



# TRATAMIENTO DOCUMENTOS TÉCNICOS

MANUAL BTEI PARA FOMENTAR  
LA MOTIVACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS

DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO  
DE SUSTANCIAS

**MANUAL BTEI PARA FOMENTAR LA MOTIVACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS  
DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

*The BTEI building motivation manual: enhancing a style of working.*

*Routes to Recovery, Part 6.*

E. Day and D. Best, University of Birmingham; N. Bartholomew, D. Dansereau, and D. Simpson, Texas  
Institute of Behavioral Research at TCU

©The University of Birmingham

2008

## INDICE

<b>Introducción.</b>	p. 4
<b>Sección 1: Explorando el problema.</b>	p. 5
<b>Sección 2: Construyendo hacia el cambio.</b>	p. 14
<b>Sección 3: Desarrollando un plan de acción.</b>	p. 24
<b>Glosario</b>	
<b>Entrevista Motivacional</b>	p. 31
<b>Fases del Cambio de Comportamiento</b>	p. 37

## Introducción

El presente documento técnico, corresponde a la traducción de “The BTEI Motivational Manual: Enhancing a Style of Working” (Manual Motivacional BTEI: mejorando un estilo de trabajo) publicado por el proyecto ITEP (International Treatment Effectiveness Project) financiado por National Treatment Agency for Substance Abuse (NTA) de Inglaterra y Gales, cuyo objetivo fue mejorar la efectividad del tratamiento del abuso de sustancias por medio de la provisión de intervenciones psicosociales de implementación fácil y clara, a través de la utilización de manuales.

Este proyecto fue una colaboración entre el NTA, el Texas Institute of Behavioral Research (IBR de la Texas Christian University) y la Universidad de Birmingham.

Este Manual es el volumen 6 de este proyecto y propone la integración del estilo y técnicas de la Entrevista Motivacional, con las representaciones gráficas cognitivo-conductuales *node-link (mapping)*, para fomentar la motivación para el cambio de comportamiento y la motivación para ingresar a tratamiento de los usuarios con consumo problemático de sustancias.

Al final de cada parte del Manual BTEI se encuentran los mapas que el terapeuta puede usar en la conversación con la persona usuaria.

La publicación en castellano de este Manual es un aporte a los profesionales chilenos de herramientas técnicas probadas en Inglaterra y Gales con población general.

Los profesionales que deseen implementar este Manual con los usuarios que atienden, deben estar familiarizados con la filosofía y las técnicas de la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick.

## **Sección 1**

### **Explorando el problema**

El objetivo de esta sección es explorar los problemas actuales de las personas usuarias de tratamiento por consumo problemático de sustancias, en un estilo que construye motivación para el cambio. Se combinan las técnicas de la Entrevista Motivacional con la de representaciones gráficas (mapas de conexión entre nodos, "node-link") para comprometer a la persona usuaria en la conversación. Al final de la sección se encuentran los mapas sugeridos para usar en el transcurso de la conversación.

La construcción de motivación para el cambio es importante en todas las fases de la travesía del tratamiento, pero es particularmente importante al comienzo. Muchas de las personas que buscan tratamiento pueden encontrarse en la fase de "Contemplación" descrita por Prochaska y DiClemente, y los materiales presentados para esta sesión están diseñados para estimular a la persona usuaria hacia la fase de Preparación para el cambio.<sup>1</sup>

#### **Paso 1**

La tarea inicial es explorar el consumo actual de sustancias de la persona y sus sentimientos al respecto. La meta última es movilizarla para que realice cambios en su consumo de la sustancia, pero la primera fase es construir motivación para el cambio.

El terapeuta debiera adoptar un acercamiento empático, con el objetivo de fomentar un vínculo positivo, y brindar la oportunidad para que la persona emita discurso de cambio.

Una forma de iniciar este proceso es realizar una pregunta abierta acerca del consumo de drogas:

---

<sup>1</sup> En el caso de personas que acuden a un tratamiento por obligación formal (sistema de justicia) u obligación informal (familia, empleadores), el profesional podrá percatarse tempranamente de su disposición motivacional; que en general corresponde a la fase de Precontemplación (la persona no reconoce tener el problema que otros ven en ella). Con dichas personas, el terapeuta no podrá implementar las intervenciones descritas en este Manual, sino que se sugiere implementar estrategias diferenciadas según el estilo de Precontemplación de la persona.

*Asumo por el hecho que usted ha venido a este centro a buscar ayuda, que está experimentando problemas con las drogas ¿Le gustaría hablarme de esto?*

La meta es lograr que la persona hable de su consumo de drogas lo más libremente posible, escuchando atentamente lo que dice. Es mejor evitar hacer demasiadas preguntas, sino más bien reflejar los comentarios que hace.

Después de una conversación general de los problemas de la persona usuaria, es útil estructurar esos pensamientos en el Mapa 1 (Motivación 1.1). Si la persona tiene más de una sustancia problema, se sugiere completar más de un mapa (es decir, un mapa por sustancia).



*A medida que hemos estado conversando, he comenzado a escribir algunas de las cosas que usted ha estado diciendo, pero quiero que mire lo que he escrito para estar seguro que lo estoy entendiendo bien. Continúe hablándome de las cosas buenas y las cosas no tan buenas de su consumo de drogas.*

Mientras se conversa con la persona acerca de su consumo de la sustancia, es importante escuchar en forma activa y reflejarle sus comentarios. Muchas cosas que enuncia acerca de su consumo de drogas pueden tener significados diferentes, y el significado elegido por el terapeuta no es necesariamente el correcto. Lo más adecuado es realizar una serie de comentarios (en lugar de preguntas) con el objetivo de permitir que la persona continúe hablando de sus problemas, permitiendo un máximo de tiempo para extraer ambivalencia y discurso de cambio. Por ejemplo:

*Usuario: Recientemente he estado consumiendo mucha pasta base.*

*Terapeuta: Ha estado consumiendo más que lo acostumbrado.*

*Usuario: He estado consumiendo más, porque mi "dealer" me la deja a un buen precio.*

*Terapeuta: A usted le preocupa que esté consumiendo demasiado.*

*Usuario: A veces consumo mucho más que lo que realmente quería. Siento una pulsación en mi cabeza, y pareciera que mi corazón se vuelve loco de tanto latir. Me siento muy débil.*

*Terapeuta: Y a usted le preocupa que pueda estar ocasionándose algún daño.*

Cuando sea posible, el terapeuta debiera ofrecer comentarios de apreciación a los esfuerzos de la persona para describir sus problemas.

*Me doy cuenta que las cosas se han vuelto difíciles para usted, y de los esfuerzos que ha hecho para ayudarse.*

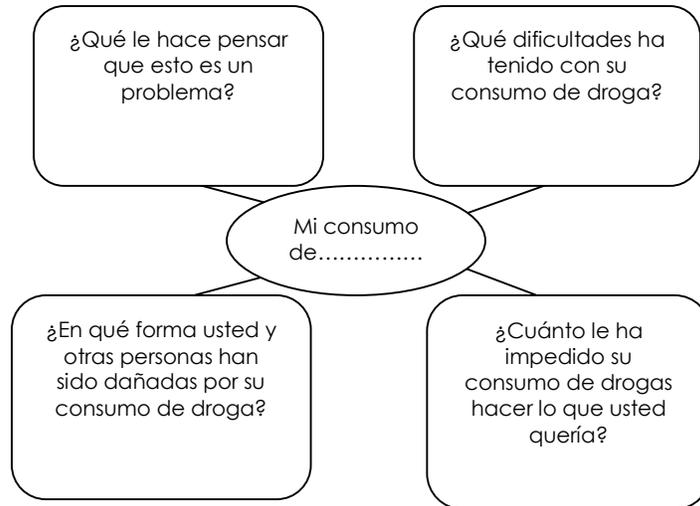
*Usted tiene muchos problemas que enfrentar en este momento. Puedo ver que las drogas hacen que esos problemas parezcan más fáciles.*

## **Paso 2**

Es importante reconocer los beneficios que el consumo de drogas brinda a la persona usuaria (por ejemplo, calmarla, ayudarla a dormir) como parte de una escucha empática. Sin embargo, en la medida que la conversación gira hacia los problemas que han ocasionado las drogas, la tarea del terapeuta es escuchar (y capturar) el discurso de cambio.

El Mapa 2 (Motivación 1.2) es un buen medio para extraer ese discurso. Es importante escucharlo con atención y registrarlo en el mapa. Continúe usando comentarios reflejos, y siempre busque clarificación adicional a cualquier comentario que haga la persona, incluso cuando usted siente que tiene sentido para usted. Reconozca siempre los comentarios positivos acerca del consumo de la droga, e intente registrar solamente los comentarios negativos en el mapa (que servirán como material para evocar discurso de

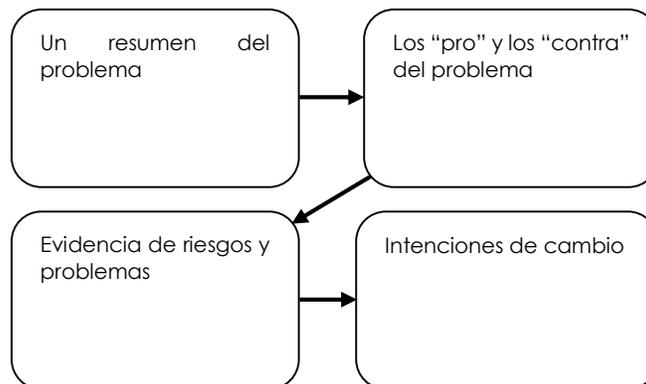
cambio). No finalice este paso hasta que se haya obtenido una lista detallada de los problemas.



