponga, es un reto importante.

Un obstáculo que se debe superar en la entrevista motivacional, especialmente cuando se dispone de poco tiempo, es su propio sentido de la urgencia. Puede haber una sensación de «¡Yo no tengo tiempo para hacer esto! Tengo que acabar pronto el trabajo». Aunque el hecho de escuchar pueda parecer una buena cosa si se dispone de mucho tiempo, existe una tendencia a pensar que cuando el tiempo es limitado (y generalmente así es), hay que afrontar a las personas y decirles qué es lo que tienen que hacer. El problema, sin embargo, es que las reacciones de las personas ante tales estrategias tienden a ser las mismas, tanto si el tiempo del que se dispone es limitado como si no. Los enfoques conductivos/confrontativos tienden a crear una resistencia más que un cambio. Seguramente un objetivo importante, incluso (quizás especialmente) en un breve contacto, sea «Primero, no debo hacer daño». Si de lo que se dispone es de un corto período de tiempo en el que se tiene que provocar un impacto sobre el paciente, intentemos al menos no provocar daño alguno generando una resistencia y desalentando el cambio. De hecho, una breve aplicación de las estrategias descritas entre los capítulos 6 y 9 será bastante útil.

La entrevista motivacional aplicada en un corto período de tiempo (por ej., una simple entrevista) se debe centrar en permitir que el paciente progrese de la fase I a la fase II. Habitualmente esta técnica empieza con preguntas adecuadas y con una reflexión (fase I) estimulando también a la persona para que formule afirmaciones automotivadoras y verbalice las razones que tiene para cambiar. Después de un período de creación de la motivación, la intervención sigue hacia preguntas clave diseñadas para provocar una resolución de problemas y un compromiso hacia el cambio.

ANALIZANDO LAS EMOCIONES

El análisis de los temas personales, problemas y ambivalencia podría despertar emociones profundas. Hemos observado que la entrevista motivacional no es extraño que provoque una respuesta emotiva o incluso llanto. Los terapeutas observan que al seguir las estrategias de la entrevista motivacional en ocasiones se sienten sobrecargados por la tristeza de sus pacientes, e inseguros respecto hacia dónde han de avanzar y si en realidad están haciendo «lo correcto».

¿Cuál es la importancia de esa expresión emocional? y ¿cómo se puede afrontar este tipo de situaciones? Para empezar, no sería realista asumir el punto de vista de que la expresión emocional no tiene papel alguno en la entrevista emocional. Si la tristeza, la frustración, la ansiedad o la ira están relacionadas con el problema de un paciente, entonces forman parte del proceso. Por otro lado, el objetivo de la entrevista motivacional no es el de provocar una expresión emocional como un fin en sí mismo. Hasta ahora no existe dato alguno que sugiera que la expresión emocional abierta o la crisis nerviosa es una condición necesaria previa al cambio. Por lo tanto, debemos mantener una actitud de cautela sobre este tema.

La pregunta crucial es si el análisis de un tema o emoción concretos ayudará en el proceso de construcción de la motivación para el cambio. En ocasiones será constructivo buscar unos sentimientos intensos, y otras veces no. Éste es un tema de valoración y de tiempo. Por ejemplo, un hombre que se enfada a menudo con su esposa porque ésta se queja de su conducta, quizás no se beneficiará del análisis de la cuestión, particularmente si esto lleva a la trampa de la culpabilización descrita en el capítulo 6. Sin embargo, una persona que está bebiendo alcohol o tomando tranquilizantes en respuesta a su tristeza por la pérdida de alguien querido, puede beneficiarse de este análisis desde el inicio de la terapia (Miller y Pechacek, 1987).

Será clave la forma de enfrentarse con el análisis de las emociones sin hundirse en el fango y perder su sentido de la dirección en la terapia. Es importante recordar que la entrevista motivacional no es un enfoque no conductivo en el que el terapeuta simplemente sigue al paciente hacia donde éste se dirija. Como terapeuta, usted controla la dirección de una sesión y la mantiene dentro de unos límites constructivos para crear la motivación respecto al cambio. Una observación sensible por parte del paciente indicará cuál es el mejor momento para considerar un cambio de dirección. Llegado este momento el objetivo debería ser elevar al paciente por encima de la inmediatez de la experiencia, y ayudarlo a buscar la dirección correcta hacia el cambio. Una buena manera de realizarlo es utilizando las habilidades descritas en el capítulo 6: la escucha reflexiva, la afirmación, los resúmenes, y provocar afirmaciones automotivadoras. A continuación presentamos un ejemplo, un pasaje extraído del tramo central de una segunda sesión de un hombre de 54 años de edad:

TERAPEUTA: Parece como si les hubieran ocurrido muchas cosas durante los últimos meses.

PACIENTE: (Visiblemente alterado) Sí, es cierto. Cuando el doctor me dijo de que nunca más podría volver a trabajar, me sentí muy deprimido. Es la cosa más terrible que le puede ocurrir a un hombre como yo. Luego, cuando él me dijo que podría estar seriamente enfermo, entré en una situación de shock. Alguien como yo no puede sentarse sin hacer nada. No puede aceptarlo. (Llora.)

T: En estos momentos está viendo las cosas muy de color negro.

(El paciente continúa llorando; el terapeuta espera silenciosamente durante un minuto.)

P: Lo siento. Es la primera vez que he llorado delante de alguien.

- T: No se preocupe. Atraviesa un momento terriblemente difícil. Yo estoy aquí para ayudarlo.
- P: Me siento tan mal... Mi mujer no sabe qué hacer conmigo, llorando por la casa todo el día. Me dijo que debería venir y ver a alguien como usted.
- T: Estoy contento de que así lo hiciera. ¿Cómo se siente ahora?
- C: (Secándose las lágrimas de los ojos y empezando a dejar de llorar) Resulta de ayuda poder hablar con alguien. Sólo mi mujer sabe cómo lo estoy pasando. No les he dicho a mi familia ni a mis amigos que ya nunca voy a volver a trabajar. Ellos piensan que se debe a un pequeño problema de salud.
- T: Entonces ha estado llevando esta carga usted solo.
- P: Sí, correcto. A veces siento como si me diera por vencido.
- T: Bien, yo creo que es bueno que se haya permitido a sí mismo el explicarme esto. Usted ha estado cargando con este peso sobre sus hombros durante meses hasta ahora, y puedo entender lo mal que se siente con todo esto. Ahora qué papel juega el beber alcohol en su vida, y por qué ha aumentado en los últimos meses. Imagino que debe haber momentos en los que beber alcohol sea su único consuelo.
- P: Así es. En ocasiones me siento como dentro de una trampa. Sin el alcohol y esas pocas horas al día en un pub, no sabría qué hacer.
- T: Entonces de alguna manera beber alcohol le alivia, y de otra forma usted piensa que le está atrapando. ¿En qué sentido es como una trampa? ¿Qué es lo que más le preocupa sobre su forma de beber?
- P: Bien, yo soy un hombre orgulloso, y me gusta trabajar duro. No me gusta estar sin hacer nada, y no puedo pasar todo el tiempo bebiendo...

