

# CAPÍTULO 5

## LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

### 1. ASPECTOS GENERALES

La Entrevista Motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 2002) representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta. Con él se trata de promover la motivación en el cliente, animándole a explorar las razones y valores propios que justifican y pueden promover el cambio de su conducta adictiva, todo ello en un clima de empatía y cordialidad, exento de juicios moralizantes.

Consiste en una evolución de la terapia centrada en el paciente que combina un estilo terapéutico empático y de apoyo (Rogers, 1959) con un método claramente directivo que trata de resolver la ambivalencia que muestra el paciente ante cualquier cambio. También asume la teoría de la autopercepción de Bem (1972), según la cual las personas tienden a comprometerse con lo que ellos mismos defienden, motivo por el cual la EM explora las razones que da el paciente para cambiar (Hettema, Steele y Miller, 2008), enfatizando su autonomía, el cómo, cuándo o si es adecuado cambiar.

Es un método especialmente útil con pacientes que muestran baja motivación o que están poco predispuestos o preparados para afrontar un cambio en su conducta adictiva y en los que es frecuente la reticencia, oposición o ambivalencia ante el mismo. Con la EM se pretende ayudarles a resolver la ambivalencia, generando una apertura hacia el cambio y preparando el terreno para un trabajo terapéutico posterior.

Se puede utilizar como una intervención única, pero lo más frecuente es aplicarla de forma adicional, previo al inicio de cualquier tratamiento (Hettema et al., 2008). De esta manera se consigue un efecto más prolongado en el tiempo que suele explicarse por el influjo que la EM ejerce sobre la abstinencia (Ball et al., 2007; Brown y Miller, 1993; Burke, Arkowitz y Menchola, 2003; Daley, Salloum, Zuckoff, Kirisci y Thase, 1998; Hettema et al., 2008), la retención y la

adherencia al tratamiento (Aubrey, 1998; Bien, Miller y Borouhgs, 1993; Carroll et al., 2006). En el caso del alcohol, drogas y ejercicio-dieta su eficacia ha llegado a mantenerse incluso cuatro años después del tratamiento (Burke et al., 2003).

En la EM el terapeuta no asume un rol autoritario, pero sí directivo, lo que lo diferencia del enfoque más tradicional centrado en el cliente. Aunque se deje en manos del paciente la responsabilidad del cambio, en todo momento el terapeuta guía de manera consciente al sujeto hacia determinados objetivos, sirviéndose para ello de estrategias y habilidades concretas. Por este motivo, se dice que las estrategias utilizadas en la EM son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. En líneas generales, el espíritu colaborador, evocativo y favorecedor de la autonomía del cliente que subyace a la EM (Rollnick y Miller, 1995), puede resumirse en las siguientes premisas:

1. La motivación para el cambio no se impone, se obtiene del cliente. Se pone el énfasis en la evaluación objetiva de la conducta y sus consecuencias, tratando de fomentar la discrepancia en el paciente a fin de aumentar su conciencia de necesidad de cambio.
2. Es el cliente quien debe articular y resolver su ambivalencia.
3. El terapeuta es directivo, ayudando al paciente a examinar y resolver su ambivalencia. La persuasión directa no es eficaz para resolver la ambivalencia. El terapeuta analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas ni corregirlas.
4. La resistencia se considera un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.
5. El estilo de asesoramiento es tranquilo y facilitador de reflexiones. La resistencia se trabaja a partir de la reflexión.

## 2. PRINCIPIOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se plantean cuatro grandes principios clínicos que subyacen a la EM y que están presentes a lo largo de las dos fases que la conforman: el incremento de la motivación de cambio y la consolidación del compromiso de cambio (Miller y Rollnick, 2002). La Fase I suele ser lenta y con muchos altibajos, mientras que la fase II, aunque puede contar con imprevistos, suele mostrar un ritmo más rápido y agradable. Los cuatro principios clínicos son:

1) *Expresar empatía.* Con la escucha respetuosa y reflexiva el terapeuta trata de comprender los sentimientos y la perspectiva del paciente evitando juzgarle, criticarle o culpabilizarle. Es importante matizar que aceptar o comprender a un paciente no implica validar lo que dice.