### Paso 3

Una conversación detallada —en un estilo motivacional— de todas las facetas del consumo de drogas tomará 30 o más minutos. Antes de la finalización de la sesión, usted necesitará resumir lo que se ha conversado. El Mapa 3 (Motivación 1.3) es útil para reunir esa información.

#### Un Resumen de la Conversación



*Hemos conversado acerca de su consumo de pasta base. Este comenzó como una forma de tratarse a sí mismo, y lo ayuda a relajarse con los amigos y olvidar sus problemas.*

*Ha comprado la pasta base a un buen precio, de modo que ha consumido más sin gastar dinero extra. Esto ha tenido algunos efectos físicos que usted no había advertido antes, y ha estado preocupado por algunos dolores de cabeza y la sensación que su corazón no está latiendo en la forma acostumbrada.*

*Su papá ya no está más con usted porque falleció de un ataque al corazón, y usted se pregunta si esto también podría ocurrirle. Está preocupado por lo que ocurrirá a su pareja y a sus hijos si usted tiene un ataque. ¿Algo más?*

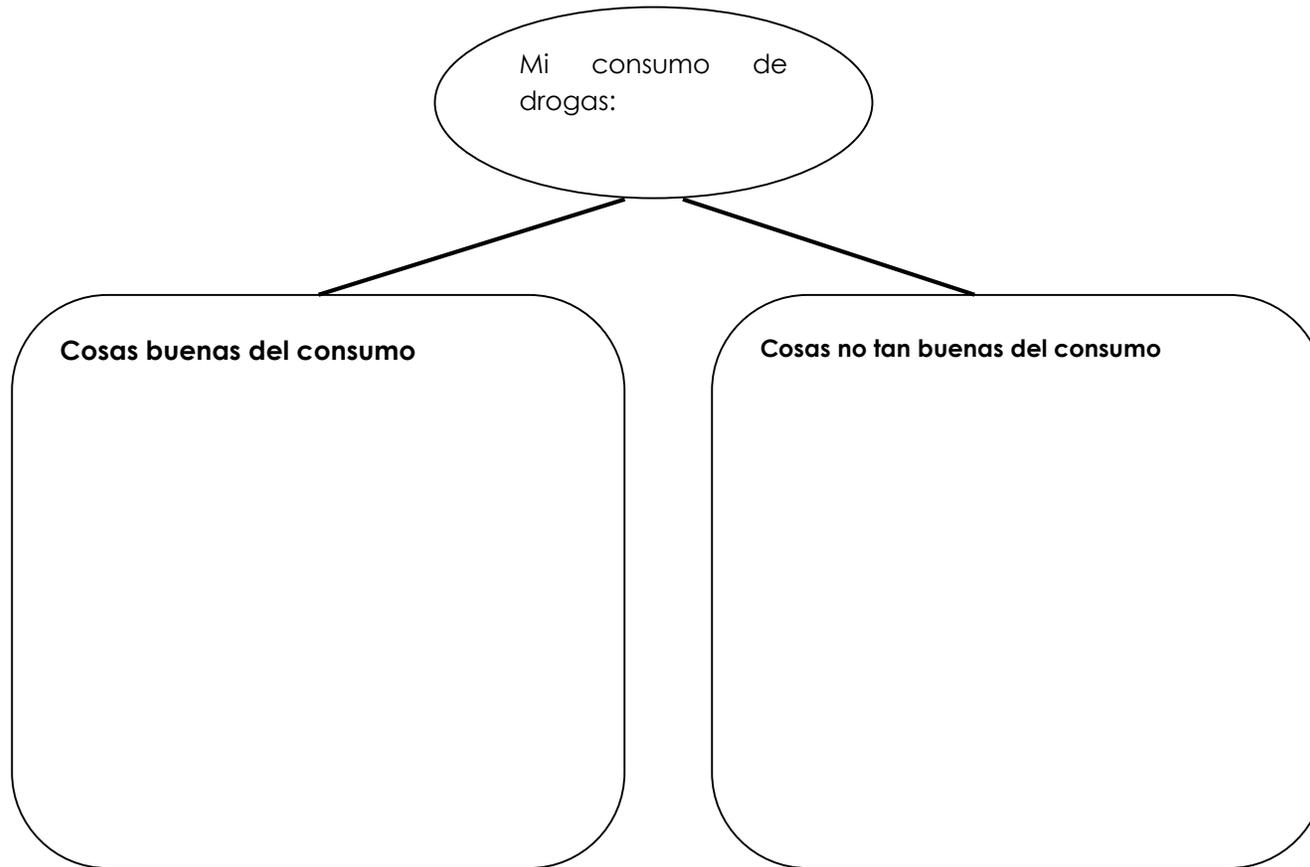
#### **Paso 4**

Como tarea para la casa, solicite a la persona que complete el mapa del balance de decisiones, para conversar acerca de eso en la sesión siguiente (Mapa 4, Motivación 1.4).

Continuar el consumo como antes		Hacer cambios en mi consumo	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas

Puede ser necesario completar 2 mapas, dependiendo del número de sustancias problema que tiene la persona.

**Motivación 1.1**



¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?

Ninguna utilidad 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Muy útil

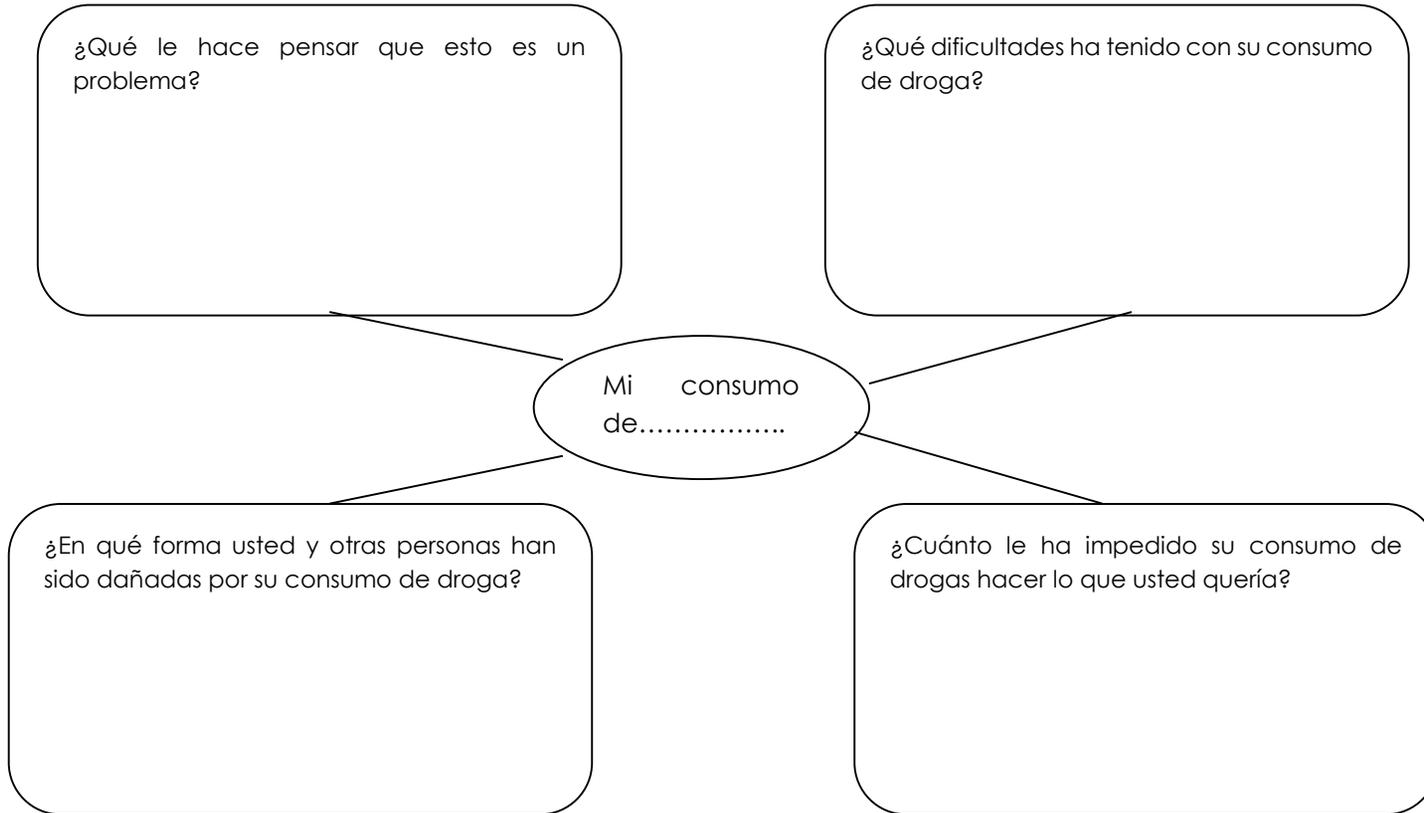
Comentarios:

Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_

Fecha:

**Motivación 1.2**



¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?