Este ejemplo ilustra el uso de las habilidades de la fase I para llevar a alguien a un episodio emocional hacia atrás, en busca de un proceso constructivo de análisis y cambio. El manejo sensible de momentos como éste facilitará que el terapeuta y el paciente coincidan, fortaleciéndose así la relación de trabajo a partir de la cual surja la motivación.

En resumen, la experiencia emocional es una parte natural de la motivación. No consideramos la expresión emocional como esencial para que ocurra el cambio, pero a través del análisis de las emociones relacionadas con un área problemática se puede facilitar el cambio. Las estrategias esenciales de la entrevista motivacional se aplican para mantener la dirección de una sesión mientras que se controla la emoción de una forma cuidadosa y sensible.

VIVIR EN EL CAOS

Otra complejidad que aparece cuando hay que conseguir un cambio en un área determinada, es la que corresponde al caso de un paciente cuya vida parece ser un caos. Los intentos para manejar lo que usted percibe como el problema principal pueden descubrir varias versiones de un mismo mensaje: «Usted no lo entiende». Desde el punto de vista del paciente, ninguna pieza del rompecabezas (por ejemplo, beber) capta toda la vista general de la situación. Todo está equivocado.

Una posibilidad es que usted realmente no comprenda el problema global. El mensaje del paciente es

una petición de más escucha reflexiva. No será útil discutir con el paciente para que haga las cosas como usted quiere. Un cambio de dirección en la entrevista motivacional se obtiene a través de un cambio gradual, no por una presión desmesurada. Un primer nivel de respuesta ante esta situación consiste en ofrecer más escucha reflexiva a medida que ayuda al paciente a construir una visión más completa.

Se puede dar el caso, sin embargo, de que su valoración sea que la manera de salir del «agujero negro» es a través de resolver un aspecto concreto del problema. La pregunta es cómo conseguir que su paciente siga en esta dirección sin provocar la resistencia de «Usted no lo entiende». De nuevo, creemos que lo importante es un uso adecuado de las estrategias anteriormente comentadas. Aquí la estrategia principal consiste en ofrecer un resumen que reconozca tanto la complejidad de la situación del paciente (y sus sentimientos) como una reformulación en términos que se puedan resolver. A esto después le siguen las preguntas clave que dirigen la atención y el movimiento en la dirección deseada.

A continuación presentamos un ejemplo clínico de una mujer de 35 años con muchos problemas en su vida, incluido un matrimonio que se está desintegrando, un hijo absorbente de dos años, un jefe crítico, crisis de pánico y una agorafobia incapacitante. Preocupada por el uso escalonado que hace de los tranquilizantes, su médico hizo iniciar una terapia como condición para que él siguiera prescribiéndole tranquilizantes. Los primeros intentos de comentar su uso de tranquilizantes provocaron una actitud de protesta en relación con que ésta era «la más pequeña de sus preocupaciones» y sólo una consecuencia de todas sus desventuras. El terapeuta dedicó una sesión entera a analizar los problemas más importantes en su vida, respondiendo sobre todo con una escucha reflexiva. Este proceso continuó durante una segunda sesión, hacia el final de la cual le hizo el siguiente razonamiento:

Entiendo cómo se ha estado sintiendo, completamente sobrepasada por su situación. Su marido no parece entenderle, y tampoco le ha ayudado demasiado en el cuidado de su hijo, que parece necesitar mucho más amor por su parte. En su trabajo está recibiendo muchas críticas, y parece que rinde menos. Esto parece estar relacionado parcialmente con lo mal que usted se siente por la mañana y con el hecho de que se sienta cansada durante gran parte del tiempo. Es como si se le estuviera acabando la energía. Y lo que es peor, tiene usted estas experiencias terroríficas en las que se siente como si muriese, y está empezando a sentir miedo cuando sabe que tiene que salir de casa y dejar a su hijo. Es comprensible que hasta que usted encuentre una manera de afrontar todo esto y disminuya su nivel de estrés, se desespere por todo lo que parece ofrecerle un poco de reposo y de paz. También tiene miedo de que a pesar de todo lo que está haciendo, parece que todo vaya a peor, que se escape más de su control. Yo creo que usted ha demostrado ser muy fuerte con todo esto, al tratar de hacerlo tan bien como sabe. ¿Qué papel cree que tienen los tranquilizantes en todo esto?

Este resumen reformulaba el problema de los tranquilizantes como parte de un problema deteriorante que necesitaba algún tipo de solución. Más que decirle a la paciente que los tranquilizantes le estaban creando un problema o contribuyendo a que así fuera, el terapeuta le pidió que analizara qué papel jugaban los tranquilizantes en su vida. Esto abría la puerta al análisis de la ambivalencia y la provocación de afirmaciones automotivadoras. Lo importante no es menospreciar cómo considera un paciente su situación, sino reconocer esa percepción y después centrar la atención en los pasos constructivos hacia el cambio.

DESVÍO DE LA CONVERSACIÓN

Cabe aplicar un enfoque similar para uno de los problemas más comunes y menos complicados: el desvío del tema de conversación durante la entrevista. El paciente a veces divaga sobre un tema que el terapeuta no considera como productivo. Esto puede ocurrir mediante asociaciones naturales, o a partir de un cambio intencional del paciente hacia un tema más deseable o importante. En este último caso, será útil ofrecer un resumen sobre lo que ha dicho el paciente, y después redirigirlo hacia el tema que le preocupa. Esto es más fácil de realizar si usted y el paciente se han puesto de acuerdo de forma explícita sobre el tema de la consulta, en cuyo caso es una cuestión de cambiar de nuevo el sentido de la conversación. Si el paciente considera que hay un tema diferente que él valora como más urgente, se puede utilizar la estrategia comentada anteriormente.

No todos los cambios de tema son fruto de la resistencia. A algunas personas simplemente les gusta explicar historias y dar todo lujo de detalles. Otras piensan utilizando asociaciones amplias o se distraen fácilmente y por lo tanto cambian rápidamente hacia temas tangenciales. De nuevo insistimos en repetir que la entrevista motivacional no es un enfoque no conductivo, y no es necesario seguir al paciente hacia donde quiera llevarnos. En ocasiones una simple reconducción del tema bastará («Yo creo que usted empezó esta historia como un ejemplo de hasta qué punto le preocupa su forma de beber. ¿Qué más ha podido observar?»). En ocasiones es necesario interrumpir (de forma educada) un monólogo extenso («Esto que me explica parece interesante, pero ante todo quisiera asegurarme de que tenemos tiempo para centrarnos en lo que le trajo a usted aquí. Volvamos de nuevo, entonces, a...»). En cualquier caso, la estrategia consiste en indicarle al paciente la dirección correcta, y en reiniciar de nuevo el proceso mediante preguntas abiertas. Si este proceso provoca una resistencia, utilice las habilidades presentadas en el capítulo 8.

