

CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA ESTRATEGICA BREVE

Ps. Mario Pacheco León

Supervisor Clínico Acreditado

Entrevista Motivacional de William Miller y Stephen Rollnick¹



W. Miller



S. Rollnick

En el mismo Congreso en que Prochaska y DiClemente presentaron en “sociedad” su enfoque transteórico del cambio —1984— William Miller presentó un enfoque novedoso para fomentar la motivación para el tratamiento en los bebedores problema.²

Posteriormente, Miller y Rollnick publicaron en 1991 su ya clásico *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*.³

La Entrevista Motivacional, como fue originalmente concebida, es un enfoque de terapia breve para abordar y tratar la ambivalencia hacia el cambio, muy característica en las personas con comportamientos adictivos.

Es un enfoque congruente con el enfoque transteórico de Prochaska y DiClemente y con los hallazgos de las investigaciones contemporáneas acerca de los factores que dan cuenta de la eficacia en psicoterapia. Se lo ha aplicado en clientes con consumo problemático de sustancias⁴, para fomentar la adherencia a tratamiento de usuarios con problemas de

¹ Parte del material de este artículo ha sido tomado de:

Pacheco, M. y Lara, M. (2009) *Manual de Tratamiento de Bajo Umbral en Establecimientos Penitenciarios. Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas*. Area Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, CONACE, Ministerio del Interior, Santiago

² W. Miller and S. Rollnick (2009) Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140

³ Publicado en 1999 por Paidós Iberica como *Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*.

⁴ Miller, W. (1995) *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), Albuquerque: The University of Nuevo Mexico (www.motivationalinterviewing.org) [rescatado en agosto de 2007]

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 y Rollnick, 1999

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

salud mental y trastorno crónicos de salud, y para la adopción de estilos de vida saludable (ejercicio físico, dieta balanceada, sexo seguro)⁵.

Como la Entrevista Motivacional emergió en una época en la cual el campo de la psicoterapia estaba "ávido" de técnicas (las que se suponía que eran los factores específicos del cambio), se ha tendido a confundir a ese enfoque con un conjunto de técnicas que todo terapeuta puede usar⁶.

Miller y Rollnick han sido enfáticos en afirmar que la Entrevista Motivacional no es una técnica, sino que es un *enfoque* en el cual subyace una filosofía particular⁷; que en esos años se distanciaba enormemente de las creencias del campo acerca de cómo comportarse con los "adictos": individuos que debido a su "personalidad adictiva" presentaban defensas psicológicas como negación, resistencia y manipulación, y por lo tanto debía "quebrarse" esa resistencia por medio de la confrontación agresiva y la educación de los sujetos.⁸

1. Congruencia con el enfoque transteórico del cambio terapéutico

Es un enfoque congruente con el enfoque transteórico de Prochaska y DiClemente, debido a que Miller y Rollnick describen diversas tareas para los terapeutas según la disposición motivacional de los individuos para modificar sus comportamientos adictivos (fases de la motivación para el cambio; véase, "Enfoque Transteórico", páginas 11-13).

2. Congruencia con los hallazgos de la investigación contemporánea de eficacia en psicoterapia.

Miller y Rollnick⁹ proponen considerar la investigación de eficacia en psicoterapia para promover una atmósfera de cambio en las entrevistas con consumidores problemáticos de sustancias. Dicha investigación¹⁰ ha evidenciado que los denominados factores inespecíficos

⁵ Arkowitz, H.; Westra, H.; Miller, W., and Rollnick, S. (2008) *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York. The Guilford Press

Emmons, K. and Rollnick, S. (2001) Motivational Interviewing in Health Care Settings Opportunities and Limitations. *American Journal Preventing Medicine*, 20(1): 68-74 (<http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/368/Motivation.pdf>) [rescatado en diciembre de 2008]

Resnicow, K.; Dilorio, C.; Soet, J.; Borrelli, B.; Ernst, D.; Hecht, J., and Thevos, A. (2002) Motivational Interviewing in Medical and Public Health Settings. In W. Miller and S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: The Guilford Press, p. 251-269

Rollnick, S.; Miller, W., and Butler, C. (2008) *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*. New York: The Guilford Press

⁶ Miller and Rollnick, 2009

⁷ Miller y Rollnick, 1999

Miller and Rollnick, 2002

⁸ Creencia similar a la encontrada en los prestadores de tratamiento a la población infractora de ley.

Miller, W. (1999a) Pros and Cons: Reflections on Motivational Interviewing in Correctional Settings. *Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training*, Vol. 6, N° 1, p. 2-3 (www.motivationalinterviewing.org) [rescatado en mayo de 2006]

⁹ Miller y Rollnick, 1999

¹⁰ Assay, T. and Lambert, M. (1999) The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In Hubble, M.; Duncan, B., and Miller, S. (Eds.) (1999). *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*, Washington, D.C: American Psychological Association, pp. 23-55

(factores del cliente¹¹, factor de la alianza terapéutica, factores placebo, optimismo y esperanza) poseen un mayor peso en la varianza de resultados que los factores específicos (enfoque teórico de los terapeutas y técnicas específicas usadas).

El enfoque de la entrevista motivacional sugiere, entonces, que los terapeutas asuman una posición en la relación con el usuario (y usen técnicas) que promueva esos factores inespecíficos.

3. Enfoque integrativo

Miller y Rollnick proponen una integración de los postulados y de algunas técnicas de la Terapia Centrada en el Cliente¹² de Carl Rogers, con la teoría de la disonancia cognitiva¹³ de la psicología social.

De la terapia centrada en el cliente, Miller y Rollnick¹⁴ toman las condiciones básicas para el cambio descritas por Rogers —comprensión (y comunicación) empática, calidez no posesiva y autenticidad del terapeuta— para fomentar una atmósfera de cambio. Esas condiciones mínimas para el cambio se reflejan en la *filosofía* de la entrevista motivacional.

La teoría de la disonancia cognitiva ha sido incorporada en las técnicas que buscan provocar duda en el comportamiento actual del cliente y extraer discurso de cambio (comentarios auto-motivadores del cliente)¹⁵. En lugar de confrontarlos con su comportamiento, el terapeuta busca evocar las razones propias de los clientes para cambiar, como una forma de resolver la disonancia provocada por las dudas y la incongruencia del comportamiento actual.

4. Filosofía de la Entrevista Motivacional

Rollnick y Miller¹⁶ han descrito del siguiente modo la *filosofía* de la entrevista motivacional:

- 4.1. La motivación para el cambio es extraída desde el mismo cliente, no impuesta desde afuera. La entrevista motivacional se apoya en la identificación y la movilización de los valores y metas intrínsecas del cliente para estimular el cambio de comportamiento.

¹¹ Los factores del cliente comprenden a sus recursos personales o resilientes y a los factores de cambio extra-terapéuticos (es decir, que ocurren fuera del box terapéutico)

Duncan, B. and Miller, S. (2000) *The Heroic Client. Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass

¹² Rogers, C.; Carmichael, L. y Tubert, S. (1981) *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Ed. Paidós, Barcelona

¹³ Miller and Rollnick, 2002

¹⁴ Miller y Rollnick, 1991

¹⁵ Miller, 1995

¹⁶ Rollnick, S. and Miller, W. (1995) What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334, (reproducido en www.motivationalinterviewing.org) [rescatado en diciembre de 2006]

- 4.2. Es tarea del cliente, no del consejero, articular y resolver su ambivalencia. La tarea del consejero es facilitar la expresión de ambos lados del atasco de la ambivalencia y guiar al cliente hacia una resolución aceptable que desencadene el cambio¹⁷.
- 4.3. La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia. La investigación ha mostrado que las tácticas persuasivas aumentan la resistencia del cliente y disminuyen la probabilidad del cambio.
- 4.4. El estilo de la consejería es generalmente pausado y de evocación. Este estilo está en franca oposición con la postura tradicionalmente asumida por los terapeutas en el trabajo con los clientes con consumo problemático: confrontar al *cliente negador*. La confrontación (y especialmente la confrontación agresiva) hace que el cliente asuma una mayor posición defensiva, a la vez que se lo está presionando para hacer cambios para los cuales aun no está preparado.
- 4.5. El consejero es directivo en ayudar al cliente a examinar y resolver la ambivalencia. La entrevista motivacional busca ayudar al cliente a resolver su ambivalencia -la que es el obstáculo principal para comprometerse en el desencadenamiento del cambio. Una vez conseguido el movimiento hacia el cambio, los terapeutas podrán implementar diversas estrategias adaptadas a cada cliente para ayudarlo a lograr los objetivos del mismo.
- 4.6. La disposición para el cambio no es un rasgo de personalidad del cliente, sino que un producto fluctuante de la interacción interpersonal. La resistencia y la *negación* no son rasgos del cliente, sino que una retroalimentación respecto al comportamiento del terapeuta. La resistencia del cliente es a menudo una señal que el consejero está asumiendo la existencia de una mayor disposición al cambio que la que posee el cliente y es una clave respecto a que el terapeuta necesita modificar las estrategias motivacionales.
- 4.7. La relación terapéutica es más una relación entre personas o compañeros que entre los roles experto/receptor. El terapeuta respeta la autonomía y la libertad de opción del cliente (y las consecuencias) respecto a su propio comportamiento.