Ninguna utilidad 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Muy útil

Comentarios:

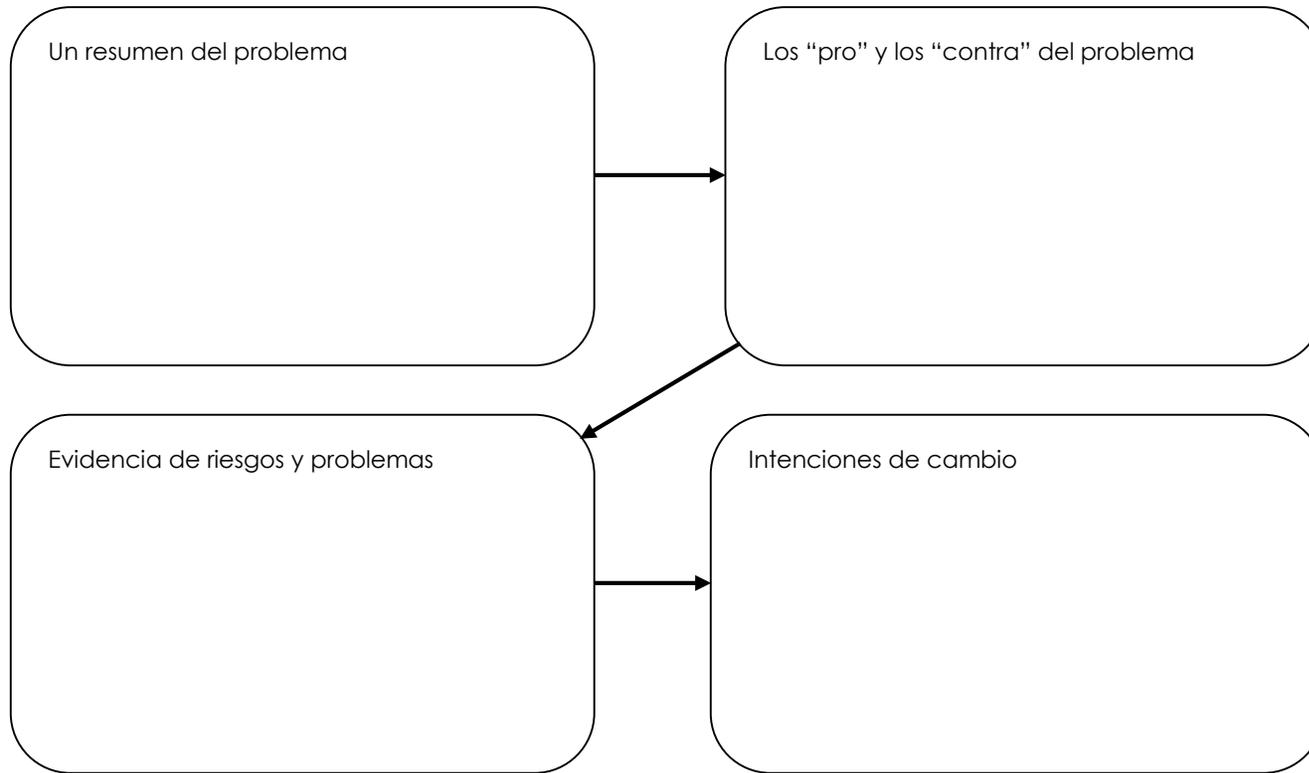
Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_

Fecha:

**Motivación 1.3**

Un resumen de la conversación



¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?  
Ninguna utilidad 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Muy útil  
Comentarios:

Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_  
Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_  
Fecha:

**Motivación 1.4**

Continuar el consumo como antes	
Ventajas	Desventajas

Hacer cambios en mi consumo	
Ventajas	Desventajas

¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?  
Ninguna utilidad 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Muy útil  
Comentarios:

Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_  
Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_  
Fecha:

## **Sección 2**

### **Construyendo hacia el cambio**

Esta sección provee más sugerencias para aumentar la motivación para cambiar el comportamiento de consumo de drogas. Estas podrían ser hechas en la misma sesión con los materiales presentados en la parte 1, dependiendo de la persona y su situación.

Un buen comienzo de esta fase es la revisión de la tarea para la casa entregada al final de la parte 1. Hay tres ejercicios simples para estimular con mayor profundidad la exploración de la motivación de la persona para el cambio. La primera implica pensar en las cosas que son importantes en su vida, y trabajar cómo encaja el consumo de drogas en esto. La segunda implica imaginar cómo sería el futuro sin drogas. Finalmente, el ejercicio de la "Torre de las Fortalezas" explora las cualidades que la persona ya tiene que le ayudarán a cambiar, así como otras fortalezas que necesita desarrollar.

#### **Paso 1**

La meta de la sesión es evocar discurso de cambio y retroalimentar a la persona.

Comience revisando el mapa entregado como tarea para la casa (Balance de Decisiones, Mapa 4, Motivación1.4). Use este mapa para facilitar los comentarios de la persona, comenzando con el reconocimiento de los beneficios percibidos del consumo de la sustancia. Continúe usando comentarios reflejos (como se describió más arriba) con el objetivo de clarificar lo que quiere decir en cada tópico.

Es importante recordar que el acuerdo de la persona con los puntos de vista del terapeuta no indica necesariamente motivación para cambiar su comportamiento. En muchos casos, puede decir las cosas que sabe que el terapeuta quiere escuchar, aunque la persona no crea completamente en ese comentario. Una tarea clave es explorar esos comentarios con más detalle, pero en una forma desprejuiciada, exploratoria y haciendo uso de reflejos. Por lo demás, no estar de acuerdo con el terapeuta no indica una falta de motivación.

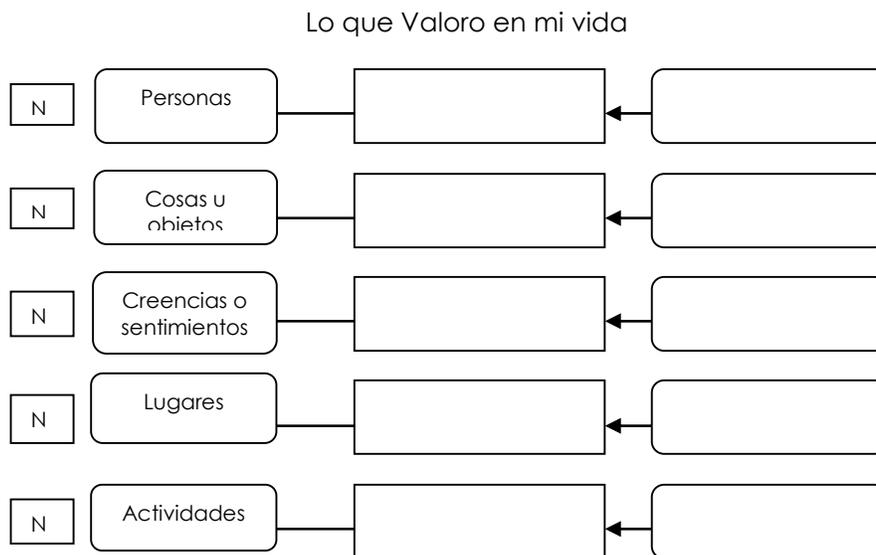
Finalice realizando un resumen de los problemas abordados, destacado la ambivalencia de la persona acerca del consumo de drogas. Haga un listado de los comentarios de

preocupación del consumo de drogas que señaló y agréguelos al mapa resumen creado en la parte 1 (mapa 1.3).

## Paso 2

El ejercicio siguiente implica ayudar a la persona a enunciar las cosas más importantes en su vida. Use el mapa 2.1 para comenzar una conversación acerca de aquello que la persona realmente valora.

*Ahora quiero que tomemos unos minutos para pensar en todas las cosas que son realmente importantes para usted en su vida. Quiero que completemos juntos este mapa, considerando cada una de las categorías. Quiero que nos detengamos lo más posible en cada una de las categorías: "personas" (por ejemplo, mis hijos), "cosas u objetos" (por ejemplo, mi casa, mi automóvil), "emociones o sentimientos" (por ejemplo, estar feliz, estar relajado, disfrutar de mi vida), "lugares" (por ejemplo, estar cerca de mis padres, estar en algún lugar agradable), o "actividades" (por ejemplo, pasatiempos).*



A medida que la persona menciona las cosas, regístrelas en el mapa (recuadro a la derecha del de la categoría) haciendo comentarios reflejos o preguntas abiertas para

obtener más información acerca de aquellas. Una vez que todos los recuadros han sido completados, solicítele que les asigne un número en orden de importancia:

*Quiero que piense en lo importante que son estas cosas para usted, y después colóquelas en orden de importancia escribiendo el número al lado izquierdo de cada recuadro; por ejemplo, 1º, 2º, 3º, etc.*

Cuando la priorización ha sido completada, use el recuadro en el extremo derecho del mapa para incluir "drogas", escribiendo la(s) sustancia(s) de elección (así como también el alcohol o la nicotina si es apropiado). Luego pregúntele dónde encajan las drogas con el orden que ha establecido.

El objetivo de este proceso es intentar descubrir las formas en que el consumo de drogas de la persona es inconsistente con sus creencias y valores de los cuales se conversó en la primera parte del ejercicio. Escuche atentamente los comentarios que muestran una discrepancia entre los dos, y regístrelos como discurso de cambio. Confeccione una lista de comentarios de la persona que indican una necesidad o disposición para el cambio.