DESINTOXICACIÓN

Una pregunta más que suele surgir cuando aplicamos y enseñamos la entrevista motivacional, se refiere a cómo funciona el proceso cuando un paciente necesita una desintoxicación del alcohol o de otras drogas. Hay dos temas importantes que cabe tener en cuenta: 1) ¿qué capacidad tiene el paciente para responder a este enfoque durante una desintoxicación aguda?, 2) durante una desintoxicación, ¿cuándo es mejor empezar una entrevista motivacional? Estas preguntas empíricas se responderán mejor tras una investigación adecuada, pero podemos ofrecer unas sugerencias mientras tanto.

Sin duda alguna, a menudo están los pacientes afectados cognitivamente durante una desintoxicación aguda, y muestran una recuperación sustancial de dicha función durante las primeras semanas de abstinencia. El tipo de afectación cognitiva tal vez interfiera con el aprendizaje y el autocontrol (Wilkinson, 1991; Wilkinson y Sánchez-Craig, 1981). Por esta razón, algunos han defendido que las intervenciones terapéuticas, particularmente aquellas que implican una actividad cognitiva compleja, se demoren hasta que el proceso de desintoxicación haya acabado. Creemos que existen motivos para pensar que esto es así y que la motivación que se cree, así como los compromisos surgidos durante las primeras semanas de desintoxicación, quizás no perduren en el tiempo. Por otro lado, los incentivos para cambiar pueden ser particularmente relevantes durante el período de desintoxicación, cuando el malestar es a menudo importante. El grado de deterioro cognitivo durante un período de desintoxicación es altamente variable entre las personas, algunas de las cuales responderán bien a determinadas intervenciones. Además, hay una observación común: cuando la desintoxicación se introduce separada del tratamiento, relativamente pocos pacientes están suficientemente «motivados» para realizar la transición de la desintoxicación a un programa más amplio de recuperación. Estos factores están en contra del hecho de esperar-

hasta el final de la desintoxicación con objeto de empezar la entrevista motivacional. Aconsejamos intentar aplicar este enfoque tan pronto como el sentido común le diga a usted, como terapeuta, que es factible. El período de desintoxicación puede ser un momento particularmente bueno para crear la motivación y el compromiso para el cambio en algunas personas. Tampoco se ha de vivir como el momento único para hacerlo. El proceso de la entrevista motivacional se usará a lo largo de todo el período de desintoxicación. Se podría prever, también, la necesidad de intensificar la motivación para el cambio tan pronto como la desintoxicación concluya y el malestar desaparezca. Si la desintoxicación se incluye por separado del tratamiento, cabe utilizar procedimientos adicionales a fin de aumentar la probabilidad de que el paciente acuda al centro al que se le ha referido para continuar el tratamiento (Kogan, 1957; Sisson y Azrin, 1986; Sisson y Mallams, 1981).

CAPITULO 11

UN CASO PRÁCTICO

Observamos que los bebedores no aceptarían ninguna clase de presión, salvo la del propio John Barleycorn. Ellos siempre debían ser guiados, pero no presionados... Descubrimos que lentamente avanzábamos más rápidamente.

Bill Wilson, 1955, citado en Ernest Kurtz, Not-God:
A History of Alcoholics Anonymous

La práctica de la entrevista motivacional implica una integración de las estrategias que hemos comentado hasta ahora. Como en el juego del ajedrez, no existen reglas de juego estándar para seguir. Cada caso es nuevo y supone una serie de retos únicos.

Por esta razón, hemos dudado si presentar un «caso práctico» desde el inicio hasta el final. Hay una serie de cosas que se pueden aprender de la observación de un juego simple de ajedrez o de un caso práctico. No obstante, ningún caso particular puede demostrar la rica variedad de situaciones y problemas con los que usted se encontrará, ni tampoco las diferentes maneras en las que estos obstáculos se pueden subsanar. Además, hemos observado la utilidad de proporcionar un ejemplo detallado sobre cómo actúa la entrevista motivacional. Este enfoque concreto podría no ser adecuado para otras personas, pero sirve de ejemplo sobre cómo aplicar las estrategias de la entrevista motivacional de una forma práctica.

El caso que pasamos a describir es el de un fotógrafo de 38 años de edad que acudió a consulta por su problema con el alcohol. Nunca había buscado ayuda por esta cuestión y se encontraba al inicio de la etapa de contemplación. No estaba en absoluto seguro de que necesitara ayuda o algún tipo de cambio. Dos acontecimientos precipitaron este hecho. El primero fue el examen de un médico, en relación con algunos dolores de estómago que había estado padeciendo. Basándose en este examen, el médico le dijo que tanto sus quejas como sus «olvidos» sugerían que había estado bebiendo demasiado, y aconsejaban que acudiera a un especialista. En segundo lugar, cuando él discutía esto con su esposa, pensaba que su forma de beber se le estaba escapando de las manos. La relevancia de todos estos comentarios era suficiente para hacer que se decidiera a pedir una hora de visita.

TERAPEUTA: Buenos días, por favor, siéntese. Creo que usted quería comentar algunas de sus preocupaciones sobre su forma de beber alcohol. Disponemos de 45 minutos, y principalmente quiero oír algo sobre su situación y sus preocupaciones. Necesitaría algún tipo de información específica por parte suya más tarde, pero en este momento quizá podría empezar a explicarme qué preocupaciones tiene usted con el alcohol.

El terapeuta empezó con un comentario breve estructurante y con una pregunta abierta.

PACIENTE: Bien, no estoy realmente seguro de si existe algún problema. Mi esposa parece pensar que bebo en exceso. Mi médico me hizo algunos análisis de sangre, y me dijo que indicaban que probablemente estaba bebiendo en exceso. Probablemente, dijo, pero entonces le hablé de esto a mi mujer, y ella se ha estado preocupando por mi forma de beber. Entonces le dije que vendría aquí, pero no estoy muy seguro de que deba estar aquí.

T: Entonces al menos dos personas más, su esposa y su doctor, se han estado preocupando de que el alcohol le está haciendo daño. Pero me pregunto: ¿qué ha observado usted por sí mismo? ¿Hay algo que usted haya observado sobre su forma de beber a través de los años que pueda ser un motivo de preocupación? Hábleme un poco de su forma de beber.

P: Me imagino que debo estar bebiendo más de lo que debiera. Mi mujer me dice que he estado bebiendo más durante los últimos años.

T: Entonces una de las cosas que ha observado es que usted está bebiendo más ahora de lo que lo hacía antes. ¿Qué más?

P: Realmente, no puedo pensar en nada más. No me afecta mucho de hecho. No me emborracho demasiado a menudo.

T: Entonces aunque usted sabe que su consumo de alcohol ha aumentado durante los últimos años, parece que de hecho no le afecta mucho.

P: Correcto. Puedo beber toda la noche sin emborracharme. Algunos amigos tienen problemas para poder seguirme.

T: Esto es interesante. ¿Qué podemos hacer con esto?

P: Creo que tiene que ver con mi familia. Mi padre era así. Podía beber hasta dejar tirados al resto, y nunca parecía que le preocupase.

T: Era así. ¿Todavía vive?

P: No, murió de un ataque al corazón hace unos cuantos años. Pero esto fue después de que hubiera dejado de beber.

T: ¿Por qué dejó de beber?

P: Mi madre quería que lo hiciera. Solía decir a la gente que lo dejaba por una cuestión de salud, que quería perder algo de

El paciente expresó inmediatamente la ambivalencia y algo de defensividad.