¹⁷ La ambivalencia hacia el cambio ha sido descrita como una de las características de la fase de contemplación.

La entrevista motivacional busca apoyar la motivación intrínseca para el cambio, la que se supone que llevará al cliente a iniciar, persistir y cumplir con los esfuerzos para el cambio de comportamiento¹⁸.

Se diferencia de la consejería centrada en el cliente (Carl Rogers), en que la entrevista motivacional emplea estrategias sistemáticas hacia metas específicas. El terapeuta busca activamente crear discrepancia y canalizarla hacia el cambio de comportamiento:

“¿Discrepancia respecto a que? [...] a las propias metas y a los valores de la persona. Creemos que a menos que no haya conflicto entre un comportamiento actual **problema** con algo que la persona valora mucho, no hay una base para que la entrevista motivacional funcione”¹⁹ (énfasis añadido).

La entrevista motivacional se diferencia de las estrategias de tratamiento cognitivo-conductual en que éstas prescriben e intentan enseñar a los clientes habilidades de afrontamiento específicas. Las estrategias de la entrevista motivacional se apoyan en los propios procesos naturales de cambio y en los recursos del cliente. En lugar de enseñarle a éste cómo cambiar, el terapeuta construye motivación y extrae ideas del cliente respecto a cómo podría ocurrir el cambio. Mientras que el entrenamiento en habilidades supone implícitamente la disposición para cambiar, la entrevista motivacional se centra explícitamente en la motivación como el factor clave para desencadenar el cambio duradero²⁰.

Los elementos básicos de la entrevista motivacional son un estilo de conversación que busca desarrollar un vínculo terapéutico positivo con el consultante (a través de interacciones del terapeuta que pueden ser definidas como comunicación empática o escucha activa²¹); y la introducción de comentarios o preguntas que variarán de acuerdo a la disposición motivacional del usuario.

Miller y Rollnick²² muestran en la siguiente tabla una comparación entre el espíritu de la Entrevista Motivacional y los enfoques que no son una Entrevista Motivacional:

¹⁸ Rollnick and Miller, 1995.

¹⁹ Miller and Rollnick, 2002, p. 167

²⁰ Miller, 1995

²¹ Greenberg, L.; Rice, L. y Elliot, R. (1996) *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Ed. Paidós, Barcelona

Rogers, C. y Kinget, G. M. (1971) *Psicoterapia y Relaciones Humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva. Vol. II*. Ed. Alfaguara, Madrid

²² Adaptado de Miller and Rollnick, 2002, p. 35

<i>Espíritu de la Entrevista Motivacional</i>	Espíritu de los enfoques que NO SON una Entrevista Motivacional
<i>Colaboración:</i> La consejería implica una relación que honra las habilidades y la perspectiva del cliente. El consejero provee una atmósfera que conduce al cambio, en lugar de obligar al cambio.	<i>Confrontación:</i> El consejero a través de sus acciones pareciera suponer que el cliente es incapaz (enfermo), al imponerle un percatarse y una aceptación de una "realidad" que el cliente no puede ver o que no admite.
<i>Evocación:</i> Se supone que los recursos y la motivación para el cambio residen dentro del cliente. Se fomenta la motivación intrínseca cuando es extraída desde las propias percepciones, metas y valores del cliente.	<i>Educación:</i> Se presume que el cliente no posee los conocimientos, el insight o las habilidades que son necesarias para que haya cambio. El consejero busca subsanar esos déficit educando al cliente.
<i>Autonomía:</i> El consejero reconoce los derechos y la capacidad del cliente para la auto-dirección, y facilita una elección informada.	<i>Autoridad:</i> El consejero le dice al cliente qué debe hacer o no hacer.
[La actitud del consejero es de calma y tranquilidad]	[Pareciera que el consejero está más interesado y "apurado" que el cliente para que éste se movilice hacia el cambio]

5. Principios de la Entrevista Motivacional

Además de la filosofía de la Entrevista Motivacional, este enfoque posee *cuatro principios generales*:²³

Principio N° 1: *EXPRESA EMPATIA*

- La aceptación facilita el cambio
- La escucha activa es fundamental (comprensión empática, en el lenguaje de Carl Rogers).
- La ambivalencia hacia el cambio de comportamiento es algo normal.

Este principio tiene relación con el hecho que en toda relación terapéutica es necesario establecer un vínculo positivo con el cliente²⁴ para que pueda darse una relación de colaboración; y este vínculo se fomenta cuando el prestador de tratamiento acepta y valida la experiencia del cliente, y le comunica esa validación. Asimismo, una relación

²³ Miller y Rollnick, 1999, 2002

²⁴ S. Corbella y L. Botella (2003) La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, vol. 19, nº 2 (diciembre), 205-221

definida como positiva *por el cliente*, aumenta la probabilidad que éste se comunique con el profesional, entregando información que posibilite comprenderlo y que a la vez permita que el consejero le entregue retroalimentación que puede provocar desasosiego o disonancia en el cliente.

Principio N° 2: *DESARROLLE DISCREPANCIA*

- Es el cliente y no el consejero quien debiera presentar argumentos para el cambio.
- El cambio es motivado por la discrepancia percibida entre el comportamiento actual y las metas y valores personales importantes del cliente.

El fomento/provocación de discrepancia tiene relación con la teoría de la *disonancia cognitiva* de la psicología social. La comunicación empática del consejero fomenta que el cliente hable de si mismo y de sus experiencias, y el consejero espera con paciencia la oportunidad para resaltar —por medio de preguntas abiertas— una incongruencia entre lo que el cliente afirma acerca de si mismo y el comportamiento que exhibe, con la esperanza que el cliente se pregunte o afirme que debiera cambiar su comportamiento.

Principio N° 3: *RUEDE CON LA RESISTENCIA*

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

Principio N° 4: *APOYE LA AUTOEFICACIA*

- La creencia de la persona en la posibilidad del cambio es un motivador importante
- Es el cliente, y no el consejero, el responsable de elegir y hacer realidad el cambio de comportamiento
- Cuando el consejero cree en la habilidad de la persona para cambiar, el cambio se convierte en una profecía que se cumple a si misma

6. Fases de la Entrevista Motivacional

Miller y Rollnick²⁵ han descrito dos fases de la entrevista motivacional:

- *Construcción de motivación para el cambio*: desarrollo de la motivación del cliente para hacer un cambio en su consumo de sustancias. Este es un proceso gradual cuya velocidad dependerá de la disposición motivacional del individuo.
Esta fase de la Entrevista Motivacional sería la recomendada para los usuarios que se encuentran en la fase de *Precontemplación* o *Contemplación* de la motivación para el cambio de comportamientos.
- *Fortalecimiento del compromiso para el cambio*: la segunda fase tiene relación con la construcción de cambio cuando el cliente está preparado para hacer cambios respecto a su consumo de sustancias.
Esta fase es la indicada para los usuarios que se encuentran en la fase de *Preparación* para el cambio de comportamientos.

En cada fase se usan técnicas diferentes. Sin embargo, las técnicas de la primera fase vuelven a usarse cuando el cliente experimenta vacilación en su esfuerzo para alcanzar los objetivos que se ha propuesto (fase de acción), o ha experimentado una recaída (fase de mantenimiento). En ambas circunstancias podríamos suponer que el usuario ha retornado a la ambivalencia propia de la fase de contemplación.

6.1 Construcción de motivación para el cambio

Los recursos comunicacionales básicos sugeridos por Miller y Rollnick para el consejero en esa fase son los siguientes:

6.1.1 Preguntas Abiertas

Preguntas de proceso, que buscan ayudar al propio consultante a auto-observarse y a pensar (reflexionar) acerca de sí mismo.