### **Paso 3**

Otra forma de evocar discurso de cambio es ayudar a la persona a imaginar un futuro en el cual la situación ha cambiado. El mapa Motivación 2.2 lo ayudará a realizar este ejercicio. La meta es permitir a la persona emitir más discurso de cambio.

Comience usando lo que usted ya sabe a partir de la conversación desarrollada hasta este punto para completar el lado izquierdo del mapa 2.2. Considere las diversas áreas de su vida, agregando categorías extras si es necesario. Después complete el lado derecho. Comience diciendo:

*¿Se ha preguntado alguna vez cómo sería su vida si no consumiera drogas? Imagine que algo ocurre esta noche mientras usted duerme, de modo que cuando despierte mañana sus problemas relacionados con las drogas han desaparecido. ¿Cómo cree que estarán las cosas dentro de 5 años? ¿Dónde le gustaría estar en su vida?*

Aquí estoy ahora	¿Dónde me gustaría estar dentro de 5 años?
Relaciones familiares  Trabajo/Vivienda  Diversión/Vida social  Otro	Relaciones familiares  Trabajo/Vivienda  Diversión/Vida social  Otro

El objetivo de este ejercicio es explorar cualquier ambivalencia que puede tener la persona respecto a su consumo de drogas.

#### **Paso 4**

El ejercicio final en esta parte del manual tiene como objetivo que la persona considere las fortalezas que puede necesitar para hacer cambios en su comportamiento. Al realizar el ejercicio, hay una oportunidad para reforzar y elogiar las fortalezas que ya tiene, reforzando de este modo la idea que el cambio está dentro del poder personal de la persona.

Entréguele el mapa de la Torre de las Fortalezas (mapa 2.3) y la Lista de Fortalezas (2.4). Después de presentar la actividad, proporcione instrucciones para completarlo. Explique la Lista de Fortalezas y dé ejemplos de palabras, aclarándole que tiene libertad para usar sus propias palabras.

*Usted ha mencionado los problemas que ha experimentado con las drogas en el pasado, y también ha dicho que necesita hacer cambios. Se requieren recursos para alcanzar metas y realizar cambios, y sus fortalezas como persona son un recurso crucial. Al concentrarnos en esas fortalezas, realizaremos una torre de sus propias fortalezas. Estas son las instrucciones:*

*Piense en las metas que usted quiere lograr respecto a su consumo de drogas. Quiero que piense en todas las fortalezas que usted sabe que tiene y que lo ayudarán a tratar con su problema en el futuro. Comencemos con esta lista de sugerencias.*

Use la Lista de Fortalezas para ayudarle a identificar las posibles fortalezas que cree que posee. Haga preguntas respecto a esas fortalezas y refuerce la naturaleza positiva de esos ejemplos. Continúe solicitando que sugiera otras fortalezas que agregar a la lista. Se requieren 10 palabras o frases para completar la mitad de abajo de la Torre —si hay más de 10, solicite a la persona que señale las 10 primeras.

Torre de las Fortalezas

↑

**FORTALEZAS EN LAS QUE ESTOY  
TRABAJANDO EN SU DESARROLLO**

↑

↑

**FORTALEZAS QUE SÉ QUE TENGO PARA  
TRATAR CON EL PROBLEMA**

↑

Continúe destacando la importancia de lo que acaba de hacer:

*Al observar la parte de abajo o la base de esta torre, usted tiene ahora una idea clara de las fortalezas y recursos que usted ya tiene para tratar con los problemas potenciales.*

*Ahora quiero que piense en las fortalezas que puede no poseer, pero que puede necesitar desarrollar para tratar con su problema. Esto es un poco difícil. Piense en fortalezas o cualidades que usted desearía tener en mayor grado, que usted cree que lo ayudarán a tratar con potenciales recaídas. ¿Tiene alguna sugerencia?*

Ayude a la persona a llenar la parte de arriba de la torre con esas palabras. Realice preguntas respecto a esas fortalezas, con el objetivo de continuar fomentando los esfuerzos para el cambio. Por ejemplo,

*Cuando usted haya desarrollado o mejorado esas fortalezas, ¿qué cree que las personas cercanas a usted (familia, pareja, amigos) advertirán que es diferente en usted?*

*Deme un ejemplo de una época cuando usted estaba consciente que ya tenía algunas de estas fortalezas o cualidades, incluso aunque fuera sólo un poquito o solamente en ciertas situaciones.*

*¿Qué piensa acerca de la mejor forma para que usted trabaje en esas cualidades que quiere desarrollar más?*

## **Paso 5**

Finalmente, intente obtener las conclusiones de esta parte del manual. Comience revisando con la persona el mapa de resumen de la parte 1 (mapa 1.3). Agregue a ese mapa cualquier información nueva que pueda extraerse de los tres mapas descritos en la parte 2, en particular destacado el discurso de cambio nuevo acerca de la necesidad de cambio de la persona.

**Motivación 2.1**

**Lo que valoro en mi vida**

Nº	Personas		←	
Nº	Cosas u objetos		←	
Nº	Creencias o sentimientos		←	
Nº	Lugares		←	
Nº	Actividades		←	

¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?  
Ninguna utilidad 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Muy útil  
Comentarios:

Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_  
Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_  
Fecha:

**Motivación 2.2**

**Aquí estoy ahora**

Relaciones familiares

Trabajo/Vivienda

Diversión/Vida social

Otro

**¿Dónde me gustaría estar dentro de 5 años?**

Relaciones familiares

Trabajo/Vivienda

Diversión/Vida social

Otro

¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?  
Ninguna utilidad 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Muy útil  
Comentarios:

Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_  
Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_  
Fecha:

Motivación 2.3

Torre de las Fortalezas



**FORTALEZAS EN LAS QUE ESTOY TRABAJANDO EN SU  
DESARROLLO**



**FORTALEZAS QUE SÉ QUE TENGO PARA TRATAR CON EL  
PROBLEMA**



Problemas, obstáculos o desafíos que puedo encontrar para mantenerme limpio/evitar las drogas

---

---

## FORTALEZAS Y CUALIDADES

Abierto	Con los pies en la tierra	Esperanzado	Perceptivo	Valeroso
Aceptador	Concentrado	Espiritual	Perdonador	Valiente
Activo	Confiado	Estable	Perseverante	Valioso
Adaptable	Considerado	Experimentado	Persistente	Vigoroso
Afectivo	Considerado	Fácil de conocer por otras personas	Poderoso	Visionario
Afirmativo	Constante	Feliz	Positivo	Vivaz
Agradecido	Creativo	Flexible	Preocupado	
Alerta	Decisivo	Fuerte	Preparado	
Ambicioso	Dedicado	Ganador	Rápido	
Amoroso	Derecho	Hábil	Razonable	
Animoso	Determinado	Imaginativo	Receptivo	
Asertivo	Devoto	Impaciente	Relajado	
Atento	Digno de confianza	Ingenioso	Respetado	
Audaz	Diligente	Inteligente	Responsable	
Brillante	Duro de derrotar	Libre	Resuelto	
Capaz	Efectivo	Maduro	Sabio	
Cariñoso	Emprendedor	Meticuloso	Saludable	
Complaciente	Encantador	Optimista	Seguro	
Comprensivo	Enérgico	Ordenado	Sensible	
Comprometido	Entero	Organizado	Sincero	
Con capacidad para mirar hacia el futuro	Entusiasta	Paciente	Sólido	

## Sección 3

### Desarrollando un plan de acción

La tercera parte de este manual presume que ha habido algunos progresos en las partes 1 y 2. Lo diversos ejercicios con los mapas pueden haber ayudado a resaltar la ambivalencia de la persona acerca de su consumo de drogas, y debiera haber evocado discurso de cambio, acerca de su deseo de cambiar.

Esta parte ayuda a fortalecer esta disposición para considerar hacer cosas en forma diferente, y ayuda a la persona usuaria a decidir la mejor forma de avanzar en esto. El terapeuta tiene como objetivo guiar y apoyar los esfuerzos de la persona para el cambio, sin que necesariamente lo dirija en una dirección en particular. Aunque el terapeuta puede sentir que sabe qué es lo mejor para para una persona determinada, es útil presentar sugerencias en la forma de un "menú de opciones", permitiendo a la persona usuaria elegir por sí misma la dirección de su viaje hacia la recuperación.

#### Paso 1

Comience revisado el mapa Resumen de la conversación de la parte 1 que actualizó en la parte 2. Ocupe algún tiempo revisando la información en este mapa bajo la luz de lo que ha ocurrido en la última sesión.

Introduzca a la persona en el proceso de elegir un problema con el cual comenzar a trabajar en el tratamiento:

*En base a lo que usted me ha relatado, las drogas han tenido un rol principal en su vida, durante los últimos meses o años. Usted habló de las cosas positivas que las drogas le daban inicialmente, y por qué usted comenzó a consumirlas regularmente. También habló de algunas de las cosas negativas y los problemas que está enfrentando. Usted me ha dado una serie de razones por las que usted realmente necesita hacer algo respecto a esos problemas ahora.*

En base al material de las partes 1 y 2, acuerde con la persona un problema para trabajar, y regístrelo en el recuadro de la izquierda en el mapa 3.1. Es probable que este problema

se relacione con disminuir o detener el consumo de drogas, pero podría relacionarse con cualquier aspecto de la vida de la persona.