Una simple reflexión.

Hubiese sido fácil aquí caer en una trampa de pregunta-respuesta, preguntando una serie de preguntas específicas. En vez de eso, el terapeuta realizó una serie de preguntas abiertas.

Reflexión⁴ y ¿«qué más»?

Reflexión.

Una información útil, pero es un riesgo realizar demasiadas preguntas específicas.

⁴ [Nota de M. Pacheco] La traducción exacta sería: "Reflejo" (de "reflejos terapéuticos" de Carl Rogers; una "afirmación" del terapeuta; y que se distingue de las "preguntas reflexivas" de Karl Tomm, por ser una afirmación que busca comunicar al cliente que se lo está entendiendo, y por lo tanto estimular que aquel continúe conversando).

peso, y que la cerveza tiene muchas calorías.

T: Entonces usted cree que su forma de beber ha ido aumentando a lo largo de los años, y ha observado que el alcohol no parece afectarle tanto como al resto de personas. Y usted piensa que podría ser algo que pasa en su familia.

P: ¿Es posible?

T: Sí, así es, y eso puede ser importante. ¿Hay algo más que haya observado, alguna otra manera en la que su forma de beber se parezca a la de su padre?

P: Después han habido ocasiones en las que no recuerdo las cosas que han ocurrido. Puedo estar bebiendo en una fiesta, y a la mañana siguiente no acordarme de cómo llegué a casa. No es demasiado agradable despertar sin acordarse de dónde se ha dejado el coche.

T: Esto debe ser terrible, especialmente las primeras veces que le ocurre. Déme un ejemplo.

P: Hace aproximadamente dos semanas estaba con Bob y recuerdo que había bebido algo más de lo habitual. Estábamos jugando al billar. Cuando me desperté por la mañana, no podía acordarme de dónde había dejado el coche, y recuerdo haber empezado otra ronda y ya no puedo recordar como acabó. Miré a través de la ventana y vi mi coche en la carretera, me imagino que llegué allí de alguna manera. Me sentí terriblemente mal.

T: ¿De qué manera?

P: Bien, me preguntaba si había hecho algo estúpido. Sabía que podía despertar en la cárcel.

T: ¿Por conducir intoxicado?

P: Generalmente no suelo emborracharme tanto, pero probablemente aquel día fue así.

T: ¿Qué más le preocupaba aquella mañana?

P: Sé que eso también le ocurrió a mi padre. Él me lo había explicado.

T: Por lo tanto le preocupa que las mismas cosas le ocurran también a usted. ¿Qué cree que puede significar esto?

P: No lo sé. Nunca he pensado sobre esto. Y recuerdo que él se

Un resumen integrador de temas automotivadores comentados hasta entonces, escogiendo un posible tema motivador relacionado con la forma de beber del padre.

Era un poco pronto para pedir más información. El terapeuta daba una respuesta corta y volvía a provocar más frases automotivadoras.

La reflexión sobre un sentimiento, y la solicitud de un ejemplo afín de provocar más afirmaciones automotivadoras a través de una elaboración.

Otra demanda de elaboración.

El terapeuta seguía haciendo reflexiones y provocando más comentarios.

T: Usted se siente así algunas veces.

levantaba por la mañana con muy mal aspecto y necesitaba una copa.

P: No, no creo que nunca haya sentido que me faltaba una copa.

Pero muchas veces me he sentido mal por las mañanas.

Tampoco bebo por las mañanas.

T: Esto es una regla que usted ha seguido consigo mismo.

P: Sí, excepto en raras ocasiones. No creo que sea bueno beber por las mañanas.

T: ¿Por qué cree eso?

P: He observado que me siento mejor, te hace desaparecer la resaca. Eso se podría convertir en un mal hábito. Pero habitualmente va bien para la resaca.

T: Cuando se para a pensar en ello, se da cuenta de una serie de cosas. Su forma de beber parece haber ido en aumento a lo largo de los años, y usted sabe que han habido momentos en los que ha bebido demasiado. Su mujer está preocupada con usted, de la misma manera que su madre se preocupaba por su padre, y su doctor le ha comentado que le está afectando a su salud. Se ha podido dar cuenta, como su padre, de que puede beber bastante sin sentirse intoxicado, y que ha tenido problemas con la memoria. Ha tenido también algunas malas resacas, y se da cuenta de que si bebe algo por las mañanas se siente mejor. ¿Cuál de esas cosas le preocupa más?

P: Mi salud, imagino.

T: Por lo tanto si usted cree que estaba dañando su salud, esto le preocuparía. ¿Qué más le preocupa?

P: No me gusta no acordarme de las cosas.

T: Eso no le parece normal.

P: No. Pero no creo que sea un alcohólico. Yo he conocido algunos alcohólicos, y yo no soy como ellos.

T: Su situación no parece que sea tan mala para usted.

P: No, no lo es. He podido dejar de beber durante semanas en alguna ocasión sin problema alguno. Y puedo tomarme un par de copas y dejarlo. Tengo un buen trabajo y una familia. ¿Cómo podría ser un alcohólico?

T: Eso debe, ser confuso para usted, cuando piensa en ello. Por un lado puede ver algunos signos de alarma de que está bebiendo en exceso, y se preocupa por ello. Por otro lado, no parece identificarse con lo que usted cree que es un alcohólico.

P: Por supuesto. Creo que he tenido algunos problemas, pero no

Otro resumen, integrando todos los grandes temas automotivadores que han ido surgiendo.

La trampa del etiquetaje ha surgido. Reflexión.

Reflexión sobre una sensación, y una reflexión de los dos extremos de la ambivalencia.

El paciente contestó reconociendo am-

- soy un borracho. *bas partes.*
- T: Y hasta ahora no parece que haya senado que tenía que hacer algo con todo esto. Pero ahora está aquí. ¿Por qué ahora?
- P: Parecía como si tuviera que hablar con alguien. No quiero ignorar esto. Vi lo que le pasaba a mi padre, y no quiero que esto me pase a mí y a mi familia.
- T: Su familia es muy importante para usted. *Reforzando un objetivo importante.*
- P: Amo a mi mujer y a mi hijo.
- T: Y parece que ellos también le quieren a usted. Su mujer tenía mucho interés en poder decirle lo preocupada que estaba por su forma de beber. Y aunque usted no se vea a sí mismo como un alcohólico, también está un poco preocupado.
- P: Sí, por supuesto.
- T: Debe haber sido algo muy difícil para usted decidirse a venir. *Afirmación.*
- Debe estar algo preocupado con usted y su familia, y le respeto por estar aquí. No es fácil hacer lo que está haciendo.
- P: Era difícil. Al principio no quería venir. Pero, ¿usted cree que soy un alcohólico? *De nuevo la trampa del etiquetaje.*
- T: Ésta es una palabra que significa muchas cosas para diferentes personas. No quiero que se preocupe por la forma en que se deba llamar a sí mismo. Lo que importa aquí realmente es que analicemos bien lo que está ocurriendo. Entiendo que esté usted preocupado, y me gustaría ayudarle a descubrir qué riesgo puede estar corriendo, y qué es lo que puede hacer con ese riesgo. *Aquí un «Sí» podría haber conducido a una discusión y a una resistencia. Por contra, el terapeuta reformuló el tema, y cambió el punto de atención hacia el tema en cuestión: el análisis de la conducta de consumo de alcohol y sus efectos.*
- P: ¿Qué es lo que cree que debería hacer?