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 del cliente.

Ejemplos de este tipo de preguntas son los siguientes:

²⁵ Miller, 1995
Miller y Rollnick, 1999, 2002

“En primer lugar, me gustaría que me hablaras de tu consumo de marihuana. En un día típico, ¿cuánto fumas?” (Pregunta cerrada)

“Háblame de tu consumo de marihuana en una semana típica.” (Pregunta abierta)

“¿Cuándo planeas dejar de beber?” (Pregunta cerrada)

“¿Entonces qué crees que te gustaría hacer en cuanto a tu consumo de bebida?” (Pregunta abierta)

“En el pasado, ¿cómo te has sobrepuesto a un obstáculo importante en su vida?” (Pregunta abierta)

“¿Cuáles son las razones más importantes por las cuales crees que necesitas disminuir tu consumo de alcohol?” (Pregunta abierta)

Sin embargo, las preguntas terapéuticas deben combinarse con afirmaciones (*reflejos*) para evitar que el consultante se sienta intimidado (como un acusado que debe responder a una seguidilla de preguntas).²⁶

6.1.2 Afirmaciones terapéuticas: Reflejos

Reflejo simple

El terapeuta refleja lo que el cliente está diciendo. “Lo importante de una escucha reflexiva es que intenta deducir lo que la persona realmente quiere decir”.²⁷

Los reflejos terapéuticos cumplen tres objetivos: (1) le indican al cliente que el terapeuta lo está comprendiendo (lo cual fomenta el vínculo terapéutico); (2) el cliente escucha su comentario dos veces, lo cual (3) facilita la exploración de sí mismo.

Algunos ejemplos de reflejos simples:

“Cliente: A veces me preocupa que pueda estar bebiendo demasiado.

Terapeuta: Ha estado bebiendo mucho.

Cliente: Realmente no siento que sea mucho. Puedo beber bastante y no sentir nada.

Terapeuta: Más que otras personas.

Cliente: Sí. Puede beber más que otras personas.

Terapeuta: Y eso es lo que le preocupa.”²⁸

²⁶ Miller and Rollnick, 2002

²⁷ Miller y Rollnick, 1999, p. 104

²⁸ Miller and Rollnick, 2002, p. 70

Reflejo de sentimientos

El consejero comunica al cliente el sentimiento que subyace a su comentario. Por ejemplo:

“Cliente: ¡Oh! Estoy bebiendo más de lo que me había dado cuenta.

Terapeuta: Parece que es algo terrible para usted.”

“Cliente: No puedo creerlo. No veo cómo mi consumo de alcohol puede estar afectándome mucho.

Terapeuta: No es lo que usted esperaba escuchar.”

Reflejo con una amplificación

Es un reflejo modificado que refleja pero exagera o amplifica lo que el cliente está diciendo, al punto que es probable que el cliente lo niegue. Esta exageración debe ser sutil, para evitar extraer hostilidad del cliente.

Por ejemplo:

“Cliente: Pero no soy un alcohólico o algo parecido a eso.

Terapeuta: Usted no quiere que le coloquen etiquetas.

Cliente: No. No creo que tenga un problema con la bebida.

Terapeuta: Hasta donde usted puede ver, realmente no ha habido problemas o no ha tenido daños debido a su consumo de alcohol.

Cliente: Bien... yo no diría eso.

Terapeuta ¡Oh! A veces usted piensa que su consumo de alcohol le ha ocasionado problemas, pero no le gusta la idea que le digan que usted es un alcohólico.”²⁹

Reflejo de ambos lados (de la ambivalencia)

Este es un reflejo en el cual el terapeuta comunica al cliente los comentarios ambivalentes respecto a la retroalimentación. Por ejemplo:

“Cliente: Pero no puedo dejar de beber. ¡Todos mis amigos beben!

Terapeuta: Usted no puede imaginarse como podría dejar de beber con sus amigos, y al mismo tiempo está preocupado acerca de cómo está afectándolo la bebida.”³⁰

²⁹ Miller, W.; Zweben, S.; DiClemente, C., and Rychtarik, R. (1995) *Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. Project MATCH, Monograph Series, Vol. 2, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, p. 23-24

³⁰ Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1995, p. 24

6.1.3 Afirmaciones terapéuticas: Resumen

Esta estrategia permite que el cliente se percate que el consejero lo ha estado siguiendo y comprendiendo, y posibilita que el cliente escuche lo que él ha dicho, y por lo tanto continúe explorando su situación. Los resúmenes también ofrecen la posibilidad para que el cliente haga comentarios auto-motivadores (discurso de cambio).³¹

"T: [*resumiendo*] Bien, déjame ver si estoy en lo correcto. Estas aquí porque tus padres te hicieron venir. Discutiste recientemente con ellos respecto a la hora de llegada a la casa, te enojaste por lo que te dijeron, y te quedaste fuera sin permiso para dormir toda la noche en la casa de un amigo.

C: Sí, correcto. Nosotros peleamos por esto casi toda la semana. Son muy chapados a la antigua; ninguno de mis amigos tiene que llegar a la casa a las 10. Usted no pensaría que se acuestan a esa hora; estamos viviendo en los 90, usted sabe."³²

6.1.4 Afirmaciones terapéuticas: Reconocimiento

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

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

6.1.5 Rodar con la resistencia

El cliente puede mostrarse "resistente" a considerar su situación o a aceptar lo que se dice de él; en lugar de confrontarlo con su "resistencia", el terapeuta rodea o le quita energía a la resistencia a través de estrategias como las siguientes:

Cambio de foco

Consiste en retirar la atención del tema conflictivo. Por ejemplo:

"Cliente: Pero no puedo dejar de beber. ¡Todos mis amigos beben!

Terapeuta: Usted está adelantándose. No estoy hablando de dejar de beber, y no creo que debiera quedarse pegado en eso ahora. Continuemos en lo que estamos

³¹ Miller y Rollnick (2002) entregan los siguientes ejemplos de "habla o discurso de cambio": Desventajas de mantener el estatus quo; Ventajas del cambio; Intención de cambio; Optimismo respecto al cambio. Y "habla de estabilidad o no cambio": Ventajas de mantener el estatus quo; Ventajas de mantener el estatus quo; Intención de no cambiar; Pesimismo respecto al cambio.

³² DeJong, P. and Berg, I. (1998) *Interviewing for Solutions*. Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole Publishing

haciendo en estos momentos y después nos ocuparemos respecto a si hay algo que usted quiera hacer.”³³

“Rodar” con la resistencia

En esta estrategia, en lugar de confrontar al cliente, el terapeuta está de acuerdo con el cliente y sigue adelante. Puede considerarse a esta estrategia como paradójica, que devuelve al cliente una perspectiva equilibrada u opuesta. Por ejemplo:

“Cliente: Pero no quiero dejar de beber. ¡Todos mis amigos beben!

Terapeuta: Y puede estar bien que mantenga ese deseo mientras hablamos de esto, usted ha decidido que es valioso continuar bebiendo del modo en que ha venido haciéndolo. Puede ser muy difícil hacer un cambio.”³⁴

“Cliente: No tengo problemas con el trago, otras personas sí.

Terapeuta: Parece que muchas personas lo han estado molestando diciéndole que usted es un bebedor [reflejo], ¿puede decirme qué otras personas se lo han dicho o cuáles son algunos de los problemas que lo han traído a tratamiento?”

“Cliente: Puedo continuar fumando un pito de vez en cuando, me relaja y me aleja de la cocaína.

Terapeuta: Usted siente que un pito lo ayuda a relajarse y a alejarse de la cocaína [reflejo]. ¿Puede hablarme un poco más de aquello de lo cual necesita relajarse y cómo lo ayudan los pitos?”

Reencuadre

El reencuadre es una estrategia por medio de la cual el terapeuta invita al cliente a examinar su situación desde un nuevo punto de vista o desde una nueva organización de la información³⁵. Si el cliente acepta esa nueva perspectiva, es una indicación que ha disminuido la “resistencia”, y que se abre a la posibilidad para cooperar con el terapeuta. Algunos ejemplos³⁶:

El consumo de la sustancia como una gratificación:

³³ Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1995, p. 24

³⁴ Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1995, p. 24

³⁵ Se diferencia de la interpretación del terapeuta, en que en la interpretación éste entrega una probable explicación acerca del comportamiento del cliente, para hacer más probable que el consultante logre un *insight* respecto a su situación. (Krause, M. [2005] *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago)

³⁶ Adaptado de Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1995, p. 25

“Usted puede haber necesitado gratificarse para soportar las condiciones estresantes en su casa.” (Esto implica que hay formas alternativas de gratificarse sin consumir sustancias.)