Diversos estudios experimentales han mostrado el influjo positivo que tiene que el terapeuta exprese empatía sobre el resultado del tratamiento, incluso a largo plazo (Miller y Baca, 1983; Miller y Rose, 2009; Valle, 1981).

2) *Fomentar la discrepancia*. Un objetivo importante en la EM es aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Para poder conseguirlo se intenta crear y potenciar, en el paciente, una discrepancia entre la conducta actual y la consecución de objetivos personales en un futuro más o menos inmediato. Esta concienciación es la que permite incrementar la probabilidad de que ocurra el cambio. En un plano secundario quedan las motivaciones externas (p. ej., presión de la pareja, amenaza de desempleo o controles judiciales).

3) *Trabajar la resistencia*. La EM trata de evitar los enfoques que provocan o incrementan la resistencia por parte del paciente. Por este motivo, aunque se trata de un enfoque intencionalmente directivo, no es confrontativo.

Se asume desde un principio que ante cualquier cambio la persona suele mostrar bloqueo, dudas y ambivalencia, considerándose un estado normal y no un rasgo patológico o defensivo. Si ante esta actitud el terapeuta opta por la discusión directa o por una postura autoritaria se refuerza la oposición o resistencia al cambio por parte del paciente. Si por el contrario, el terapeuta opta por la escucha empática y la conversación basada en la mutua colaboración, facilitará que el paciente piense y decida si necesita abandonar o modificar su conducta adictiva. Es por este motivo por el que se asume que la resistencia está en parte motivada por la conducta del terapeuta (Miller y Sovereign, 1989), estando en sus manos el poder reconducirla.

Aceptar la resistencia supone implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas al considerarlo una persona capacitada para ello. Así, el terapeuta no impone su punto de vista, ni sus objetivos, ni da soluciones a lo que plantea el paciente. La tarea del terapeuta consiste en formular preguntas, dudas..., que permitan al paciente llegar a considerar alguna información que hasta el momento no tenía un peso relevante dentro de sus decisiones.

4) *Reforzar la autoeficacia*. La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio (Bandura, 1977, 1982, 1997; Rogers y Mewborn, 1976) y un buen predictor del resultado favorable a obtener en cualquier tratamiento de la conducta adictiva (Conditte y Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; DiClemente, Prochaska y Gilbertini, 1985; Godding y Glasgow, 1985; Solomon y Annis, 1990; Wilkinson y LeBreton, 1986).

Con los cuatro principios anteriores (Miller y Rollnick, 2002), el terapeuta puede ayudar a una persona a ser consciente de que tiene un problema, pero si ésta no tiene esperanza de lograr cambiar, no hará ningún esfuerzo. Por este motivo uno de los objetivos de la EM, y de cualquier enfoque terapéutico, consiste en aumentar la percepción del paciente sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio (Miller, 1983).

### 3. ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON OBJETO DE FOMENTAR LA DISCREPANCIA

Para crear el adecuado clima de empatía que permita una comunicación fluida con la que se consiga explorar a fondo la situación sin despertar resistencias (evocar los aspectos positivos que derivan del consumo y también los motivos para no abandonarlo), el terapeuta puede servirse de diferentes estrategias. La mayoría de ellas, concretamente las cuatro primeras, derivan de la terapia centrada en el cliente, aunque en este caso persiguen un objetivo común: ayudar a los pacientes a analizar su ambivalencia y expresar sus razones de cambio. La última de las estrategias es propia de la EM.

#### 3.1. Plantear preguntas de respuesta abierta

Durante la primera fase de la EM la principal función del terapeuta es escuchar y alentar la expresividad del paciente. Para estimular el habla del cliente puede servirse de *preguntas abiertas*, sin opción de respuesta corta, de contenido más neutral (p. ej., *¿De qué le gustaría hablar? ¿Qué es lo que le trajo aquí? ¿Por qué no empieza desde el principio y me pone al día?*) o centradas en los aspectos positivos y negativos derivados del consumo actual. En cualquier caso, estas preguntas sólo abren el tema y proporcionan la oportunidad para utilizar otras estrategias.