Comentario. Éste es un ejemplo del proceso que consiste en hacer que el paciente realice afirmaciones automotivadoras como una forma de crear la motivación durante la fase I. La mayoría de las respuestas del terapeuta hasta este momento se produjeron bajo la forma de preguntas a fin de provocar afirmaciones automotivadoras o bien mediante una escucha reflexiva para potenciarlas. En muchos momentos en los que hubiese sido tentador el empezar la «confrontación» el terapeuta mantuvo una actitud generalmente empalica y evitó la discusión. Los pacientes a menudo se sorprenden y se relajan por ello; en lugar de resistirse tienden a querer continuar su proceso de autoevaluación. Las afirmaciones automotivadoras se potencian con la reflexión y los resúmenes periódicos.

En este momento, el paciente formuló una pregunta importante: «¿Qué es lo que cree que debería hacer?». El terapeuta tuvo que tomar una decisión. ¿Era suficiente desde un punto de vista motivacional empezar a discutir las estrategias para el cambio? Si eso se hubiese producido en la consulta de un médico, en la que el tiempo es muy limitado, ésta hubiera sido una buena oportunidad. Hubiese sido mejor seguir hacia una intensificación del compromiso y la negociación de un plan (fase II). El riesgo, sin embargo, fue que no se había hecho el trabajo suficiente de la fase I, y el terapeuta se hubiese puesto en el rol de

realizar sugerencias que el paciente habría rechazado (una forma de la trampa de confrontación de la negación). En este caso, el paciente está consultando a un especialista, y por lo tanto era posible implicarlo en un proceso terapéutico más largo. Una opción era continuar la presente entrevista con estrategias de la fase I, acumulando más afirmaciones automotivadoras que se podrían utilizar para crear una discrepancia. Otra opción hubiese sido la de utilizar la base creada para implicar a la persona en una evaluación posterior más detallada (capítulo 7), lo cual a su vez proporcionaría más material para poder discutir. El terapeuta escoge la última opción y sugiere una transición hacia una evaluación estructurada.

P: ¿Qué es lo que cree que debería hacer?

T: Existen unas cuantas posibilidades, y le podría ayudar a pensar sobre las opciones que tiene si usted quiere. Pero si lo que desea es mi opinión, yo creo que primero deberíamos tener un análisis más adecuado de su situación actual. Lo que usted me ha dicho hasta ahora provoca una serie de preocupaciones, pero realmente no tenemos suficiente información como para tomar las decisiones más adecuadas. Lo que le sugeriría ahora, por lo tanto, es que nos tomemos el tiempo suficiente para hacer un buen análisis de la situación actual. Hay algunos cuestionarios a los que podría contestar, y me gustaría invertir un par de horas más con usted a fin de obtener más información que nos sea útil. Después de esto, cuando tengamos una imagen más clara de lo que está ocurriendo concretamente en su vida, nos podremos centrar en las opciones que usted tiene. ¿Qué piensa sobre esto? ¿Está suficientemente interesado en invertir 2 o 3 horas descubriendo más cosas sobre usted mismo?

El paciente respondió a tres cuestionarios en su casa: el Alcohol Use Inventory (Horn, Wanberg y Foster, 1987), y dos instrumentos para evaluar la motivación para el cambio, el University of Rhode Island Change Assessment (URICA) y el Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (véase capítulo 7). El terapeuta le administró la entrevista denominada Brief Drinker Profile (Miller y Marlatt, 1984) y una breve batería neuropsicológica. Además, se obtuvo una muestra de sangre del paciente y se analizó mediante una serie completa de pruebas bioquímicas. Es posible, por supuesto, realizar una evaluación que requiera menos tiempo y sea menos costosa. Lo importante aquí es proporcionar un feedback estructurado de la información recogida a fin de permitir una interpretación de los resultados personales (capítulo 7). A continuación citamos un fragmento de la entrevista posterior, en la que este feedback se retorna al paciente. A éste se le proporcionó un informe escrito sobre los pasos que debía seguir a medida que el terapeuta revisaba los datos.

T: Aprecio el tiempo y el cuidado que usted se tomó con estos test. Lo que quiero que hagamos esta mañana es que revisemos los resultados conjuntamente. Primero recuerde que nos centramos en una semana típica y contamos todas las veces que había bebido. Así vimos que había tomado 53 copas durante la semana, teniendo en cuenta que «una copa» era habitualmente un vaso de cerveza o de vino, o bien una onza de licor. Si usted compara esto con la población general está bebiendo más que el

Esto tipifica el estilo para presentar los resultados. La puntuación del paciente se presenta con respecto a los datos normativos. Más que decirle qué pensar o cómo sentirse con los resultados, se le preguntó al paciente sobre las reacciones, que después le fueron devueltas.

95 % de los adultos. ¿Qué piensa sobre esto?

P: Parece que sea mucho. Realmente nunca lo había contado así, pero no me veo a mí mismo como un bebedor tan importante.

T: Está sorprendido.

En lugar de confrontar, el terapeuta utilizó una simple reflexión.

P: ¡Sí! Sé que cuando usted me estaba preguntando cuánto bebía habitualmente, me parecía mucho. Pero bebo casi lo mismo que mis amigos.

T: Entonces eso debe ser confuso para usted. Por un lado puede ver que es mucho, y es más de lo que el 95 % de las personas beben. Aunque parece que sea lo normal entre sus amigos. ¿Cómo puede ser que ambas cosas sean verdad?

Reflexión de los dos componentes de la ambivalencia.

P: Sé que puedo beber como el restante 5%.

T: Sus amigos son bebedores muy importantes.

El terapeuta lo hubiera hecho mejor si hubiera insistido en esta reflexión.⁵

P: No sé lo que quiere decir «bebedores muy importantes». Imagino que bebemos más que el resto de personas.

T: También tenemos un programa de ordenador que valora los niveles sanguíneos basándose en la frecuencia en la que usted toma alcohol. Muchos bebedores sociales se sitúan en algún lugar de la escala entre 20 y 50. Cincuenta aquí es lo mismo que 0,05, lo que es suficiente como para afectar la forma en que usted conduce. Nuestra valoración para su caso está alrededor de las 179 unidades, o 0,179 a lo largo de lo que sería una semana típica para usted. Esto es sobre unas tres veces por encima del límite para la mayoría de consumidores de alcohol, y por encima de los valores permitidos legal-mente para conducir.

P: ¿Usted quiere decir cada semana?

T: Por lo que usted me dijo, sí. Yo creo que hay tres noches a la semana en las que usted supera ese nivel.

P: Eso puede ser así. A pesar de todo nunca me siento borracho. Siempre vuelvo conduciendo a casa y nunca he tenido problema alguno.

Resistencia: Reto.

T: Le parece a usted entonces que algo debe funcionar mal en el ordenador.