El consumo de alcohol como una función protectora:

“Usted no quiere imponer una tensión adicional sobre su familia a través de hablarles abiertamente de sus problemas en su vida. Como resultado de esto, usted acarrea todo esto y absorbe tensión y estrés por medio de su hábito de beber, como una forma de no sobrecargar a su familia.” (La implicación es que el cliente tiene fortaleza interna, se interesa en el bienestar de su familia, y podría descubrir otras formas para tratar con los problemas subyacentes a su hábito adictivo).

El consumo de alcohol como una función adaptativa:

“Su hábito de beber puede ser visto como una forma de evitar el conflicto o la tensión en su matrimonio. Su hábito tiende a hacer que las cosas se mantengan siendo lo mismo. Parece como que usted ha estado bebiendo para mantener su matrimonio intacto. Pero usted y su esposa parece que están incómodos con esta situación.” (La implicación es que el cliente ha estado cuidando su matrimonio y la unión con su esposa, pero necesita encontrar formas más efectivas para hacer esto).

Esos recursos del consejero son de utilidad en todas las fases de la motivación para el cambio en la cual se encuentra el cliente; sin embargo, son especialmente útiles en las fases de precontemplación y de contemplación.

Sin embargo, en las situaciones de entrevista en **contexto obligado**, en la cual el cliente no ha elegido en forma voluntaria acudir a la entrevista, es adecuado revisar el operar del consejero desde la perspectiva de los *estilos de precontemplación* de DiClemente³⁷ (véase “Enfoque Transteórico”, pp. 13-16).

6.1.6 Provocar discrepancia

Las estrategias descritas más arriba tienen por objetivo fomentar la apertura y la auto-observación del cliente (a la vez que fomentan un vínculo positivo), y deben ser continuadas por intervenciones destinadas a *provocar discrepancia* en el individuo; es decir, un estado de desasosiego que podría resolverse a través de un eventual cambio. Miller³⁸ sugiere ayudar a los

³⁷ 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, pp. 201-216

³⁸ Miller, 1999

clientes a reconocer la existencia de una discrepancia entre sus metas futuras y su comportamiento actual.

Según Miller la tarea del terapeuta es ayudar al cliente a prestar atención a cómo sus comportamientos actuales difieren del comportamiento ideal o deseado. “La discrepancia inicialmente se resalta al hacer conscientes a los clientes de las consecuencias negativas personales, familiares o de la comunidad, debido a un problema de comportamiento, y ayudándolos a enfrentar el consumo de sustancias que contribuye a estas consecuencias.”³⁹

Esta estrategia implica separar a la persona del comportamiento (“la persona es la persona, y el problema es el problema”⁴⁰), y ayudarla a percatarse cómo su comportamiento está afectando o ha afectado a sus metas personales⁴¹. El terapeuta debe reflejar esa preocupación en el cliente para fomentar una mayor percepción de la discrepancia.

Miller indica que cuando el consejero ha tenido éxito en evocar preocupaciones en el cliente, y se han explorado motivaciones intrínsecas o extrínsecas para el cambio, el terapeuta puede explorar el balance de decisiones del cliente. La técnica del balance de decisiones implica revisar los pro y los contra del comportamiento actual, y los pro y los contra del cambio de comportamiento.

Un ejemplo de balance decisional respecto al consumo de alcohol es el siguiente⁴²:

	Consecuencias inmediatas		Consecuencias a largo plazo	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Permanecer Abstinente	Mejorar la auto-eficacia y la autoestima, aprobación de la familia, una mejor salud, más energía, ahorro de dinero y tiempo; un mayor éxito en el trabajo.	Frustración y ansiedad; negación de los placeres de la bebida; no ir a bares; rabia por no poder hacer lo que uno quiere sin pagar el precio.	Tener un mayor control sobre la vida; mejor salud y longevidad; aprender acerca de uno mismo y de los demás sin estar intoxicado por el alcohol; respetar más a los demás.	No poder disfrutar la bebida mientras se mira el fútbol; aburrirse y deprimirse; no poder estar con los amigos bebedores.
Volver a consumir	Placer automático; reducción del estrés y la ansiedad; no sentir dolor ni apesadumbrarse con los problemas; disfrutar de los deportes y beber con los compinches.	Sentirse débil por entregarse a la bebida; riesgo de accidentes y vergüenza; rabia de la esposa y la familia; llegar tarde o perder el trabajo; malgastar el dinero.	Conservar a los compinches; habilidad para beber mientras se miran los partidos de fútbol; no tener que tratar con la esposa y la familia al estar fuera de la casa bebiendo.	Posible pérdida de la familia y el trabajo; deterioro de la salud y muerte prematura; pérdida de los amigos que no beben o que beben poco; ridiculizado por otros y baja autoestima.

³⁹ Miller, 1999, p. 37

⁴⁰ White, M. y Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Ed. Paidós, Barcelona

⁴¹ Sin embargo, tal como afirman Miller y Rollnick (2002); el comportamiento del cliente podría ser congruente con sus actitudes o creencias, y por lo tanto primero habría que provocar *discrepancia respecto a sus creencias*.

Esto puede ser particularmente crítico, por ejemplo, en infractores por VIF para los cuales es correcto que el hombre “discipline” a su mujer; o una persona que se muestra resignada respecto a su depresión, ya que “tiene una personalidad depresiva”; o infractores juveniles persistentes que no consideran la posibilidad de modificar la forma de “ganarse la vida”, debido a que están construyendo su identidad personal en base a los valores y prácticas propias del mundo delictivo.

⁴² Marlatt, G.; Parks, G., and Witkiewitz, K. (2002) *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, University of Washington

Desde la perspectiva de Miller y Rollnick, el individuo no se volcará hacia el cambio a menos que las consecuencias negativas actuales en su comportamiento sean percibidas como mayores que las consecuencias positivas actuales, y las consecuencias positivas percibidas para el cambio de comportamiento en el futuro sean mayores que las consecuencias negativas.

Se ha sugerido que una buena estrategia es asignarle un peso a las razones en cada columna, luego sumarlas y comparar. Como ocurre en un trabajo grupal con una infractora de ley adulta consumidora problemática de drogas⁴³:

VENTAJAS (LAS COSAS BUENAS DE MI CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS)		DESVENTAJAS (LAS COSAS NO TAN BUENAS E INCLUSO PERJUDICIALES DE MI CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS)	
Pasarla bien	Peso 4	Me asustaba y sufría	Peso 4
Me gustaba fumar y tomar	3	El dolor de cabeza	4
Me desahogaba	3	El dolor de estómago, falta de sueño	4
		Los enojos de los demás hacia mí	4
		Los gastos	4
Total: 10		Total: 20	

Miller afirma que, "a pesar de que las razones iniciales para querer un cambio pueden ser pocas, toda razón es importante y se debe explorar y apoyar. Puesto que el apoyo para el cambio, con frecuencia se vincula con los motivadores intrínsecos de un cliente, repasarlos podría extraer más aspectos del lado positivo en la hoja de balance. [...] las preocupaciones acerca de la identidad, roles, autoestima y auto-imagen, y regresar a los valores culturales y familiares tradicionales, podría vincularse con razones específicas para cambiar."⁴⁴

Este ejercicio también ayuda al cliente a explorar y articular sus valores y establecer una conexión entre esos valores y un cambio positivo para sí mismo.

El consejero puede usar preguntas abiertas para extraer comentarios del cliente acerca de la necesidad de hacer cambios, y por lo tanto aumentar la probabilidad que el usuario experimente disonancia cognitiva.

Miller y Rollnick⁴⁵ han clasificado y ejemplificado un grupo de preguntas abiertas que buscan evocar comentarios auto-motivadores (o discurso de cambio):

Desventajas de mantener el status quo

¿Qué lo preocupa de su situación actual?

¿En qué forma esto lo preocupa?

⁴³ Pacheco y Lara, 2009

⁴⁴ Miller, 1999, p. 77

⁴⁵ Miller y Rollnick, 1999, 2002

¿Cómo le ha dificultado esto hacer lo que usted quiere con su vida?

¿Qué cree que ocurrirá si usted deja todo igual?