Hay que evitar caer en una rutina en la que el terapeuta formule preguntas y el paciente responda con frases cortas. Para ello se evitará el uso de preguntas con respuesta dicotómica (si-no), así como utilizar preguntas abiertas que no vayan seguidas por una escucha reflexiva suficiente. No hay que establecer una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo.

#### 3.2. Escucha reflexiva: prestar atención sin interferir

Lo importante de la escucha reflexiva es que con ella se intenta deducir lo que la persona realmente quiere decir, plasmando esta deducción en una frase. Esta estrategia incluye tanto el saber estar callado como el saber responder adecuadamente a lo que dice el paciente.

Gordon (1970) ofrece una relación de respuestas no indicativas de escucha reflexiva, como indicamos en la Tabla 5.1.

**Tabla 5.1. Respuestas no indicativas de escucha no reflexiva**

- Ordenar, dirigir o encargar.	- Estar de acuerdo, aprobar o rogar.
- Alertar o amenazar.	- Culpabilizar, ridiculizar o etiquetar.
- Dar consejo, realizar sugerencias.	- Interpretar o analizar.
- Persuadir con lógica, discusión o enseñanza.	- Reafirmar, simpatizar o consolar.
- Moralizar, sermonear o decir al paciente lo que debería hacer.	- Cuestionar o poner a prueba .
- Estar en desacuerdo, juzgar, criticar o culpabilizar.	- Retirarse, distraerse, hacer broma o cambiar de tema.

Fuente: Gordon (1970).

Todas estas respuestas suponen un tipo de relación desigual entre terapeuta y paciente, fomentando una actitud pasiva por parte del paciente ante el cambio de su conducta. En todos los casos, en lugar de fomentar que el paciente resuelva su ambivalencia, se le exige enfrentarse al obstáculo y tomar de manera prematura una solución.

La reflexión no es un proceso pasivo, ya que el terapeuta la utiliza para reforzar algunos aspectos de lo que una persona dice e ignorar otros, o para modificar levemente su significado. Además, al transmitir en una frase lo que se cree que ha dicho la persona se comprueba, y no se asume, que es eso lo que ha querido decir el paciente. En este caso hay que tener cuidado con la trampa del énfasis prematuro. Si el terapeuta presiona con demasiada rapidez a fin de centrar la discusión, o si el paciente y terapeuta se centran en diferentes temas, el paciente puede distanciarse y ponerse a la defensiva. Una posible solución a esta trampa es empezar con las preocupaciones del paciente.

Otro obstáculo frecuente en esta etapa es centrarse en la búsqueda de culpables de la situación que se vive. Habitualmente esto se afronta con la reflexión y la reformulación y dejando claro que lo que interesa no es saber quién es el responsable de lo ocurrido sino más bien qué es lo que le está preocupando al paciente y lo que considera que puede hacerse para resolverlo.

### **3.3. Afirmar**

Es útil afirmar y apoyar al paciente durante el proceso terapéutico utilizando comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión.

### **3.4. Resumir partes de la intervención o la sesión completa**

Realizar resúmenes de manera periódica refuerza lo que se ha dicho, confirma que el terapeuta ha escuchado con atención y prepara al paciente para seguir progresando. El contenido de estos resúmenes puede proceder no sólo de los comentarios del paciente, sino también de diferentes fuentes de información como la evaluación objetiva, la información de juzgados u otras instituciones e incluso la de los miembros de la familia.

Es posible y adecuado unir diferentes resúmenes a lo largo de una o más sesiones ya que este procedimiento permite evidenciar la ambivalencia al ofrecer una visión simultánea de los aspectos positivos y negativos.

Al finalizar una sesión es útil ofrecer un resumen general que le recuerde al paciente que debe decidir qué es lo que hay que incluir y qué es lo que se debe destacar.