Reflexión amplificada

P: No, no lo creo, pero nunca me he sentido tan borracho.

T: Y usted no puede entender cómo puede usted tener tanto alcohol en el cuerpo sin darse cuenta.

P: ¿Es eso posible?

⁵ [Nota de M. Pacheco] Quizá hubiese sido mejor que el terapeuta no hubiese usado el adjetivo “muy importantes”, ya que no estaba en el discurso del cliente... y por lo tanto no obtiene un “sí” de parte del cliente.

T: Por supuesto que es posible, sobre todo entre las personas que consumen alcohol en exceso. A eso se le llama «tolerancia», aunque muchas personas le llamen «ser capaz de aguantar el alcohol». Hablamos de esto la primera vez que nos vimos.

T: Correcto. Usted puede tener niveles de alcohol suficientemente altos en sangre —lo suficiente como para que le afecte su forma de conducir e incluso dañarle sus órganos internos— pero sin sentirse intoxicado.

P: Entonces yo conduzco legalmente borracho tres veces a la semana.

T: Eso es lo que parece. ¿Qué es lo que piensa sobre esto?

P: Pienso que he tenido suerte.

T: Entonces esa puntuación corresponde a todas esas veces en que bebía en exceso y de las que hemos hablado. En uno de esos fines de semana, estimamos que llegó tan alto como a 220 unidades, o 0,22. Eso tiene sentido, porque es el valor en el que a veces se producen esas pérdidas de memoria llamadas «olvidos».

P: ¡Uf!

T: Eso le parece alto.

P: Sí, nunca pensé en ello.

T: Bien, de ahí que estemos hablando sobre el tema, y aprecio la honestidad con la que ha contestado a mis preguntas. Reconozco, de todas maneras, que debe ser difícil para usted. He hecho esto mismo con muchas personas, y es duro mirarse a sí mismo en un espejo como éste. ¿Quiere que continuemos?

P: Por supuesto.

T: Lo que le presento a continuación es una medida general sobre los efectos que tiene el alcohol en su vida, el número de veces que le ha causado problemas. Su puntuación es de 18 y cae en medio del rango que nosotros consideramos como «problemas importantes» —no demasiado graves, pero más que efectos moderados o medios.

P: Entiendo.

T: ¿Esto significa algo para usted?

P: Creo que bastante.

T: De acuerdo. No sé cómo reaccionará con el siguiente resultado. Éste refleja el grado de dependencia que usted tiene con el alcohol. Su puntuación en este caso está en el límite superior del rango que llamamos «síntomas de dependencia claros y definitivos». En general, significa que está empezando a mostrar algunos de los signos frecuentes de dependencia al

P: Por lo tanto, ¿puedo beber mucho y no sentirlo?

Afirmación.

La puntuación que se presenta aquí procede del Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971), que forma parte del Drinker Profile (Miller y Marlatt, 1984).

alcohol, aunque aún no ha llegado a tener problemas más graves.

P: ¿Quiere decir que soy un adicto?

T: No quisiera ser tan simplista como para decir que es o no es un adicto. La dependencia es algo que surge de forma gradual, por pasos o grados. Esto le indica el grado de dependencia al que usted ha llegado. Indica que algo está pasando, que está empezando a mostrar los primeros signos de dependencia al alcohol.

P: No me gusta nada todo esto.

T: No le gusta la idea de tener una dependencia al alcohol.

P: ¡En absoluto!

T: Le gusta mantener el control sobre usted mismo.

P: Sí.

T: Bien, no estamos hablando sobre problemas importantes con el alcohol. La dependencia aumenta con los años, en ocasiones a una alta velocidad, a veces más lentamente. Ahora usted está justo en el medio. Pero parece que avanza de forma significativa.

Aquí el terapeuta asume un tono ligeramente paradójico, hablando desde el lado de «puede que no sea tan malo» de la ambivalencia del paciente, y acabando con una reflexión.

P: (En silencio por algún tiempo) Sigamos hacia adelante.

T: Estoy preocupado de ir demasiado deprisa. Esto es difícil y no quiero darle demasiada información de golpe. ¿Necesita más tiempo para asumir esto o para hablar sobre el tema?

P: No ya está bien. Sigamos hacia adelante.

Comentario. El terapeuta continuó dando un feedback a partir de los datos obtenidos mediante los cuestionarios y a partir del perfil del análisis de sangre, que indicaba unas elevaciones moderadas de los enzimas hepáticos. Finalmente presentó los resultados de los test neuropsicológicos, que reflejaban patrones de deterioro típicos entre personas con dependencia al alcohol.

Este proceso de feedback puede ser un proceso muy difícil de asumir para un paciente, y se requiere de la empatía del terapeuta a lo largo de esta fase. Las lágrimas y el malestar emocional son cosa frecuente. Un feedback de este tipo contribuye en gran manera a crear una discrepancia y la percepción de que un cambio es algo necesario. La resistencia es habitual como respuesta a algunos de los resultados, y se debe abordar con sensibilidad (véase capítulo 8). Al final de este proceso, el terapeuta invita al paciente a que siga formulando preguntas, después resume el feedback de la información que se le ha ofrecido y la integra con las propias preocupaciones del paciente. Esta recapitulación prepara el clima ambiental para formular algunas preguntas clave (capítulo 9).

T: Hemos revisado ya gran parte de la información que hemos recogido. Me pregunto si hay algo más que quiera preguntarme — algo que le haya preocupado, o algo que quiera usted saber.

Una invitación para recibir información y consejo.

P: Sí. ¿Es algo que pueda haber heredado de mi padre?

T: Existen datos que indican que las personas pueden heredar una predisposición a tener problemas con el alcohol. No es algo tan simple como el hecho de heredar algo llamado «alcoholismo». Es algo así como un riesgo hereditario para tener la presión sanguínea alta o un problema cardíaco. Su presión sanguínea está determinada en parte por la genética, pero también se ve influida por su dieta y por el ejercicio, su nivel de estrés, el uso de la sal, etc. El beber alcohol es también algo así. Los hombres que tienen familiares con problemas de alcohol parecen correr un alto riesgo para tener problemas de alcoholismo. Y la tolerancia es también un factor de riesgo.

P: Entonces, tengo un riesgo más alto.

T: Así es, realmente. Usted tiene más razones que la mayoría de la gente para cuidarse respecto al alcohol. ¿Hay algo más que le preocupe?

P: Creo que no.