Ventajas del cambio

¿Cómo le gustaría que las cosas fueran diferentes?

¿Cómo le gustaría que fuera su vida dentro de 5 años?

El hecho que usted esté aquí, indica que al menos una parte de usted piensa que es el momento para hacer algo. ¿Cuáles son las razones principales para hacer un cambio?

¿Cuáles serían las ventajas de hacer este cambio?

Optimismo respecto al cambio

¿Qué le hace pensar que si usted decidiera hacer un cambio, usted podría llevarlo a cabo?

¿Qué piensa que podría funcionar para usted, si se decidiera a hacer un cambio?

¿En qué otro momento de su vida ha hecho un cambio significativo como éste? ¿Cómo lo hizo?

¿Qué confianza tiene respecto a que puede hacer este cambio?

¿Quién podría ayudarlo a hacer este cambio?

Intención de cambio

Puedo observar que está sintiéndose estancado en este momento. ¿Qué tendrá ocurrir para que haya un cambio?

¿Qué piensa que podría hacer?

¿En qué es importante esto para usted? ¿Cuánto quiere hacer esto?

El consejero necesita tomar en consideración que la renuncia/abandono de un estilo de vida puede ser una experiencia intensamente dolorosa para el cliente. Miller afirma que es necesario que el cliente reconozca y sufra esta pérdida antes de comprometerse con acciones para el cambio. El cliente necesitará de un consejero empático que lo comprenda y apoye; a la vez el terapeuta puede ayudar al cliente a visualizar posibles ganancias que reemplazarán a las pérdidas.

6.2 Segunda Fase en la Entrevista Motivacional: Fortalecimiento del compromiso para el cambio.

Miller y Rollnick⁴⁶ han descrito los siguientes cambios en el discurso del cliente que indican que se puede pasar a la segunda fase de la Entrevista Motivacional:

- *Resistencia disminuida.* El cliente deja de argumentar, interrumpir, denegar u objetar.
- *Menos preguntas acerca del problema.* El cliente parece tener suficiente información acerca del problema y deja de hacer preguntas.
- *Decidido.* El cliente parece haber llegado a una resolución y podría estar más pacífico, calmado, relajado, despejado y asentado. Algunas veces esto pasa durante un período de angustia o de llanto.
- *Afirmaciones auto-motivacionales.* El cliente hace afirmaciones directas, auto-motivacionales, que reflejan apertura al cambio (“Tengo que hacer algo”) y optimismo (“Voy a vencer esto”).
- *Más preguntas acerca del cambio.* El cliente pregunta qué puede hacer acerca del problema, cómo cambia la gente una vez se ha decidido a hacerlo, y así sucesivamente.
- *Visualización.* El cliente comienza a hablar acerca de cómo sería su vida después de un cambio, o a anticipar las dificultades de hacer un cambio, o a discutir las ventajas del cambio.
- *Experimentación.* Si el cliente ha tenido tiempo entre sesiones, podría haber comenzado a experimentar con acercamientos posibles para un cambio.

Miller y Rollnick sugieren comenzar esta segunda fase realizando una Recapitulación de lo trabajado hasta ese momento. Esos autores indican que la recapitulación debe contener los siguientes elementos:

- 1) Resumir las propias percepciones del cliente acerca de su problema (situación), que se reflejaron en sus comentarios de cambio.
- 2) Resumir la ambivalencia del cliente, incluyendo el reconocimiento que el cliente aun percibe como positivo o atractivo en la mantención del estatus quo.
- 3) Revisar cualquier evidencia objetiva que sea relevante para la importancia del cambio.
- 4) Comentar acerca de todas las indicaciones que el cliente ha ofrecido de querer, intentar o planificar el cambio, y sus comentarios que dan cuenta de su confianza.

⁴⁶ Miller and Rollnick, 2002, p. 127

- 5) Ofrecer la evaluación del terapeuta acerca de la situación del cliente, particularmente en los puntos que son convergentes con las preocupaciones del cliente.

Por ejemplo:

Permítame ver si he comprendido dónde está usted. La última vez revisamos las razones por las que usted y su esposo han estado preocupados por su consumo de cocaína. Hubo diversas razones. Usted está preocupada que su consumo de cocaína ha contribuido a problemas en la familia, entre ustedes y con los niños. Están preocupados, también, por el monto de dinero que usted ha estado gastando, y el hecho que usted parece estar perdiendo el control. El accidente que usted tuvo la ayudó a percatarse que era el momento de hacer algo con su consumo de drogas, pero creo que se sorprendió mucho cuando le entregué la retroalimentación, respecto al peligro en que usted se encontraba. Hemos hablado respecto a que usted podría hacer con esto, y usted y su esposo tenían ideas diferentes al principio. El pensaba que usted debiera ir a Narcóticos Anónimos, y usted pensaba que podría dejar de consumir por si misma. Conversamos acerca de los resultados que podría obtener si usted intentaba probar diferentes medios [para lograrlo]. Su esposo estaba preocupado que si usted no terminaba abruptamente con su hábito de consumo, usted probablemente volvería a consumir, y olvidara lo que hemos conversado aquí. Usted estuvo de acuerdo que era un riesgo, y pudo imaginarse dejando las drogas para sentirse bien. A usted no le gustaba la idea de ir a Narcóticos Anónimos porque estaba preocupada que las personas la pudieran ver allí, aunque, como conversamos, hay un sólido principio de anonimato. Ahora está dispuesta a intentar un período sin drogas, por tres meses al menos, para ver cómo funciona y cómo se siente. Si eso pareciera muy duro al principio, usted podría querer usar algún medicamento para ayudarse en las primeras semanas. A su esposo le gusta esta idea, y él ha estado de acuerdo en pasar más tiempo con usted, de modo que puedan salir y hacer cosas juntos al atardecer o los fines de semana. Usted también pensó que podría retomar algunas de las actividades que disfrutaba en el día, o quizá buscar un trabajo para mantenerse ocupada. ¿Estoy en lo correcto? ¿He pasado algo por alto?⁴⁷

Congruentes con el espíritu de la Entrevista Motivacional, en esas sesiones Miller y Rollnick se *abstienen de prescribir* un plan de tratamiento al cliente, sino que proponen colaborar y asesorar al cliente para que éste enuncie su propio plan de cambio, en un proceso que denominan “negociación de un plan de cambio”. Los autores describen las siguientes etapas en ese proceso:

- 1) fijación de metas u objetivos,
- 2) consideración de opciones de cambio,

⁴⁷ Miller, 1995

- 3) diseño de un plan, y
- 4) extracción de compromiso.

Miller⁴⁸ propone los siguientes componentes que debe contener ese plan de cambio:

Los cambios que quiero hacer (o continuar haciendo) son:	Haga una lista de áreas específicas o formas en las cuales usted quiere cambiar. Incluya metas positivas (comienzo de algo, aumento de algo, mejoría de un comportamiento)
Las razones por las que quiero hacer esos cambios son:	¿Cuáles son algunas consecuencias probables de la acción o la inacción? ¿Qué motivaciones para el cambio le parecen más importantes?
Los pasos que planeo dar son:	¿Cómo planeará alcanzar sus metas? Dentro del plan general, ¿cuáles son los primeros pasos específicos que usted podría dar? ¿Cuándo, donde y cómo dará esos pasos?
La forma en que otras personas pueden ayudarme son:	Haga una lista de la forma específica en que otras personas pueden ayudarlo en su intento de cambio. ¿Cómo solicitará el apoyo de los demás?
Sabré que mi plan está trabajando si:	¿Qué espera que suceda como resultado del cambio? ¿Qué beneficios puede esperar del cambio?
Algunas cosas que pueden interferir con mi plan son:	Anticipe situaciones o cambios que podrían afectar el plan. ¿Qué podría resultar mal? ¿Cómo podría mantenerse en el plan de cambio a pesar de los cambios o recaídas?
¿Qué haré si el plan no funciona?:	

Como puede advertirse, el plan de cambio propuesto propone extraer desde el propio individuo los indicadores para monitorear su plan de cambio.

Ya que la motivación para el cambio es *muy específica*⁴⁹, las estrategias de la Entrevista Motivacional deben ser usadas en cualquier momento de un proceso de tratamiento: cada vez que el consejero advierte que la motivación para el cambio de individuo decae, o cuando emergen nuevas problemáticas o nuevos objetivos en el tratamiento.