Una vez que el problema ha sido escrito, continúe explorando los pasos siguientes en un estilo motivacional. Las preguntas a realizar podrían ser como las siguientes:

*¿Qué podría hacer para afrontar esos problemas?*

*Debe ser incómodo para usted tener problemas con esas dificultades. ¿Cuál es el siguiente paso?*

*¿Qué cree que tiene que cambiar?*

*¿Qué podría hacer? ¿Cuáles son las opciones?*

*¿Qué le preocupa respecto a cambiar su consumo de drogas?*

El tema importante de esas preguntas es el "paso siguiente". A las personas usuarias no debiera indicárseles qué hacer, sino preguntarles qué quieren hacer ellas. Debiera usarse respuestas reflejas para desarrollar sus respuestas.

El momento oportuno es importante, esas preguntas debieran realizarse cuando la persona esté en el punto máximo del reconocimiento de su problema.

## **Paso 2**

En la medida que la persona sugiere cambios posibles, ayúdela a seleccionar los cambios importantes a realizar.

El siguiente paso es comenzar a negociar un plan de acción para realizar este cambio. Continúe con preguntas abiertas, y use reflejos para amplificar la respuesta de la persona usuaria, ayúdela a definir metas SMART.

A veces cuando pensamos en las metas para realizar cambios, podemos tener una idea muy amplia, global, de lo que queremos. Esas ideas amplias pueden ser un buen punto de inicio para ayudarnos a desarrollar metas más alcanzables. Por ejemplo:

*Abandonar las drogas*

*Venir a todas las sesiones.*

*Volver con mi esposa*

*Llevarme mejor con las personas*

*Convertirme en una mejor  
persona*

*Mantenerme alejado de  
los problemas*

*Hacer que mi hija y mi  
mamá se junten*

*Lograr que el juez deseche  
los cargos en mi contra*

*Ganar la lotería*

*Irme de viaje al extranjero*

Algunas de esas ideas suministran un excelente lugar de comienzo para enunciar una meta para hacer cambios personales. Sin embargo, como una meta "real", las áreas a las que se refieren esas metas necesitan ser muy específicas. De ese modo, usted sabe exactamente qué alcanzar, y usted sabe cuándo ha alcanzado la meta.

Por ejemplo, una idea general como "llevarme bien con las personas" puede ser trasformada en una meta sobre la cual se puede trabajar por medio de la indagación de detalles, como los siguientes:

*Cuando pienso en llevarme bien con las personas, ¿qué estaré haciendo en forma diferente a la forma en que me comporto ahora?*

*¿Qué específicamente hago o pienso que me lleva a tener problemas con otra persona?*

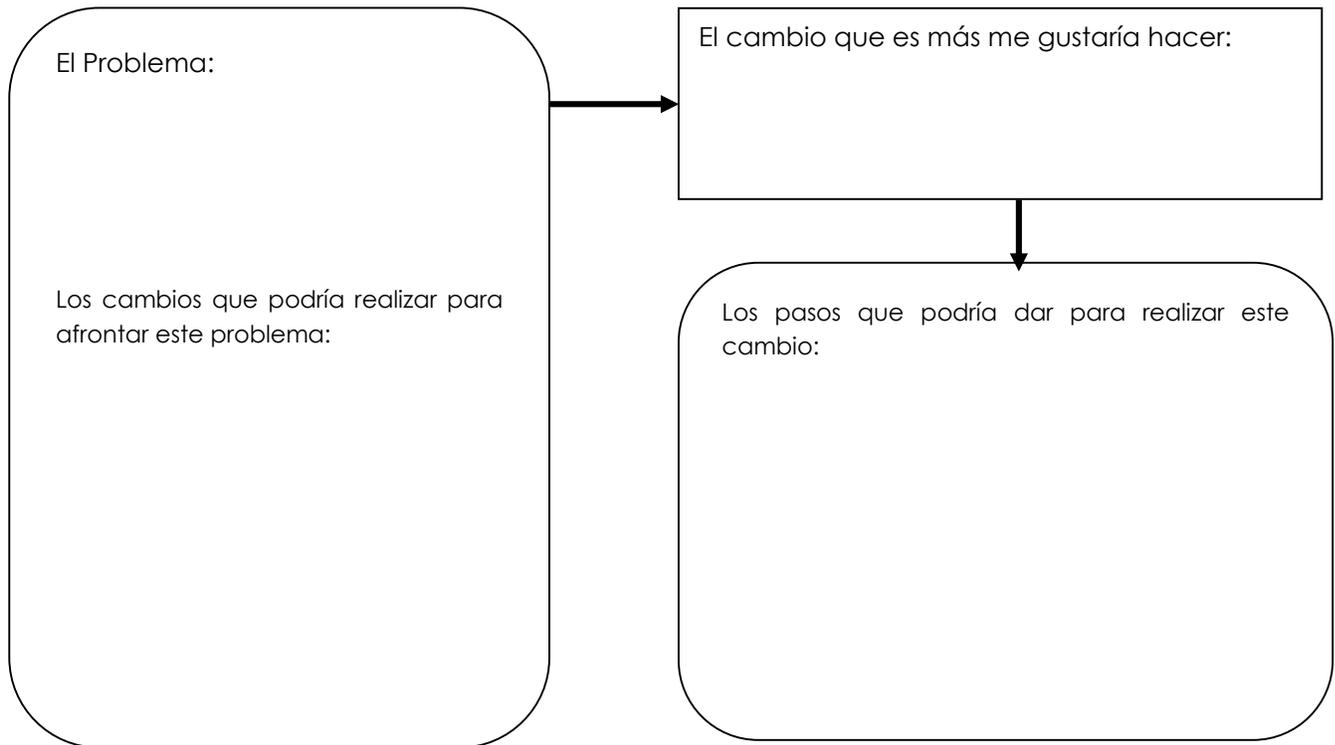
*¿Qué comportamientos o actitudes deseo trabajar o cambiar?*

*¿Cómo lo mediré? ¿Cómo sabré cuando he alcanzado lo que me he propuesto?*

Registre los pasos para alcanzar la meta en el recuadro derecho del mapa 3.1.

Debe darse énfasis a la responsabilidad, a la libertad personal y a la toma de decisiones a lo largo de este proceso. El terapeuta debe evitar decirle a la persona qué hacer. Es apropiado ofrecer consejos, pero debe estar en guardia ante el "sí, pero...", trampa en la cual el terapeuta entrega información y la persona usuaria dice que eso está equivocado. Siempre es mejor ofrecer un menú de opciones.

**Motivación 3.1**



¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?  
Ninguna utilidad 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Muy útil  
Comentarios:

Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_  
Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_  
Fecha:

### **Paso 3**

A medida que la sesión continúe, comenzará a emerger un plan de acción. Este debiera ser resumido en el mapa 3.2. Esto puede ser usado para unir muchos de los elementos claves conversados en las tres sesiones. Esto debiera incluir el discurso de cambio evocado, los cambios que la persona cree que podrían ocurrir, las metas SMART que la acercan hacia lo que desea para sí misma, y el apoyo potencial que podría provenir de otras personas para lograr esas metas. El recuadro final proyecta en el futuro los posibles beneficios del cambio.

Debiera usarse reflejos a través de este proceso, diseñado para reforzar el compromiso con el cambio y los beneficios potenciales. Algunos ejemplos de preguntas de seguimiento son los siguientes:

*¿Cómo hará que esto suceda?*

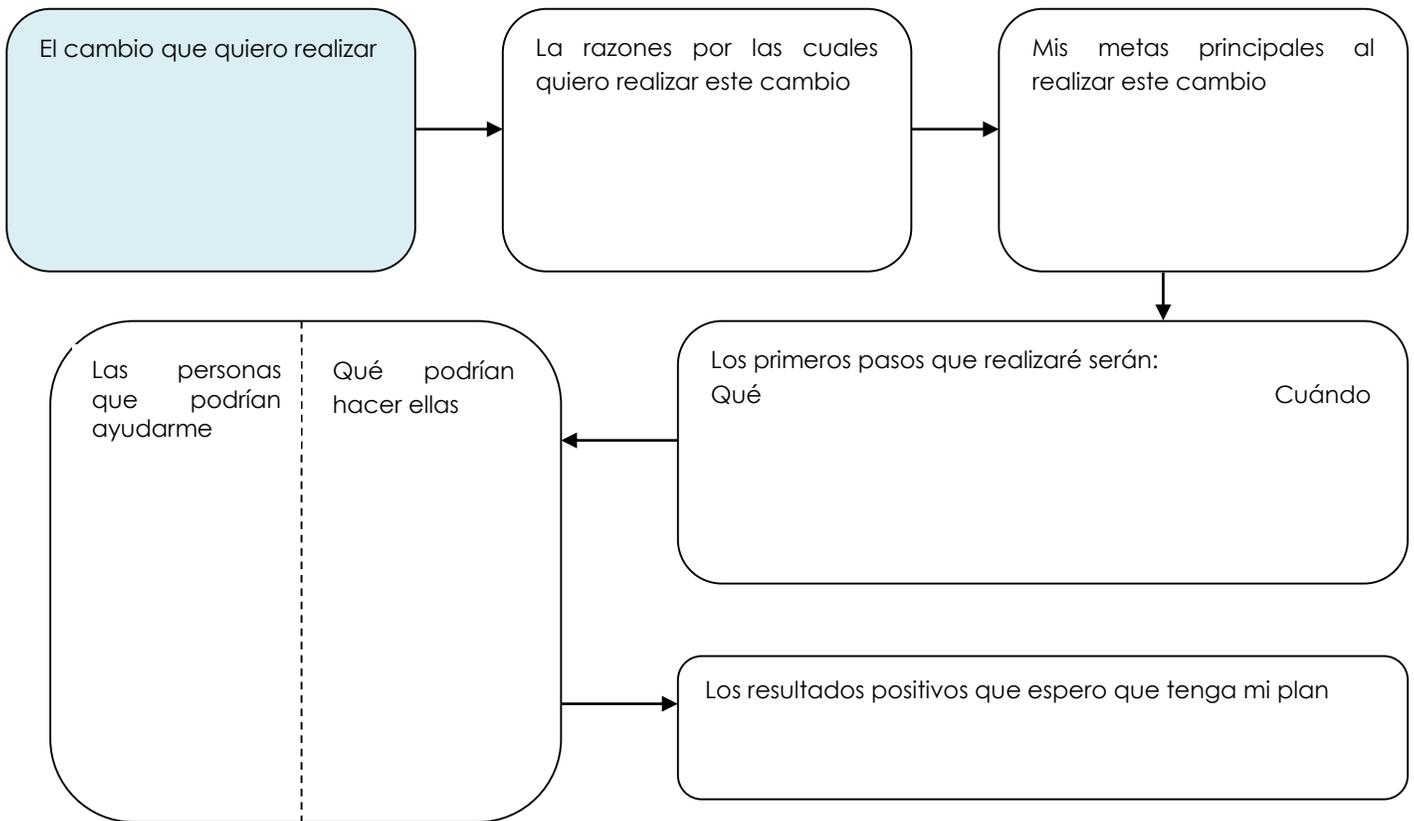
*¿Qué se dirá a sí mismo para hacer que eso suceda?*

*¿Cómo sabrá que ése es un buen primer paso?*

*¿Qué cualidad personal lo ayudará a alcanzar esa meta?*

*¿Qué necesita decirse más a menudo para mantener el rumbo hacia esa meta?*

**Motivación 3.2**



¿Cuán útil fue este mapa en la conversación?

Ninguna utilidad 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Muy útil

Comentarios:

Nombre del usuario(a): \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_

Fecha:

## GLOSARIO

### ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Este enfoque terapéutico fue desarrollado por William Miller a principio de los años 1980, como un enfoque alternativo al método usual para fomentar la disposición para el cambio de comportamiento y el ingreso a tratamiento de personas bebedoras problema (Miller y Rollnick, 2009).

Miller propuso un estilo para conversar e intervenir inicialmente con ellas, que se apartaba del método usual de confrontación agresiva y de psico-educación, para reemplazarlo por conversaciones respetuosas de su situación, centradas en sus propias necesidades, y que buscan extraer las razones que tiene la persona usuaria para iniciar un cambio de comportamiento.

La investigación de meta-análisis ha demostrado la efectividad de la Entrevista Motivacional como un *pre-tratamiento*<sup>2</sup> para fomentar el ingreso a tratamiento de personas con problemas adictivos y estilos de vida no saludables; por lo tanto, se lo considera en la actualidad como un enfoque empíricamente validado.

#### **Definición de la Entrevista Motivacional** (Miller y Rollnick, 2013)

“Es un estilo de comunicación en colaboración, orientado a metas, que presta atención particular al discurso de cambio [de la persona usuaria].

Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso con una meta específica, por medio de la exploración de las propias razones para el cambio de la persona, dentro de una atmósfera de aceptación y compasión.”

---

<sup>2</sup> La Entrevista Motivacional es un enfoque adecuado para fomentar la disposición motivacional para cambiar de comportamiento y para ingresar a un tratamiento posterior. Es decir, la Entrevista Motivacional no reemplaza a las intervenciones específicas —orientadas a objetivos terapéuticos específicos— con las personas que presentan trastornos crónicos de salud, o que presentan múltiples necesidades de tratamiento/intervención.

## Principios o filosofía de la Entrevista Motivacional

Miller y Rollnick (2013) han definido cuatro principios de la Entrevista Motivacional:

### 1) Relación de compañerismo

Este principio implica una relación de *colaboración activa* entre dos expertos (el profesional y la persona usuaria).

Implica la exploración, el interés y el apoyo; en lugar de la persuasión, la confrontación o la discusión.

El entrevistador busca crear una atmósfera interpersonal positiva que conduzca al cambio, pero sin hacer uso de la coerción.

### 2) Aceptación

El profesional acepta la realidad de la persona usuaria.

Se distinguen 4 componentes de la aceptación<sup>3</sup>:

- a) El profesional *acepta incondicionalmente* a la persona usuaria: "Todas las personas son dignas de confianza".
- b) *Empatía adecuada*: interés activo y un esfuerzo para comprender (y comunicar) la perspectiva interna de la persona usuaria.
- c) *Apoyo a la autonomía*: cada persona tiene un derecho irrevocable y la capacidad para la auto-dirección.
- d) *Reconocimiento*: implica buscar y reconocer las fortalezas y esfuerzos de las personas.

### 3) Compasión

La compasión es distinta a la simpatía o a la identificación con la persona usuaria. Ser compasivo implica promover activamente el bienestar de ella, dar prioridad a sus necesidades.

### 4) Evocación

Las personas tienen dentro de sí mismas lo que necesitan; y la tarea del profesional es evocarlo (extraerlo, traerlo a la conversación). "Usted tiene dentro de sí mismo lo que necesita, [para el cambio] y lo buscaremos juntos". (Miller y Rollnick, 2013, p. 36)

---

<sup>3</sup> Los cuales fomentan un vínculo positivo con la persona.

Se presume, entonces, que hay una sabiduría profunda y experiencia dentro de la persona; y la tarea del profesional es extraerla.

Por esto es que el profesional tiene una actitud de interés en la comprensión de la perspectiva y de la sabiduría de la persona usuaria.

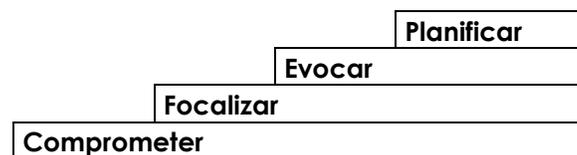
La Entrevista Motivacional *no* es una técnica; sino que un enfoque que guía o que informa el *estilo de conversación* con una persona que presenta comportamientos de riesgos o que ya presenta un problema, pero que no está dispuesta a iniciar el cambio de comportamiento, o no sabe qué espera lograr para sí misma. Es un enfoque que requiere de la práctica continua del profesional para desarrollar competencia en el estilo y en el uso de las estrategias sugeridas en este enfoque.

### Procesos de la Entrevista Motivacional

En las primeras versiones de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999, 2002), los autores habían descrito 2 fases de la Entrevista Motivacional: Fase 1 (construcción de motivación) y Fase 2 (consolidación del compromiso con el cambio). Según Miller y Rollnick (2013) la distinción de 2 fases de la Entrevista Motivacional hace aparecer a la Entrevista como proceso lineal, cuando en realidad es más bien circular.

Por esa razón, decidieron abandonar la distinción de fases, para reemplazarla por el concepto de "procesos"; distinguiendo 4 procesos que se entrelazan en la práctica terapéutica: Vincular (comprometer), Focalizar, Evocar y Planificar.

Miller y Rollnick (2013) grafican del siguiente modo los procesos de la Entrevista Motivacional:



El proceso de **Vincular** (Comprometer) se relaciona con el establecimiento de un vínculo positivo con la persona.

El proceso de **Focalizar**, se refiere a conversar acerca de aspectos definidos como problema.

El proceso de **Evocar** —que distingue a la Entrevista Motivacional de otros enfoques terapéuticos— es *evocar y fortalecer la motivación* para el cambio de comportamiento. La habilidad requerida para el profesional es *reconocer el discurso de cambio* y *responder* cuando éste ocurre (Miller y Rollnick, 2013).

El proceso de **Planificar** se refiere al proceso de asesorar a la persona para el diseño de un plan de cambio. "Es más probable que las personas progresen hacia el cambio de comportamiento [acciones] cuando tienen un plan y expresan a otra persona sus intenciones de hacerlo realidad" (Miller y Rollnick, 2013, p. 243)

Estos procesos están representados del siguiente modo en el manual BTEI —anteriormente descrito— para fomentar la motivación para el cambio de comportamiento de personas consumidoras problemáticas de sustancias:

- Parte 1: Explorando el problema (procesos de Vincular y de Focalizar)
- Parte 2: Construyendo hacia el cambio (proceso de Evocar)
- Parte 3: Desarrollando un plan de acción (proceso de Planificar)

### **Técnicas básicas de comunicación en la Entrevista Motivacional**

Miller y Rollnick (2013) han denominado "estrategias OARS" a las técnicas de comunicación básicas de la Entrevista Motivacional.

"OARS" es el acrónimo de *Open question* (preguntas abiertas), *Affirmation* (reconocimiento), *Reflexive* (reflejos terapéuticos) y *Summary* (Resumen).