T: Entonces trataré de resumirle en donde nos encontramos y así me podrá decir si me he dejado algo. Usted vino aquí en parte por la urgencia de su esposa, parcialmente por su doctor, y parcialmente porque usted está preocupado con su forma de beber, aunque antes no hubiera pensado demasiado en ello. También era consciente de que bebía más que el resto de las personas, y parece que tiene tolerancia respecto al alcohol. Usted puede beber mucho alcohol sin sentirse borracho, incluso —como ya hemos visto hoy— puede tener el nivel de alcohol suficiente en sangre como para que le afecte y le haga daño. Usted quiere cuidarse de sí mismo, y está preocupado por su propia salud. Los análisis de sangre que le realizamos sugieren que su cuerpo está siendo dañado por su forma de beber —que es lo que le ha dicho su doctor—. Usted ya está teniendo algunos problemas debidos al alcohol, y existen indicios de que empieza a tener una dependencia del alcohol, particularmente cuando quiere relacionarse con los demás o cambiar la forma en que se siente. Al mismo tiempo, no se ve a sí mismo como un alcohólico, y en el pasado ha creído que si no era un alcohólico no tenía por qué preocuparse con respecto a su forma de beber. No le gusta la idea de tener una dependencia de algo. Usted está preocupado por los efectos que tiene el alcohol sobre su memoria, y los resultados de sus test indican que sus preocupaciones están bien fundadas. Sus puntuaciones se

Recapitulación

parecen a las de los alcohólicos con problemas, y esto contrasta con su por otro lado buena inteligencia. Yo sé que ha estado pensando sobre cómo su forma de beber se parece a la de su padre y eso le preocupa. Hablamos sobre la historia de su familia, y sobre cómo usted probablemente tenga un mayor riesgo que la mayoría de las personas para que el alcohol le haga daño. Usted quiere asegurarse de que su forma de beber no está afectando en absoluto a su familia, ya que sabe lo que ocurre en este caso. ¿Es éste un buen resumen?

P: Sí, excepto que cuando vine aquí no pensaba realmente que estaba bebiendo más que el resto de las personas.

T: Le parecía que su forma de beber era perfectamente normal.

Reflexión amplificada.

P: Bien, puede que no fuera normal, pero tampoco que fuera anormal. No había pensado en ello.

T: Y ahora usted está pensando en ello. Le he dado mucha información, y parte de esta información es muy dura. ¿Qué va a hacer con todo esto?

Pregunta clave.

P: Es bastante depresivo. Yo realmente no pensaba que tuviera un problema, al menos no tan importante.

T: Esto no es lo que usted esperaba oír, y puedo entender lo que le está afectando. Intentemos verlo desde una cierta perspectiva. En todas estas medidas, usted está en una zona límite. Las buenas noticias son que usted lo ha podido saber con el tiempo suficiente antes de que estos problemas sean graves. Las personas que cambian su forma de beber, si lo hacen a tiempo, muestran una cierta mejoría, y a menudo las puntuaciones que han obtenido en los test vuelven a valores normales. Otras personas esperan hasta que han tenido un daño importante e irreversible. Usted no ha esperado. Es como otros tantos problemas, cuanto antes los afronte, más probabilidad tiene de superarlos y de mantenerse sano.

Reflexión.

Reformulación.

Apoyar la autoeficacia.

P: Pero, ¿qué es lo que voy a hacer los fines de semana si dejo de tomar alcohol? (Sonríe)

Imaginando.

T: Es difícil imaginar lo diferente que sería su vida.

Comentario. Este es otro tema de elección. El terapeuta tenía que decidir si presionar hacia la delimitación de objetivos, la negociación de un plan para cambiar, y la obtención de un compromiso. Sería posible continuar con las estrategias de la fase I, construyendo quizá una hoja de balance decisional con los pros y los contras para el cambio. La pregunta era ésta: ¿hasta qué punto estaba preparado el paciente para cambiar? Algunos de los signos enumerados en la tabla 9.1 (capítulo 9) eran evidentes. Existía poca resistencia, y el paciente estaba formulando algunas preguntas sobre el problema, ofrecía algunas

afirmaciones automotivadoras, aunque en este momento el terapeuta pudo tratar de buscar más (por ejemplo, «¿Cuáles cree que son las razones más importantes para realizar un cambio? ¿Qué es lo que cree que ocurrirá si no cambia su forma de beber?»). Había una indicación de su forma de ver cómo sería la vida sin el alcohol. Ahora las señales no verbales del paciente también sugerían una forma de arrepentimiento, una triste resignación. El terapeuta decidió poner a prueba la situación con una pregunta clave sobre el cambio.

T: Entonces, ¿qué es lo que significa esto sobre su forma de beber? ¿Qué es lo que va a ocurrir?

Pregunta clave.

P: Bien, yo quiero hacer algo. No quiero tan sólo dejar pasar esto.

T: ¿Qué cree usted que es ese «algo»? ¿Cuál es el siguiente paso?

Pregunta clave.

P: Creó que debo hacer algo con mi forma de beber: o bien dejar el alcohol o bien reducirlo.

El paciente inició el proceso de negociación discutiendo los objetivos.

T: Una cosa o la otra.

P: Bien, ¡no puedo dejarlo pasar! Si continúo bebiendo, ¿no empeorarían las cosas?

T: Probablemente.

P: Entonces algo tiene que cambiar. O bien lo reduzco o bien lo dejo.

T: ¿Qué piensa sobre esas dos posibilidades?

P: Si tuviese una oportunidad, preferiría reducirlo. Me gustaría beber de vez en cuando.

T: El beber es importante para usted.

P: No es que sea importante realmente. Es tan sólo que me gusta tomarme una copa, y creo que me sentiría raro si estuviera sentado con una Coca-Cola en la mano mientras que los demás están bebiendo.

Imaginando.

T: Entonces se sentiría incómodo, se sentiría fuera de lugar.

P: Exacto. Sé que no es demasiado serio, imagino. No lo dejaría si no tuviera que hacerlo.

T: Pero si estuviera claro para usted que tiene que dejarlo de una vez, entonces cree que podría.

Apoyando la autoeficacia.

P: Seguro. Si supiese que tenía que hacerlo.

T: ¿Cómo lo sabría?

P: Yo creo que intentaría hacer algo y ver si funciona.

T: ¿Cuánta ayuda querría?

P: ¿Qué tipo de ayuda?

T: Me refiero a ayuda de otras personas —apoyo, terapia, ideas, ese tipo de cosas—. ¿Cuánto sería capaz de hacer por sí solo, y cuánto le ayudaría el disponer de algo de apoyo?

P: No lo sé. Nunca lo he intentado. Me gusta hacer las cosas

por mí mismo, y creo que puedo hacerlo, pero quizá también sea útil comentarlo con alguien más.

T: Entonces usted estaría abierto a algún tipo de apoyo si decidiera cambiar su forma de beber.

P: Así lo creo.

T: ¿Qué cree que hará?

P: Usted es el experto. ¿Qué puedo hacer?

T: Puedo decirle algunas cosas que otras personas han intentado con éxito, pero usted es el experto en usted mismo.

Todo lo que puedo hacer es sugerirle ideas. Puede que algunas de ellas tengan sentido para usted, que ninguna de ellas lo tenga. Usted es quien tiene que decidir lo que quiere hacer. ¿Quiere algunas ideas?

P: Sí.

T: Ante todo, usted decide si deja el alcohol o simplemente lo reduce. Algunas personas consiguen reducir la cantidad de alcohol hasta un nivel que no le produce más problemas. Otras personas encuentran necesario o más fácil abstenerse. Usted no está seguro qué camino seguir.

P: No. ¿Qué cree usted?

T: Es usted quien tiene que tomar la decisión, yo no puedo tomarla por usted. ¿Está seguro que quiere mi consejo?

P: Por favor. No tengo por qué tomarlo sólo porque usted lo diga.