⁴⁸ Miller, 1995

⁴⁹ López Viets, V.; Walter, D., and Miller, W. (2002) What is motivation for change? A scientific analysis. In M. McMurrin (Ed.) *Motivating Offenders to Change. A Guide to Enhancing Engagement in Therapy*. Baffins Lane, Chichester: John Wiley & Sons, 15-30

7. Eficacia de la Entrevista Motivacional

Respecto a la *eficacia* de la Entrevista Motivacional, se ha reportado un estudio⁵⁰ de meta-análisis de la efectividad de la Entrevista Motivacional, en una muestra compuesta por 72 estudios que probaron la eficacia de la Entrevista Motivacional en los siguientes dominios conductuales: consumo de alcohol, fumar, HIV/SIDA, consumo de drogas, adherencia a tratamiento, juego, relaciones íntimas, purificación del agua para su consumo, trastornos alimentarios, y dieta y actividad física.

En la mayoría de los estudios analizados, la Entrevista Motivacional fue entregada sola, pero en forma típica fue combinada con la retroalimentación de alguna otra forma de tratamiento. En 41 de los estudios, los grupos de tratamiento recibieron como único tratamiento la Entrevista Motivacional o Entrevista Motivacional más retroalimentación, y en 31 estudios la Entrevista Motivacional fue combinada con otros tipos de intervención (educación, manuales de autoayuda, prevención de recaídas, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades, asistencia a Alcohólicos Anónimos, manejo de estrés, y otros tratamientos que se entregaban regularmente en los centros clínicos en los cuales se realizó el estudio).

Los investigadores codificaron los componentes de la Entrevista Motivacional descrita por Miller y Rollnick de la siguiente forma: colaboración, centrada en el cliente, aceptación, construcción de confianza, reducción de la resistencia, aumento de la disposición para el cambio, aumento de la autoeficacia, aumento de la discrepancia percibida, escucha activa, extracción de comentarios acerca del cambio, exploración de la ambivalencia y escucha empática. Encontraron que el número promedio de esos componentes en los estudios analizados fue de 3,6 (con una *SD* de 2,8).

La duración de la Entrevista Motivacional variaba entre un rango de 15 minutos a 12 horas, con un promedio de 2 sesiones (duración promedio = 2,24 horas, *SD* = 2,15). El 74% de los estudios reportó que usaron un formato estandarizado de Entrevista Motivacional o un entrenamiento específico. La Entrevista Motivacional se entregó en diversos contextos, y por profesionales de diversas disciplinas.

Los hallazgos de este estudio de meta-análisis son los siguientes:

- El tamaño del efecto de la intervención muestra una gran variabilidad entre los estudios, e incluso dentro de las mismas áreas problema. Los autores sugieren que las variaciones en la entrega de la Entrevista Motivacional pueden tener un impacto sustancial sobre su resultado.
- El efecto de la Entrevista Motivacional tiende a ser temprano y a disminuir en el seguimiento de un año. Sin embargo, en aquellos estudios en que los clientes fueron asignados al azar a grupos que recibieron o no Entrevista Motivacional, los grupos que recibieron Entrevista Motivacional tendieron a mantener en el tiempo los efectos de la entrevista.

⁵⁰ Hettema, J.; Steele, J. and Miller, W. (2005) Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 91-111 [ProQuest Psychology Journals, rescatado en octubre de 2008]

- La Entrevista Motivacional demostró ser más efectiva en el tratamiento del consumo abusivo de alcohol o drogas; también se demostró su efectividad en la prevención del VIH/SIDA.
- Algunos estudios reportaron un amplio efecto de la Entrevista Motivacional para promover la incorporación, retención y adherencia al tratamiento; y sus efectos parecen persistir o aumentar en el tiempo cuando se añadió un tratamiento activo.
- La entrega de la Entrevista Motivacional según el formato de un manual estuvo asociada con el tamaño del efecto más pequeño. Los autores indican que en general esos manuales han sido diseñados para ser entregados en una sesión, y en forma típica finalizan con la construcción de un plan de cambio concreto; paradójicamente, si el terapeuta obedece al manual, puede ignorar las señales que está enviando el cliente que aun no está preparado para comprometerse con un plan de cambio, y el diseño de ese plan puede provocar resistencia.

Los autores también revisaron los efectos de la Entrevista Motivacional en el Proyecto MATCH⁵¹, y parece que es más efectiva en los clientes que están más molestos y resistentes (es decir, que fueron *obligados* a ingresar a tratamiento), o que están menos preparados para el cambio. La Entrevista Motivacional puede estar contraindicada en los clientes que ya están claramente comprometidos con el cambio y preparados para la acción⁵².

Hettema, Steele y Miller indican que desde la introducción de la Entrevista Motivacional hace más de veinte años, ha emergido una teoría de los componentes que hacen funcionar a este enfoque terapéutico:

- 1) Los terapeutas que practican la Entrevista Motivacional extraen niveles elevados de comentarios de cambio y niveles disminuidos de resistencia de parte de los clientes, al ser comparados con los estilos de consejería abiertamente directivos o confrontacionales.
- 2) El grado de verbalización de argumentos contra el cambio (resistencia) de los clientes durante la Entrevista Motivacional, es inversamente proporcional al grado de verbalización posterior a la entrevista.
- 3) El grado de verbalización de argumentos para el cambio de los clientes durante la Entrevista Motivacional, es directamente proporcional al grado de verbalización posterior a la entrevista.

⁵¹ Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145 (www.commed.uchc.edu/match/) [rescatado en julio de 2007]

⁵² Este hallazgo es obvio: las personas que ya están comprometidas con el cambio y están preparadas para la acción necesitan comenzar a trabajar de inmediato en el diseño de un plan de cambio. Esto es consistente con un estudio reportado por Prochaska respecto a la retención de los clientes en el tratamiento. En ese estudio se evaluó la fase de la motivación para el cambio de los clientes cuando ingresaron a tratamiento, pero se aplicó a propósito el mismo tratamiento (*orientado a la acción*) a todos los clientes; los primeros en abandonar el tratamiento fueron los clientes que ingresaron en precontemplación, luego los que ingresaron en contemplación, luego los que ingresaron en la fase de mantención, y por último quienes ingresaron en la fase de *acción*. Asimismo, el mayor porcentaje de clientes que terminaron apropiadamente el tratamiento fueron los que ingresaron en la fase de *acción*.

Respecto a la incorporación de la Entrevista Motivacional en el contexto del tratamiento penal, Ginsburg, Mann, Rotgers y Weekes⁵³ entregan el siguiente panorama de los tratamientos en los sistemas penales de Estados Unidos y Canadá:

- Con frecuencia los infractores son obligados a ingresar a tratamiento, situación que lleva a muchos de ellos a oponerse a esa obligación en defensa de sus derechos personales, y por lo tanto se niegan a considerar cambios en su comportamiento. Otros en cambio, “cooperan” asistiendo a tratamiento pero sin comprometerse.
- Los prestadores de tratamiento consideran que es innecesario cooperar con los prisioneros... después de todo están presos.
- Los “planes de tratamiento” dictan las metas que debieran alcanzar los infractores, no involucrando a los prisioneros en su diseño. Esos planes exigen que los individuos los lleven a cabo, lo cual disminuye la libertad de elección y la responsabilidad del infractor, e incluso contienen descripciones peyorativas.
- En el contexto penal es frecuente encontrar que los profesionales les dicen a los infractores lo que ellos “debieran” hacer. Los argumentos de los profesionales acerca de la ventaja del cambio y los consejos que entregan fomentan la resistencia al cambio. Además, los pares pueden reforzar las actitudes y el comportamiento antisocial, promoviendo el rechazo a la participación en los tratamientos.
- Y finalmente, muchos infractores de ley suelen negar su responsabilidad en los delitos por los cuales han sido condenados.

Según esos autores, el espíritu de la Entrevista Motivacional posibilita que los prestadores de tratamiento creen un contexto que haga más probable la motivación intrínseca y los cambios duraderos de los infractores de ley: la Entrevista Motivacional da énfasis a la responsabilidad individual y la autonomía del individuo; se aceptan y validan la visión de mundo, las creencias y comportamientos del sujeto; y se fomenta la competencia personal al reforzar los intentos y compromisos que hace el individuo como un cambio positivo para si mismo.