- **Preguntas abiertas**

Son preguntas de proceso, que buscan ayudar a la persona a auto-observarse y a pensar (reflexionar) acerca de sí misma.

El tipo de preguntas que sugieren Miller y Rollnick son preguntas enfocadas en el proceso de saber/entender/actuar, y no preguntas destinadas a averiguar el por qué de la experiencia de la persona usuaria.

- **Escucha activa o escucha empática (reflejos terapéuticos)**

Los reflejos terapéuticos son respuestas del terapeuta que intentan comunicar la comprensión del mensaje o la experiencia inmediata de la persona, y tratan de proporcionar una empatía "sólida"; sirven para fomentar la relación usuario(a)-terapeuta, para ofrecer aprecio y apoyar, y para subrayar temas emergentes (Greenberg et al., 1996).

- **Resumen**

Esta estrategia permite que la persona se percate que el consejero/terapeuta la ha estado siguiendo y comprendiendo, y posibilita que escuche lo que el terapeuta ha dicho, y por lo tanto continúe explorando su situación. Los resúmenes también ofrecen la posibilidad para que la persona emita discurso de cambio.

- **Reconocimiento**

Consiste en comunicar a la persona que el terapeuta reconoce sus fortalezas, esfuerzos o sus propias soluciones a sus problemas.

### **Discurso de cambio**

Basados en el análisis del psicolingüista Arheim, Miller y Rollnick han realizado distinciones de *discurso de cambio*.

**Discurso de cambio preparatorio:** comentarios de la persona usuaria acerca del cambio, expresados en una forma verbal condicional simple (por ejemplo, "Desearía sentirme más en confianza con las personas", "Me gustaría encontrar un trabajo mejor, pero no creo que lo encuentre, ya que sé que no tengo mucha educación"; Miller y Rollnick, 2013).

El discurso de cambio preparatorio denota *ambivalencia* hacia el cambio. Miller y Rollnick han descrito una serie de estrategias para responder a este discurso.

**Discurso de cambio movilizador:** son comentarios de la persona usuaria acerca del cambio expresados en formas verbales activas. Este discurso denota compromiso con el cambio de comportamiento.

Con las personas que emiten discurso de cambio movilizador puede iniciarse el proceso de Planificación.

#### Fuentes bibliográficas

Miller, W. y Rollnick, S. (1999) *Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Ed. Paidós, Barcelona

Miller, W. and Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press

Miller, W. and Rollnick, S. (2009) Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140

Miller, W. and Rollnick, S. (2013) *Motivational Interviewing. Helping People Change*. Third Edition. New York: The Guilford Press

Zuckoff, A. with Gorscak, B. (2015) *Finding your way to change*. New York: The Guilford Press

## FASES DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Las fases del cambio de comportamiento fueron conceptualizadas por James Prochaska y Carlo DiClemente en una investigación cualitativa acerca de cómo las personas cambian hábitos o comportamientos sin ayuda terapéutica (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994).

En esa investigación, Prochaska y DiClemente descubrieron que el cambio de comportamiento no es un proceso lineal —es decir, un proceso que se inicia y finaliza en un cambio duradero del comportamiento—, sino que es un proceso en espiral, con avances y retrocesos.

Describieron las siguientes fases del cambio de comportamiento (Prochaska, 1999; Prochaska y DiClemente, 2005; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994):

- **Precontemplación:** El individuo aún no está considerando, no está dispuesto o no está capacitado para iniciar un proceso de cambio.
- **Contemplación:** La persona reconoce preocupaciones y está considerando la posibilidad de cambiar, pero está ambivalente e insegura.
- **Preparación:** El individuo se compromete con el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.
- **Acción:** El individuo está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable.
- **Mantenimiento:** La persona ha alcanzado las metas iniciales (como la abstinencia en el fumar) y ahora está trabajando para mantener lo ganado.
- **Recaída:** El individuo ha experimentado una recurrencia de síntomas y tiene que afrontar las consecuencias y decidir qué hacer ahora.
- **Finalización:** En esta última fase, las personas experimentan cero tentación y 100% de autoeficacia, tienen confianza que no retornarán a sus antiguas pautas no

saludables (sin embargo, Prochaska y DiClemente describen esta fase como eventual, debido a que muchos individuos quizá nunca la alcanzarán).

Posteriormente, DiClemente (DiClemente y Velasquez, 2002; Miller, 1999) distinguió *cuatro estilos de precontemplación*, los cuales requieren de estrategias terapéuticas adecuadas para cada uno de ellos para fomentar la disposición para el cambio:

- *Precontemplación renuente*: Para esas personas, la información o el efecto de su comportamiento problema no es totalmente consciente. Más que *resistirse* activamente, son pasivamente renuentes respecto al cambio. Puede ser que lo teman, o quizá están cómodos donde se encuentran y no quieren arriesgarse a la incomodidad potencial del cambio.
- *Precontemplación rebelde*: Es probable que en el tratamiento en contexto obligado sea más frecuente que la persona se presente en precontemplación rebelde — después de todo, fue obligado a entrevistarse con un equipo para tratar un supuesto problema que otros ven en él. El individuo en precontemplación rebelde tiene mucho conocimiento respecto al comportamiento problema, ha invertido en aquel y valora sus propias decisiones.
- *Precontemplación resignada*: Las personas en esa posición se caracterizan por una falta de energía y compromiso; han abandonado la posibilidad de cambio y parecen sobrepasadas por el problema.
- *Precontemplación racionalizadora*: Se caracterizan porque las personas tienen buenas razones para mantener el comportamiento que otros ven como un problema y están prontas a discutir y defender sus puntos de vista.

Prochaska y DiClemente también descubrieron que cuando se usaba un enfoque de tratamiento que **se adaptaba** a la fase del cambio del individuo, aumentaba la probabilidad que éste permaneciera en tratamiento.

Es decir, desde la perspectiva de Prochaska el abandono prematuro de los tratamientos está relacionado con el hecho que la mayoría de los tratamientos tradicionales para

comportamientos adictivos (y, en general, para cualquier problema psicológico) son tratamientos orientados a la acción, adecuados para quienes se encuentran en la etapa de Preparación y/o Acción para el cambio auto-motivado (Prochaska, 1999; DiClemente y Velasquez, 2002).

**Tareas de los terapeutas para fomentar la disposición para el cambio de comportamiento:**

Miller (1999) propuso las siguientes tareas para el terapeuta según la fase de la disposición motivacional de la persona que presenta consumo problemático de sustancias<sup>4</sup>:

Fase o etapa de cambio de la persona	Acciones recomendadas para el terapeuta
<p><b>Precontemplación</b></p> <p>La persona aún no está considerando, o no está dispuesto o capacitado para cambiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer afinidad, pedir permiso y establecer confianza</li> <li>• Plantear dudas o preocupaciones acerca de los patrones de uso de sustancias al:</li> <li>• Explicar el significado de los sucesos que llevaron a la persona al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores</li> <li>• Extraer las percepciones de las personas sobre tratamientos anteriores</li> <li>• Ofrecer información objetiva acerca de los riesgos del uso de sustancias</li> <li>• Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los hallazgos de la evaluación</li> <li>• Explorar las ventajas y desventajas del uso de sustancias</li> <li>• Ayudar a intervenir a otras personas significativas</li> <li>• Examinar las discrepancias entre las percepciones de la persona usuaria y los demás en cuanto al uso de sustancias</li> <li>• Expresar interés y dejar la puerta abierta</li> </ul>

<sup>4</sup> Con independencia que los ejemplos tengan relación con el consumo de drogas y/o alcohol, las acciones recomendadas para los terapeutas se aplican a cualquier comportamiento problema.

<p><b>Contemplación</b></p> <p>La persona reconoce preocupaciones y está considerando la posibilidad de cambiar, pero es ambivalente e inseguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Normalizar la ambivalencia.</li> <li>o Ayudar a la persona a “sopesar el balance decisional” hacia el cambio al: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraer y poner en una balanza las ventajas y desventajas del uso de sustancias y el cambio</li> <li>• Cambiar la motivación extrínseca por intrínseca</li> <li>• Examinar los valores personales de la persona en relación a un cambio</li> <li>• Enfatizar la libre elección, responsabilidad y autoeficacia de la persona para el cambio</li> </ul> </li> <li>o Extraer discurso de cambio en cuanto a la intención y el compromiso de la persona.</li> <li>o Extraer ideas acerca de la autoeficacia que percibe la persona y las expectativas en cuanto al tratamiento.</li> <li>o Resumir los planteamientos de auto-motivación (discurso de cambio)</li> </ul>
<p><b>Preparación</b></p> <p>La persona se compromete con el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aclarar las metas y estrategias de la persona para el cambio.</li> <li>• Ofrecer un menú de opciones para el cambio o el tratamiento.</li> <li>• Obtener el permiso de la persona para ofrecer la pericia y consejería.</li> <li>• Negociar un plan de cambio – o tratamiento – y contrato de comportamiento.</li> <li>• Considerar y reducir las barreras del cambio.</li> <li>• Ayudar a la persona a conseguir apoyo social.</li> <li>• Explorar expectativas del tratamiento y el papel de la persona usuaria.</li> <li>• Extraer de la persona lo que ha funcionado en el pasado para ella o para otros que conoce.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a negociar finanzas, cuidado de niños, trabajo, transportación, u otras barreras potenciales.</li> <li>• Hacer que la persona anuncie públicamente sus planes de cambio.</li> </ul>
<p><b>Acción</b></p> <p>La persona está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometer a la persona con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener la recuperación</li> <li>• Apoyar un punto de vista realista de cambio a través de pasos pequeños.</li> <li>• Reconocer las dificultades para la persona en las etapas iniciales del cambio.</li> <li>• Ayudar a la persona a identificar las situaciones de alto riesgo para afrontarlas adecuadamente con las estrategias para vencerlas.</li> <li>• Ayudar a la persona a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo.</li> <li>• Ayudar a la persona a evaluar cuándo tiene un apoyo familiar y social fuerte.</li> </ul>
<p><b>Mantenimiento</b></p> <p>La persona ha alcanzado las metas iniciales como la abstinencia y ahora está trabajando para mantener lo ganado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a identificar y examinar fuentes de placer libres de drogas (por ej., nuevos refuerzos).</li> <li>• Apoyar los cambios en el estilo de vida.</li> <li>• Afirmar la resolución de la persona y la autoeficacia.</li> <li>• Ayudar a la persona a practicar y usar nuevas estrategias de afrontamiento para evitar el regreso al consumo.</li> <li>• Mantener un contacto de apoyo (por ej., explicar a la persona que usted está disponible para hablar entre sesiones).</li> <li>• Desarrollar un plan de "escape" si la persona vuelve al consumo de sustancias.</li> <li>• Repasar con la persona las metas a largo plazo</li> </ul>