T: De acuerdo. Me imagino que si yo estuviera en su lugar estaría un poco preocupado sobre algunos de los datos que hemos revisado, como los efectos que tiene el alcohol sobre su hígado y su cerebro. La forma más segura de cambiar estos problemas y de volverlos a valores normales es a través de un período de abstinencia, y usted puede intentarlo.

P. ¡Oh!, seguro que puedo, pero, ¿cuánto tiempo cree que me costará?

T. Eso es difícil de decir. Al menos el tiempo suficiente como para su cuerpo funcione de nuevo con normalidad. Yo diría que unos tres meses sería un buen comienzo. Sería una buena idea el poder repetir estas pruebas después de ese tiempo para ver cómo van las cosas.

P: Y si continuo bebiendo, entonces supongo que no mejoraré.

T: Yo casi lo aseguraría. Usted puede elegir por sí mismo. Pero yo creo que la forma más segura y más rápida para reparar ese daño sería la de dejar el alcohol por un tiempo. Ésa es mi opinión. No sé que tal le suena eso.

Introducir el concepto de «menú»

Enfatizar el control personal.

Enfatizar el control personal.

Reto personal.

P: Entonces cuando ya me encuentre bien de salud, ¿podré volver a beber de nuevo si quiero?

T: El hecho es que puede empezar a beber cuando quiera. Nadie puede obligarlo a que pare. No es una cuestión de «usted puede». Lo importante es lo que ocurriría. Como ya le dije, algunas personas tienen cuidado con su forma de beber y lo consiguen. El peligro, por supuesto, es volver a hábitos antiguos y empezar a beber de una manera que ponga en peligro su salud y su familia de nuevo. Pero no intente tomar una decisión ahora. Lo puede decidir dentro de unos días. ¿Puede incluso pensar que prefiere no beber!

P: Y de momento yo debería dejar el alcohol.

T: Usted me preguntó qué es lo que yo pensaba. No le dije lo que usted debía hacer, sólo la que yo creo que es la forma más segura para usted. Lo que haga es una cuestión suya. ¿Pero qué cree que hará?

P: Eso me parece mejor.

T: Entonces déjeme preguntarle lo siguiente: ¿qué es lo que le hace seguir adelante con lo que ha decidido hacer? Si ha decidido dejar de beber durante un tiempo, ¿qué hace que le resulte tan duro seguir haciéndolo?

P: Mis amigos. Gran parte del tiempo que invierto con ellos es bebiendo, y no sé cómo podría afrontarlo de otra manera.

T: ¿Qué más podría hacer?

P. Puede que invierta más tiempo con mis amigos que no beben, o me mantenga alejado de los bares y les vea cuando no están bebiendo.

T: ¿Cree que puede hacer eso?

P: Creo que sí.

T: ¿Qué más le resultaría duro?

P. Me gusta beber. Pero creo que no es un gran problema. Sólo tengo que recordarme a mí mismo lo que es importante.

T: Déjeme preguntarle esto: ¿qué es lo que cree que ocurriría si no cambia su forma de beber? ¿Qué es lo que le preocupa sobre eso?

P: Me imagino que todas las cosas de las que hemos estado hablando podrían empeorar —mi hígado, mi cerebro, mi memoria—. Y creo que mi familia pasaría un mal rato —no me gusta pensar que les voy a perder—. Puede que incluso perdería mi trabajo si las cosas van a peor. No es algo muy agradable en lo que pensar.

Enfatizar el control personal.

Retrasar una decisión.

Reto personal.

El terapeuta pensaba que existía una continua ambivalencia, y utilizó la oportunidad para reforzar la motivación.

T: ¿Cómo ve su forma de beber alcohol en estos momentos?

P: No me parece muy alarmante.

T: Una cosa más. Habitualmente el problema no es tan sólo el hecho de beber alcohol. ¿Qué otras cosas le gustaría que fuesen diferentes? ¿Hay otros cambios que a usted le gustaría introducir?

P: Me gustaría que las cosas fueran mejor en mi vida.

T: Entonces podría estar bien para los dos [el paciente y su pareja] hablar con alguien, a fin de trabajar sobre su relación.

¿Estarían ustedes dispuestos a hacerlo?

P: Creo que sí.

Comentario. En este momento, el terapeuta decidió que era oportuno revisar con el paciente las opciones disponibles para ayudarlo a llevar a cabo ese plan. Las cosas específicas dependerían de las alternativas disponibles en esa área. Se le describieron al paciente una variedad de opciones, incluyendo los grupos de apoyo de pacientes abstinentes, el Disulfiram, la sensibilización encubierta (para superar el deseo de beber alcohol), el entrenamiento en habilidades (especialmente para rechazar el alcohol), una desintoxicación gradual o inmediata, y la terapia de pareja. El paciente expresó una clara preferencia para hacerlo «a su manera», pero mostró algún interés en volver a las sesiones de seguimiento con su esposa. El terapeuta continuó con un resumen del plan de tratamiento.

T: Déjeme ver si comprendo lo que usted quiere hacer por sí mismo. Ha decidido que lo que quiere hacer es tomarse un descanso con el alcohol por un período de al menos 3 meses, y ahora irá a casa a decírselo a su esposa. Usted pensaba que sería una buena idea para ustedes dos volver de nuevo aquí, y ser capaces de contrastar conmigo cómo lo está usted haciendo. Le gusta la idea de ser capaz de conseguirlo por sí mismo; entonces por el momento no quiere utilizar otros recursos, tales como la medicación que comentamos [Disulfiram] o bien participar en un grupo. Usted dijo que si no lo conseguía y volvía a beber de nuevo durante los 3 meses siguientes, entonces comentaríamos si utilizamos alguna ayuda adicional. Volverá de nuevo el próximo jueves con su esposa, de manera que podremos revisar este plan con ella, y entonces decidiremos lo que haremos desde ese momento. ¿Es eso lo que quiere hacer?

P: Sí, creo que sí.

T: Aún parece un poco reticente y creo que es comprensible. Esto es un gran cambio para usted. ¿Qué hay en ese plan que le pone nervioso? ¿Me he dejado algo?

P: No me siento realmente «nervioso» con esto. No, es correcto. Estaba pensando en algunos buenos momentos que

Reflejando la ambivalencia.

tengo.

T: Y es difícil porque los está contrapesando con su salud y la de su familia, y con los buenos momentos que están por llegar. *Reformulando.*

Es difícil dejarlo pasar.

P: Pero es lo que tengo que hacer.

T: No, usted no tiene que hacerlo. Lo hará si es lo que usted quiere hacer. Si lo quiere suficientemente. ¿Es eso lo que usted quiere?" *Enfatizando el control personal.*

P. Sí, eso es.

T: Entonces nos volveremos a ver con usted y su esposa el jueves.

Este es tan sólo un ejemplo de cómo se aplica la entrevista en la práctica. Hay diversas formas para poner en práctica los principios básicos de la entrevista motivacional. Este caso que hemos presentado muestra algunos de los temas que surgen y cómo podría un terapeuta proceder. El reto real para su creatividad está en poder aplicar los principios generales a cada caso en particular.