### **3.5. Reforzar las afirmaciones automotivadoras del paciente**

Una de las tareas del terapeuta es promover y reforzar la expresión de afirmaciones automotivadoras por parte del paciente (Miller, 1983). Estas afirmaciones pueden ser de

carácter cognitivo (reconocimiento, optimismo), afectivo o emocional (preocupación) y conductual (intención de actuar):

1. *Reconocimiento del problema* (p. ej., tal vez he asumido unos riesgos innecesarios, nunca me di realmente cuenta de lo que llegaba a beber...).
2. *Optimismo sobre el cambio*. Estas afirmaciones reflejan autoeficacia en el área problemática (p. ej., creo que lo puedo hacer; voy a superar este problema...).
3. *Expresión de preocupación por los problemas*. La preocupación puede expresarse de manera no verbal (lágrimas, gestos...). Si se verbaliza pueden encontrarse afirmaciones del tipo: Estoy realmente preocupado por esto; ¡no me lo puedo creer!, etc.
4. *Intención de cambiar manifiesta o implícita*. Se puede expresar haciendo que la persona lleve a cabo una acción como si se tratara de un paso inicial para cambiar (p. ej., tomar disulfiram), o a través de verbalizaciones de claras intenciones de hacerlo así (p. ej., creo que ha llegado el momento de que tome una decisión para cambiar; creo que debo hacer algo con esto...).

Pero, ¿cómo puede el terapeuta provocar estas afirmaciones automotivadoras en sus pacientes ambivalentes? Son diversas las posibilidades emitidas por Miller y Rollnick (2005) destacando entre ellas el *formular preguntas abiertas* que permitan analizar la percepción y preocupaciones del paciente (p. ej., ¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema? ¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si lo deseara? ¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar consumiendo de la manera que lo ha hecho hasta ahora? ¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?); el pedirle al paciente, una vez que el tema motivacional ha surgido, que lo *elabore*, que lo detalle sirviéndose de ejemplos o situaciones concretas (en este caso se pretende que clarifique por qué, en qué grado y de qué manera una situación representa un problema para él); el *balance decisional* (comentar los aspectos positivos y negativos de su conducta actual); el *utilizar los extremos* (imaginar las consecuencias más negativas); el *mirar hacia atrás* (recordar el período previo a la aparición del problema y compararlo con la situación actual); el *mirar hacia delante* (que se imagine a sí mismo después de un cambio) o el *analizar objetivos* (enunciar cuáles son las cosas que considera más importantes en su vida y descubrir cómo la conducta adictiva es incompatible o actúa en contra de estos objetivos).

#### 4. EL AFRONTAMIENTO DE LA RESISTENCIA

La resistencia es una conducta observable que indica que el paciente no está siguiendo el curso normal de la terapia. Es la forma que el paciente tiene de decirle al terapeuta “no estoy de acuerdo con usted”, de modo que surge en gran parte debido al tipo de interacción que se establece entre terapeuta y paciente. Cuando no se maneja bien la interacción con el paciente, es frecuente la aparición de resistencias. Éstas pueden aparecer en cualquier momento de la

relación, pero es muy frecuente al inicio cuando se intenta establecer una relación empática adecuada. En cualquier caso, su presencia es el resultado de que el terapeuta haya asumido la responsabilidad del cambio, dejando al paciente en un plano pasivo. En este caso, cuanto más confronte el terapeuta al paciente, más resistencia y reactancia al cambio se observará por su parte (Miller y Sovereign, 1989), manifestándolo en forma de comentarios de “no problema”.

Existen diferentes conductas de resistencia, que suelen presentarse de manera combinada:

- Argumentar o poner a prueba la habilidad, conocimientos o integridad del terapeuta: cuestionar lo que dice, su autoridad o sus conocimientos.
- Interrumpir mientras el terapeuta todavía está hablando o cortarle de manera intencionada.
- Negarse a reconocer que se tiene un problema o no aceptar la responsabilidad ante el mismo. En estos casos es frecuente culpabilizar a los demás de sus problemas; mostrar desacuerdo con la sugerencia pero no ofrecer ninguna alternativa; sugerir que el terapeuta exagera los riesgos; expresar claramente la intención de no cambiar...
- Ignorar al terapeuta dando respuestas no audibles, no verbales, no ajustadas a lo que se pregunta e incluso llegar a cambiar la dirección de la conversación.