Aunque no existen investigaciones que apoyen y validen la efectividad de la Entrevista Motivacional con adolescente y jóvenes, Baer y Peterson⁵⁴ indican que al considerar que la etapa de desarrollo de los adolescentes y los adultos jóvenes implica el desarrollo de la autonomía y la individuación, y por lo tanto es frecuente la ambivalencia en los individuos, sería lógico usar un enfoque terapéutico que fomente el respeto del usuario, que fomente el reconocimiento de la ambivalencia y las opciones que enfrenta el adolescente, y que no aumente la resistencia.

⁵³ Ginsburg, J.; Mann, R.; Rotgers, F., and Weekes, J. (2002) Motivational Interviewing in Criminal Justice Populations. In W. Miller and S. Rollnick, *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press, p. 333-346

⁵⁴ Baer, J. and Peterson, P. (2002) Motivational Interviewing with Adolescent and Young Adults. In W. Miller and S. Rollnick *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press, p. 320-332

8. Transcripción de conversaciones terapéuticas que representan la filosofía y técnicas de la Entrevista Motivacional

Para una mejor comprensión del estilo de una entrevista/conversación que se enmarca en la filosofía de la Entrevista Motivacional, se transcribirá un extracto de una conversación con un consultante real⁵⁵.

TERAPEUTA: Hola, bienvenido. Siempre me gusta comenzar con una pregunta de tipo general. Esta es, ¿qué lo trajo hasta aquí hoy? ¿Cómo puedo ayudarlo?

Pregunta de Final Abierto; Conversación centrada en el cliente acerca del problema; Fomento de una relación de colaboración.

CLIENTE: Uh, bien, um. Yo uh... Mi abogado me sugirió que viniera y pensé que era una buena idea. Yo um... Tengo una cita para la corte. Estoy citado por mi segundo DUI⁵⁶ en dos años. Casi dos años.

TERAPEUTA: Uh huh.

CLIENTE: En Septiembre y tenemos una citación para la corte en Febrero y mi abogado pensó que sería... Que daría una buena impresión a la corte que yo viniera.

TERAPEUTA: Bien, de modo que este es su segundo DUI y usted consiguió un abogado y después de hablar con él, dado que usted tiene una cita para la corte, él pensó que sería una buena idea que usted viniera a hablar con un consejero. Y como usted dice, éste es su segundo DUI.

Reflejo simple.

CLIENTE: Sí, usted sabe, suena terrible. No es tan malo como suena. La velocidad un poco sobre el límite legal; muy tarde por la noche. Realmente no sentía que estuviera incapacitado [para conducir] en esa ocasión. Acostumbro a pedir a alguien que conduzca si voy a salir al centro o si sé que voy a ir a un concierto en un club o algo parecido. Siempre me aseguro de ir con amigos y esta fue una ocasión en la que... no sentí que había bebido mucho.

TERAPEUTA: Ya veo. Esto no fue algo acostumbrado en usted. No es algo que usted haga normalmente. Usted normalmente... Intenta ser cuidadoso.

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Esto no es lo usual para usted, y usted está un poco avergonzado por eso.

Continúa desde más arriba... Reflejo; Desarrolla discrepancias

CLIENTE: Sí, me siento un poco tonto.

⁵⁵ Tomada y traducida de: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center. (2006) *MIA: STEP. Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency*. Oregon Health and Science University. Salem: Oregon; pp. 143-162 [www.motivationalinterviewing.org]

⁵⁶ Infracción por conducción en estado de ebriedad. El conductor para poder recobrar su licencia de conducir debe asistir a un tratamiento para superar su adicción al alcohol (tratamiento en contexto obligado).

TERAPEUTA: Eso lo molesta. Usted tiene que hacer esto; por eso es que usted está aquí.	Reflejo
CLIENTE: No tengo que hacer esto. Quiero decir que esto no... Yo sé que si hubiera estado manejando bajo la influencia de... Si alguien está manejando bajo la influencia [del alcohol] para eso está la policía. Para eso son sus impuestos y los míos; para la protección del público.	
TERAPEUTA: Esta es una consecuencia comprensible de sus acciones.	Reflejo
CLIENTE: ¡Exacto!	
TERAPEUTA: Aparte del DUI; y que suena como si tuviera que ver con usted. ¿Qué otros problemas tiene respecto al consumo de alcohol?	Pregunta de final abierto, Motivación para el cambio
CLIENTE: Bien, usted sabe... Está bien... Soy músico. Toco la batería y estoy en... Usted sabe, siendo un músico hay situaciones en las cuales usted conoce un poco a todo el mundo, a veces parece, es realmente muy fastidioso.	
TERAPEUTA: Tocando en muchos bares, esa clase de cosas.	Reflejo
CLIENTE: Usted se inicia en lugares donde todo el mundo fuma y bebe. Y usted conoce a personas que le compran tragos y es difícil decir que no. Pero ese no es el gran problema. El gran problema es que damos una función y me... Tocar la batería es algo muy físico y usted realmente, realmente tiene que estar metido en lo que está haciendo y yo... Las únicas veces en que bebo en forma abundante, como que sé que beberé antes que la noche comience, es cuando sé que tendremos una función y necesito... yo trabajo, usted sabe... trabajo en una óptica y necesito dormir en la noche y no me gusta tomar píldoras para dormir porque me hacen sentir embotado al día siguiente. Y tomaré un par de tragos después que la función haya terminado.	
TERAPEUTA: Está muy conectado después de tocar. Es intenso.	Reflejo
CLIENTE: Exacto, usted se siente realmente muy enchufado físicamente con lo que está haciendo y el corazón está latiendo. Y mi cerebro... La función terminó y mi cerebro aun estará ocupado con la pauta y aun estaré preocupado por las transiciones que necesarias. O, usted sabe, pensando en que lo estamos haciendo distinto a como lo haremos a la semana siguiente en el Canal Club, y uno se calma poco a poco.	
TERAPEUTA: A veces usted usa algo para ayudarse a dormir. Y eso le preocupa un poco.	Reflejo, Desarrollando discrepancia
CLIENTE: Bien, no me gusta ser... No me apoyo en eso. Lo he intentado... Compré libros e intenté cosas como los ejercicios de	

relajación y el yoga, y cosas como esas. Y nada más. No funcionan para mí. Tengo una tendencia a no dormir bien. Y me quedo pegado con una canción... El coro de una canción se me queda pegado como 45 minutos después que me acuesto. De modo que tomo un trago y una copa de martines o un vaso de vino antes de irme a la cama es algo mucho más confiable que no me traerá dificultades en el trabajo al día siguiente.

TERAPEUTA: Y que usted tenga que apoyarse en algo es un problema. Es que usted no puede dormir.

Reflejo, Desarrollando discrepancia

CLIENTE: Sí, siempre me ocurre. Mi pareja me lo dijo, ella estaba muy preocupada por eso. Yo no me sentía... Nunca se me ocurrió que me estaba apoyando en algo, pero ella estaba preocupada por eso. No quería que yo me convirtiera en un alcohólico. Yo sé lo que la hace pensar así... Tengo un par de miembros en la banda que creo están en problemas... Y ella también lo ve así. Ella sale con nosotros y ve nuestras funciones y está preocupada por mí, yo incluso podría haber venido aquí sin el DIU. Ella esta muy preocupada por la forma en que yo soy.

TERAPEUTA: Ya veo. Ya veo: Bien, quiero resumir este punto, usted tuvo dos DUI y eso le preocupa. Quiero decir, usted sabe, no le gusta hacer eso. No le gusta conducir en ese estado. No le gusta conducir bajo la influencia. Es decir, uh... Tener que ir donde un abogado y tener que pasar todo esto es algo que usted no querría hacer, a usted no le gusta.

Resumen, Desarrollo de discrepancia

CLIENTE: Bien, es muy caro e inconveniente, por decir lo menos. No me gusta tener esto en mi hoja de antecedentes, porque yo no soy un tipo así. No soy de los tipos que beben y conducen.

TERAPEUTA: Como usted dijo, no es su comportamiento normal. No algo que usted haga normalmente.

Reflejo, Desarrollo de discrepancia

CLIENTE: No.

TERAPEUTA: Y también está preocupado por tener que apoyarse en algo. Como usted dijo, toca en una banda, es un baterista y usted se engancha mucho. Usted se lleva el ritmo en su cabeza y por eso ha empezado a apoyarse en algo para ir a dormir. Y ha sido algo que realmente, como usted dijo no es algo en lo que usted piensa mucho, pero es algo que su pareja le ha señalado.