<p><b>Recaída</b></p> <p>La persona ha experimentado una recurrencia de síntomas y tiene que afrontar ahora las consecuencias y decidir qué hacer ahora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a reentrar al ciclo de cambio y reconocer cualquier disposición para reconsiderar un cambio positivo</li> <li>• Explorar el significado y la realidad de la recaída como una oportunidad de aprendizaje.</li> <li>• Ayudar a la persona a encontrar alternativas a las estrategias de manejo.</li> <li>• Mantener un contacto de apoyo.</li> </ul>
--	---

### Estilos de Precontemplación y tareas para el terapeuta (DiClemente y Velasquez, 2002)

#### a) *Precontemplación renuente*<sup>5</sup>

Se sugiere que el terapeuta asuma una posición en la cual escucha a la persona en una forma sensible, empática y lo provea de retroalimentación acerca de su situación (si es que puede entregársela).

Al otorgar libertad a las personas para que tomen sus propias decisiones, los terapeutas facilitan una situación donde la posibilidad del cambio puede ser tratada en una forma no amenazante.

#### Provocación/Extracción de discrepancia

Luego de extraer/provocar duda en la persona usuaria, debe continuarse con intervenciones destinadas a provocar discrepancia en la persona; es decir, un estado de desasosiego que podría resolverse a través de un eventual cambio.

“¿Discrepancia respecto a qué? [...] a las propias metas y a los valores de la persona.” (Miller y Rollnick, 2002)

Miller sugiere ayudar a las personas a reconocer una discrepancia entre sus metas futuras y su comportamiento actual. Por ejemplo, “¿cómo coincide su consumo de drogas con su deseo de cuidar a su familia?”

---

<sup>5</sup> Probablemente, este estilo de Precontemplación no sea frecuente en los contextos terapéuticos a los cuales ha llegado la persona debido a coacción informal (pareja, familia, amigos, escuela, trabajo) o coacción formal (exigencia judicial); y por lo tanto es posible que quien se encontraba antes renuente se muestre rebelde o racionalizador en la interacción con el terapeuta.

Terapeuta:

Hummm. Ayúdeme a entender esto. Usted me ha dicho que mantener la custodia de su hijo y ser una buena madre, son las dos cosas más importantes para usted. ¿Cómo encaja esto con su consumo de pasta base?

## **b) Precontemplación resignada**

Walter y Daniels (en DiClemente y Velasquez, 2002) examinaron una variante de la resignación –cese desesperanzado– en una muestra de fumadores en la fase de Precontemplación.

Los individuos que obtuvieron puntuaciones muy altas en una medición de *desesperanza*, tenían niveles de tentación para fumar que eran muy elevados y excedían a su confianza en la abstinencia, excedían en número a quienes obtuvieron puntuaciones más bajas en la medición.

La estrategia sugerida con estas personas es inspirar esperanza y explorar las barreras para el cambio.

Se sugiere construir confianza de a poco, ayudándolas a tomar la decisión de comenzar un cambio pequeño y reafirmarlas ante cada éxito, aunque sea pequeño.

Desde la perspectiva del Enfoque Centrado en Soluciones de de Shazer y Berg (DeJong y Berg, 1998), sería de utilidad indagar acerca de cambios pre-tratamiento (*búsqueda de excepciones*).

Se distinguen dos tipos de excepciones:

- *Excepción deliberada*: Situaciones que la propia persona ha creado para obtener algún propósito.
- *Excepción espontánea*: La persona no la buscó en forma intencionada, sólo ocurrió.

Ya que DiClemente define a este estilo como la consecuencia de intentos de cambio que no funcionaron... podemos suponer que esos intentos de solución

fueron exitosos en parte... INDAGUE acerca de esos intentos, centrando la conversación en lo que FUNCIONÓ.

Terapeuta:

Hace un rato me contaste que asististe a dos tratamientos anteriores que no funcionaron. Por favor infórmame:

¿Cómo fueron esos tratamientos? ¿Qué ocurrió con el primero? ¿Qué conseguiste?

¿Qué te ocurrió que asististe al segundo tratamiento?

### **c) Precontemplación racionalizadora**

Walter y Daniels también examinaron una característica etiquetada como "minimización del daño" entre los fumadores en precontemplación. Los fumadores que obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala de minimización del daño demostraron niveles significativamente bajos en los procesos cognitivos de cambio, como la concienciación y la evaluación de sí mismos.

Se sugiere escuchar y ser empáticos con estas personas, y comenzar abordando las "cosas buenas" de su consumo de sustancias; posteriormente, quizá estén dispuestos a considerar las cosas "no tan buenas" del mismo.

Se sugiere que el terapeuta se abstenga de destacar los "contra" del comportamiento.

### **d) Precontemplación rebelde**

Las sugerencias de DiClemente, y de Miller y Rollnick con este estilo de precontemplación es "rueda con la resistencia". Rodar con la resistencia es una estrategia que contiene los siguientes elementos:

- Evite entregar argumentos a la persona acerca de lo deseable del cambio
- No confronte, no "se pelee" con la resistencia
- Se invita a la persona a considerar nuevas perspectivas, no se las impone
- La persona es la fuente primaria para el hallazgo de respuestas y soluciones
- La resistencia de la persona es una señal para que el terapeuta se comunique/posicione en una forma diferente

Sin embargo, podemos enriquecer estas sugerencias con los aportes de la Terapia Centrada en Soluciones (Berg y Miller, 1996):

*Descubra al “comprador oculto”*

El consultante puede no estar dispuesto para trabajar respecto a su consumo de sustancias (problema por el cual ha sido derivado a tratamiento), pero puede estar motivado a tratar alguna otra cosa.

¡Comience trabajando esa “otra cosa”!

*Descubra al “otro comprador”*

Esto implica entrar en contacto con la fuente de la derivación, para descubrir sus expectativas del tratamiento. Esto favorece que esa fuente participe y coopere con el probable tratamiento.

Si la coacción para ingresar a tratamiento es informal (familia, pareja), trabaje con los otros interesados en el cambio del sujeto; es decir, trabaje primero con quien “ve” el problema o para quien es problema la conducta del individuo.

*Descubra lo que el consultante quiere para sí mismo*

Acepte los objetivos de la persona para acudir a un eventual tratamiento, aunque ellos pueden no implicar, en un principio, la abstinencia de la sustancia.

*Elogie al consultante.*

El consultante podría haber no acudido a la entrevista con el terapeuta, sin embargo lo hizo. Por lo tanto merece el reconocimiento del terapeuta... y además, ¿qué lo motivó a esa acción?

Fuentes bibliográficas

Berg, I. y Miller, S. (1996) *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Ed. Gedisa, Barcelona

DeJong, P. and Berg, I. (1998) *Interviewing for Solutions*. Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole Publishing

DiClemente, C. and Velásquez, M. (2002) Motivational Interviewing and the Stages of Change. In S. Miller and S. Rollnick, *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press, 201-216

Miller, W. (1999) *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento, N° 35*. U.S. Department of Health and Human Services

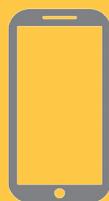
Miller, W. and Rollnick, S (2002) *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press

Prochaska, J. (1999) How Do People Change, and How Can We Change to Help Many More People? In M. Hubble, B. Duncan, and S. Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change*. American Psychological Association: Washington D.C., 227-255

Prochaska, J. and DiClemente, C. (2005) The Transtheoretical Approach. In J. Norcross and M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration. Second Edition*. New York: Oxford University Press, 147-171

Prochaska, J.; Norcross, J. and DiClemente, C. (1994) *Changing for Good*. New York: Avon Books

	<p><b>SENDA</b> Ministerio del Interior y Seguridad Pública</p> <p>Gobierno de Chile</p>
---	--



FONO DROGAS Y ALCOHOL

**1412**

DESDE RED FIJA Y CELULARES