La manera en que actúa el terapeuta determina en gran medida que la resistencia permanezca estable o, por el contrario, desaparezca, porque se sabe que el cambio de estilo relacional del terapeuta provoca un cambio en la resistencia del paciente. A continuación se presentan algunas de las estrategias que en el contexto de la EM se proponen para trabajar y manejar la resistencia. Es precisamente el modo en que responde el terapeuta a las resistencias lo que diferencia este enfoque de otros:

1) *La devolución simple.* Consiste en responder a la resistencia con otra resistencia, porque el hecho de reconocer su desacuerdo permite un análisis posterior. Esto evitará también caer en la trampa de la confrontación-negación.

2) *La devolución amplificada.* Se trata de retornar al paciente lo que ha dicho pero de forma más amplificada o exagerada. Esto no debe hacerse en tono sarcástico o demasiado extremista ya que puede provocar una reacción hostil en el paciente. Esta estrategia le permite al paciente retroceder, facilitando poder realizar un análisis diferente de su ambivalencia.

3) *La devolución de los dos aspectos de la ambivalencia.* Consiste en reconocerle lo que ha dicho a la vez que incorporando, en base a información previa de la que disponemos del paciente, la otra parte de la ambivalencia.

4) *Cambio de tema.* Cuando la sesión gira en torno a un tema muy difícil que facilita la resistencia, en ocasiones merece la pena desviar la atención del paciente, dándole la vuelta al problema en lugar de saltar por encima de él.

5) *Acuerdo con un giro.* Ofrecer un acuerdo inicial pero con un leve giro o cambio de dirección.

6) *Reforzar la elección y control personales.* Cuando la resistencia se fundamente en la percepción de pérdida de libertad lo mejor es dejar claro que al final es el propio paciente quien decide sobre qué hacer en cada momento.

7) *Reformulación.* Si el paciente expresa argumentos para negar su problema, es particularmente útil reconocer la validez de las observaciones generales que hace, pero mostrándole un nuevo significado o interpretación, de manera que la información sea más útil y contribuya al cambio. Es precisamente la reformulación lo que podría mostrarle una interpretación más objetiva de la conducta.

## 5. ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON OBJETO DE FORTALECER EL COMPROMISO PARA EL CAMBIO

Una vez que la persona llega al final del estadio de contemplación o de determinación, sería conveniente no dejar pasar mucho tiempo sin que iniciase el cambio. Hay que tener en cuenta que el reconocimiento de una discrepancia importante es demasiado incómodo para mantenerlo durante mucho tiempo. Si el cambio no se inicia, es probable que la persona empiece a utilizar defensas que le permitan disminuir ese malestar (*racionalización, minimización, negación, olvido, proyección, etc.*).

Para detectar cuándo es el momento de proponer el cambio y cambiar de la Fase I a la II pueden tenerse en cuenta una serie de señales, aunque es importante advertir que no aparecen siempre, ni lo hacen en todos los sujetos (Miller y Rollnick, 2002):

1. *Disminuye la resistencia.* El paciente deja de discutir, interrumpir, negar o realizar objeciones.
2. *Disminuyen las preguntas sobre el problema.* Parece tener información suficiente sobre su problema y deja de preguntar.
3. *Realiza afirmaciones automotivadoras.* Realiza afirmaciones directas que indican un reconocimiento del problema, de preocupación, de apertura al cambio o de optimismo.
4. *Se incrementan las preguntas sobre el cambio.* Pregunta qué es lo que podría hacer con el problema, cómo cambian las personas si así lo deciden, o algo similar.

5. *Imagina el futuro.* Empieza a hablar sobre cómo podría ser la vida después del cambio, o a prever dificultades que podrían surgir o comentar las ventajas de un cambio.
6. *Experimenta diferentes vías.* Es posible que pruebe algunos enfoques posibles (p. ej, estar sin beber algunos días, leer un libro de autoayuda...).

Las estrategias apropiadas para fortalecer el compromiso, una vez el paciente ha entrado en la última etapa de contemplación y parece tener la motivación suficiente para seguir hacia la etapa de acción, son todas las que oscilan entre los dos extremos a evitar: sobreprescripción–directividad insuficiente.

El objetivo de estas estrategias es canalizar su motivación a través de un plan de cambio que sea moldeable y fortalecer su compromiso para llevar a cabo el plan. Son varias las estrategias de las que se puede servir el terapeuta en la Fase II:

1) *Recapitulación.* Resumir la situación actual del paciente, tal como ha sido explicada y consensuada hasta ese momento. Se recomienda iniciar el resumen con un comentario que informe del objetivo que se tiene: integrar todo lo que se ha comentado, a fin de plantearse qué hacer a continuación.

Se tratará de incluir el mayor número de razones al tiempo que se reconoce la resistencia o ambivalencia. Deberían incluirse todos los elementos que sea posible de los que se enumeran a continuación:

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

La recapitulación se aplica como una preparación final para la transición hacia el compromiso y lleva directamente a la formulación de unas preguntas clave.

2) *Preguntas clave.* Cuando el paciente está en el punto álgido de la concienciación del problema se le pregunta lo que quiere hacer.

Las preguntas clave son preguntas abiertas que hacen que el paciente piense y hable sobre el cambio (p. ej., ¿qué es lo que usted cree que tiene que cambiar? ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas a partir de ahora? ...). El tema central de estas preguntas es aclarar el paso a seguir. Normalmente estas preguntas se formulan inmediatamente tras la recapitulación, pero pueden ser útiles a lo largo de toda la fase II.

Las respuestas del paciente a estas preguntas surgen con la reflexión. Esto sirve tanto para clarificar sus pensamientos y estimular un análisis posterior, como para reforzar sus afirmaciones automotivadoras y para hacer frente a la resistencia que pueda surgir.

3) *Información y consejo.* El terapeuta tiene que esperar a que se le solicite de forma directa. Además, tiene que moderar todas las sugerencias intentando, si es posible, dar un consejo no personal para que el paciente juzgue cómo se ajusta a su situación. También puede ofrecer un conjunto de opciones y no sólo una.

4) *Negociar un plan.* A través de las respuestas del paciente a preguntas clave y el aporte de información y consejo por parte del terapeuta, se puede empezar a diseñar un plan para cambiar que implica: establecer los objetivos, considerar las opciones y trazar un plan.

- *Establecer los objetivos.* Empezar por objetivos hacia los que el paciente se muestre más entusiasta para continuar progresando. Pueden sugerirse unos objetivos adicionales que se considere importantes para su bienestar o para los esfuerzos por cambiar.

- *Considerar las opciones de cambio.* Presentar al paciente todas las opciones terapéuticas que existen y prepararle para que si escoge una estrategia no apropiada y fracasa no se desaliente y lo vea como parte normal de la recuperación. Es importante preguntarle al paciente si tiene alguna pregunta sobre cada opción pero reservar la negociación y elección hasta que se haya revisado el conjunto de enfoques posibles.

- *Trazar un plan.* Es útil rellenar una hoja de plan de cambio que resuma las respuestas del paciente ante temas como: Plan de Acción / Cuándo / Persona y posibles formas de ayuda. Tras especificar esto se resume un plan que se adecue al máximo a los objetivos, necesidades, intenciones y creencias del paciente.

5) *Provocar el compromiso.* Esto implica conseguir la aprobación del paciente y la aceptación del plan y también decidir los pasos inmediatos que hay que dar para llevarlo a cabo. Es importante preguntar qué reticencias tiene con este plan y utilizar las estrategias de la Fase I para resolver la ambivalencia. El compromiso para con el plan se puede potenciar haciéndolo público.

Si el cónyuge participa en las sesiones, se negociarán los pasos específicos para delimitar cuál puede ser su papel a la hora de introducir el plan. 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. Si un paciente no está preparado para realizar

un compromiso, no se le debería presionar, pero sí mantener un rol de terapeuta activo para facilitar que no abandone.

## 6. NUEVOS HORIZONTES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La EM ha mostrado efectos significativos comparada con no tratamiento o placebo, pero no ha producido efectos significativos respecto a otros tratamientos (Becoña et al., 2008; Burke et al., 2003). Aunque originalmente fue desarrollada para tratar los trastornos por consumo de sustancias (Miller, 1983), la EM ha sido probada en una amplia gama de cambios de comportamiento. Se ha comprobado su eficacia tanto en la reducción de conductas inadaptadas como en los problemas con la bebida o el juego, como también en la promoción de un cambio de comportamiento saludable como el seguimiento de una dieta, el ejercicio, o el cumplimiento de la medicación (Burke, Arkowitz y Dunn, 2002; Dunn, DeRoo y Rivara, 2001; Noonan y Moyers, 1997). En ámbitos como la deshabituación tabáquica o las conductas de riesgo de VIH, se requiere de mayor investigación porque los resultados obtenidos son contradictorios o negativos (Piñeiro, Míguez y Becoña, 2010).

Además, no puede obviarse que existe gran heterogeneidad en los resultados obtenidos al aplicar la EM al mismo problema pero en diferentes centros, poblaciones y con diferentes terapeutas. En el proyecto MATCH, un estudio sobre el tratamiento de los trastornos por abuso de alcohol realizado en nueve centros, la eficacia relativa de una intervención basada en la EM varió significativamente según los emplazamientos y los terapeutas, a pesar de los esfuerzos por estandarizar la formación y los procedimientos del tratamiento (Project MATCH Research Group, 1998). Por tanto, parece que la variación en la manera de realizar la EM puede tener un impacto sustancial sobre su resultado (Hettema et al., 2008).

La investigación ha girado recientemente hacia la búsqueda de “ingredientes activos” y aspectos del desarrollo de la EM que influyan en los resultados. Sin embargo, esta búsqueda se ha visto dificultada porque pocos estudios detallan cómo preparan a los terapeutas, y no proporcionan información sobre el procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la EM (Burke et al., 2002).

En las dos décadas desde que se introdujo la EM, los datos han perfilado una teoría emergente acerca de los mecanismos centrales de esta estrategia. De la forma más simple, la teoría se expresa en tres hipótesis (Miller y Rose, 2009):

1. Los terapeutas obtendrán mayores niveles de cambio en el lenguaje utilizado por el paciente y un menor nivel de resistencia que cuando se utiliza un estilo terapéutico más directivo o un estilo de confrontación.
2. El grado en el que los pacientes verbalizan argumentos contra el cambio (resistencia) durante la EM está en relación inversa con el nivel posterior de cambio de conducta.

3. El grado en el que los pacientes verbalizan comentarios de cambio (argumentos para el cambio) durante la EM está en relación directa con el nivel posterior de cambio de conducta.

Se ha encontrado fuerte apoyo para la primera de estas hipótesis. Aproximadamente la EM dobla la tasa de comentarios de cambio y reduce a la mitad la tasa de resistencia relativa a la acción enfocada al apoyo psicológico o la confrontación (Miller y Hester, 1980; Miller, Benefield y Toningan, 1993; Miller y Baca, 1983; Truax y Carkhuff, 1967; Valle, 1981).

También se ha visto que la frecuencia de la resistencia del paciente predecía el continuar bebiendo después del tratamiento (Miller et al., 1993).

Donde se ha tenido más problema es en el contraste de la tercera de las hipótesis -el aumento del comentario de cambio por el paciente predeciría una conducta de cambio- debido principalmente al método de recogida de información utilizado. La colaboración con el psicolingüista Paul Amrhein condujo a un modo diferente de analizar el discurso de paciente. Éste diferenció dentro del *concepto cambio* diversos términos: *deseo, capacidad, razones, necesidad y compromiso* y analizó más de cien sesiones completas codificando el discurso del paciente en función de todas estas categorías (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer y Fulcher, 2003). Además de estimar su frecuencia de aparición valoró también la fuerza de la motivación reflejada en el discurso del paciente. Por ejemplo, decir “lo pensaré” o “lo intentaré” refleja un nivel de compromiso mucho menor que “lo prometo” o “lo haré”. Sólo uno de los subtipos de conversación de cambio -compromiso- predijo el cambio de conducta.

Además, no era la frecuencia sino más bien la fuerza del lenguaje del compromiso, y más particularmente, el patrón de compromiso a lo largo de la sesión, la que predecía los resultados de conducta, en este caso, ausencia de drogas. Deseo, capacidad, razones y necesidad no predecían cambio, pero todos predijeron la emergencia de compromiso que a su vez pronosticaba el cambio.

Sus hallazgos psicolingüísticos fundamentaron la prematura distinción intuitiva entre dos fases de EM (Miller y Rollnick, 1991). En la fase I de la EM el objetivo es aumentar la motivación al cambio obteniendo las afirmaciones del paciente de deseo, capacidad, razones y necesidad para el cambio. Posteriormente, en la fase II el objetivo se desplaza a fortalecer el compromiso de cambio.

Estos datos psicolingüísticos apoyan la conexión entre el discurso del paciente durante la sesión y los resultados post tratamiento. El nivel de motivación del paciente al inicio de una sesión de EM no se relacionaba con el resultado; era la fuerza del compromiso durante los minutos finales de la sesión la que predecía más fuertemente el cambio de conducta (Amrhein et al., 2003).

## 7. REFERENCIAS

- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M. y Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 862–878.
- Aubrey, L. L. (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment*. Unpublished doctoral dissertation, Albuquerque: University of New Mexico.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits-Christoph, P.,...Karroll, K. M. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 556–567.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman & Company.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122-147.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1–62). Nueva York: Academic Press.
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Borouhgs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21*, 347–356.
- Brown, J. M. y Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 7*, 211–218.
- Burke, B., Arkowitz, H. y Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing. En W. R. Miller y S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., pp. 217–250). Nueva York: Guilford Press.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 843-861.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C.,...Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 301–312.
- Conditte, M.M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 647-658.
- Daley, D. C., Salloum, I. M., Zuckoff, A., Kirisci, L. y Thase, M. E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1611-1613.

- DiClemente, C. C. (1981). Self efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Gilbertini, M. (1985). Self efficacy and the stages of self change in smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Dunn, C., DeRoo, L. y Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Godding, P. R. y Glasgow, R. E. (1985). Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 583-590.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training*. Nueva York: Wyden.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2008). Entrevista motivacional. *Revista de Toxicomanías*, 52, 3-24.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W. R. y Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. y Toningan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapy styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R. y Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity* (pp. 11-141). Oxford: Pergamond Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press. (traducción castellana en Barcelona: Paidós, 2005).
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R. y Sovereign, R. G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. En T. Løberg, W. R. Miller, P. E. Nathan y G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219-231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Noonan, W. C. y Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing: A review. *Journal of Substance Misuse*, 2, 8-16.

- Piñero, B., Míguez, M. C. y Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones*, 22, 353-364.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 1300-1311.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science. Vol. 3. Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). Nueva York: McGraw-Hill.
- Rogers, R. W. y Mewborn, C. R. (1976). Fear appals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence and the efficacy of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 54-61.
- Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Solomon, K. E. y Annis, H. M. (1990). *Outcome and efficacy expectancy in the abuse treatment effectiveness*. Elmsford, Nueva York: Pergamon Press.
- Truax, C. B., y Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago, IL: Aldine.
- Trujols, J., Tejero, A. y Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En J. Pérez (Ed.), *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*, (pp. 51-74). Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783-790.
- Wilkinson, D. A. y LeBreton, S. (1986). Early indications of treatment outcome in multiple drug users. En W. R. Miller y H. Heater (Eds.), *Treating addictive behaviors: processes of change* (pp. 239-261). Nueva York: Plenum Press.