Reflejo, Desarrollo de discrepancia

CLIENTE: Ella me ha hecho pensar un poco y me estoy dando cuenta... Me suena al pesado estar aquí hablando como si yo... La única razón... [por la que] estoy aquí... Es porque mi abogado me hizo venir o estoy aquí porque quiero que mi pareja se relaje o algo así. No quiero que usted piense que eso. No quiero que usted sienta

que estoy aquí para hacer felices a otros.

TERAPEUTA: Usted tiene algunas preocupaciones respecto a si mismo. Usted piensa... Está pensando que quizá haya algo que usted necesita observar por si mismo.

Reflejo; Fomento de una relación de colaboración

CLIENTE: No, usted... Usted no quiere meterse en esto hasta el punto donde sea un problema. Usted sabe, es... Tengo que pensar en esto, usted sabe lo que quiero decir. Intentar una especie de análisis en una fase antes del problema. Quizá determinar, ¿esto es o no es un problema? Como le dije, las dos veces que fui multado por un DUI, yo no sentí que estaba incapacitado. Pero yo... aparentemente yo estaba...

TERAPEUTA: Ya veo. Su evaluación ahora es que éste no es un problema serio. Sin embargo, usted tiene alguna preocupación que se transforme en algo serio.

Reflejo; Pros, contras y ambivalencia

CLIENTE: Usted dijo evaluación, esa es una buena palabra. Eso es realmente lo que intento hacer aquí...

TERAPEUTA: Intento imaginar qué lo dejaría satisfecho aquí.

Reflejo, Fomento de una relación de cooperación

CLIENTE: Sí, así lo espero.

TERAPEUTA: ¿Qué...? Y usted mencionó que su pareja tenía una preocupación respecto, a usted sabe, que usted se apoye en algo en la noche. ¿Qué otras preocupaciones tiene ella, o tiene usted? ¿Alguna otra cosa?

Pregunta de final abierto; Motivación para el cambio; Pregunta cerrada

CLIENTE: Bien, uh, no sé como ella uh... Usted sabe, como le dije a ella. Ella está conmigo y con la banda. Y ella está siempre... Mis amigos y mis colaboradores en el ojo de la oficina del Dr. Y ella no... Ella no está enloquecida con una pareja de tipos en la banda... No está enloquecida en lo absoluto... Y usted conoce a uno de los tipos, usted sabe, hacer poco y beber mucho. Uno de los otros tipos quizá consume drogas con fines recreativos. No en una grado mayor, pero eso le preocupa más a ella que a mí y no... Usted sabe, yo no soy un... No es que yo no sienta que esas cosas sean problemas, pero he estado tocando profesionalmente o semi-profesionalmente los tambores durante veinte años, y usted sabe, usted no puede escapar de eso. Usted no puede decidir. La única forma de escapar es decir, ya está hecho; no tocar más los tambores, no tocar nunca más en una banda. Es la única forma.

TERAPEUTA: Usted ha estado dándole vueltas a eso.

Reflejo

CLIENTE: Es parte de la cultura y se pega. Hace que las personas trabajen a desgano. Y lo hace uh... Las funciones son apestosas y a veces no se puede confiar en la gente pero, uh, usted sabe, usted no puede parar. Bien, me imagino que usted podría, pero no yo. Es un

don que tengo; es algo que quiero hacer.

TERAPEUTA: Es muy importante para usted. Algo que disfruta.

Reflejo

CLIENTE: Creo que es importante para todo el mundo. A todo el mundo le importa la música.

TERAPEUTA: Entonces, ella ve a algunas de las personas que tocan con usted... Ella está preocupada respecto a ellos.

CLIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Y, como usted dijo antes, a ella le preocupa que usted pudiera... Que su problema o su consumo pudieran desarrollarse más.

Continuación desde más arriba... Reflejo

CLIENTE: Bien, y usted sabe... Sí, hay... es... Ella ve una gran presión de parte de ellos y usted no sabe... Usted sabe... Ya soy mayor. No es que sea tan mayor... Es... Es...

TERAPEUTA: Correcto. Lo estoy siguiendo.

CLIENTE: No es un...

TERAPEUTA: Usted no se siente así...

CLIENTE: Alguien quiere que yo fume crack, pero yo no voy a fumar crack para darle en el gusto, usted sabe, o mantener una amistad. O... Bien, todos los que en mi banda fumaron crack ya no están en ella. El ya se fue. Le dijimos que se fuera. La presión de los pares no es la misma cuando uno tiene treinta y cuatro años que cuando uno tiene diecisiete, usted sabe.

TERAPEUTA: Sí, usted... Las preocupaciones de ella... Usted siente que son un poco exageradas.

Reflejo

CLIENTE: Bien, quiero decir... Sí, está bien, sí. Pero ella me ama y ese es su trabajo. Quiero decir que se supone que cuidemos el uno del otro, de modo que usted sabe que a ella le ocurren algunas cosas en la relación que hacen que yo me fije, y yo confío que ella haga lo mismo. Las personas se necesitan en forma mutua. Por eso es que estamos juntos.

TERAPEUTA: Es como si usted sintiera dos cosas al respecto. Quiero decir, en parte, usted siente que está haciendo un gran trabajo al tratar esto y otra parte de usted dice...

Reflejo, Pros, Contras, y Ambivalencia

Los diálogos siguientes corresponden a la conversación sostenida en 2 sesiones entre un consultante y una consejera:⁵⁷

Primera Entrevista

⁵⁷ En español en el documento original; los comentarios han sido añadidos por el autor de este artículo. Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center. (2006), pp. 219-224

ENTREVISTADORA Mi nombre es Mariellis; yo soy consejera en abuso de sustancias. ¿Cómo está?

CLIENTE Buenas tardes, buenas tardes.

ENTREVISTADORA ¿Me podría decir su nombre? Vamos a conocernos un poquito...

CLIENTE Si como no, yo soy Billy Bob Sierra. ¿Qué más usted necesita saber de mí?

ENTREVISTADORA Me gustaría saber que situación es la que lo trae por aquí.

CLIENTE En realidad... en realidad yo vine por que mi esposa me lo pidió. Y estoy complaciendo a mi esposa por que lleva tiempo diciéndome que pase por aquí.

ENTREVISTADORA Okay. ¿Y qué situación usted está teniendo con ella, que ella le ha estado insistiendo que llegue hasta nuestro centro?

CLIENTE Bueno situación, situación así... nada; vamos a ser francos. Yo he estado usando un poco de cocaína y...nada, nada, muy allá, nada muy allá...no mucho, pero que a ella le está malo; le molesta. Se siente como que yo la estoy dejando sin atender; pero no, no es así, no es una situación tan difícil.

ENTREVISTADORA O sea, tú llegaste aquí pensando en que quieres complacer a su esposa, por que hay un uso aunque usted indica que le ha estado trayendo algunas dificultades con ella.

CLIENTE Si, si me está trayendo dificultades con ella, pero yo no veo que nada sea tan grande como ella lo pinta. Yo a veces salgo con mis amigos un poco de perico pero es cosa de ná.

ENTREVISTADORA Okay. Vamos a establecer. ¿Cuánto es un poco de cocaína?

CLIENTE Bueno, este...eso es cuando nos juntamos. No sé a veces podemos comprar un gramo. Pero no los olemos entre todos, no es que yo sólo me...

ENTREVISTADORA ¿Cuántas veces a la semana está haciendo uso de la cocaína, con esos amigos?

CLIENTE Bueno,...cuando salimos del trabajo... casi todos los días salimos a darnos una cervecita y como dos ó tres veces en la semana. Si es viernes nos vamos un poquito más allá.

ENTREVISTADORA O sea, de los siete días de la semana, por lo

Invitación al consultante.

El consultante está informando que su consulta la realiza en un contexto de obligación informal.

El consultante da cuenta de su disposición motivacional: Precontemplación Renuente respecto a su consumo de sustancias, y al impacto de esto en su relación matrimonial.

Resumen.

Pregunta abierta, cuyo objetivo es posibilitar la conversación.

Pregunta abierta.

Reflejo simple.

menos tres hay consumo de cocaína y hay consumo de alcohol.

CLIENTE Sí, sí.

ENTREVISTADORA ¿Podría ser a veces más de tres veces a la semana?

Pregunta cerrada; su objetivo es una indagación diagnóstica acerca del patrón de consumo. (Fomento del proceso de cambio de Concienciación)

CLIENTE Sí, definitivo. Nosotros salimos, después que salimos de trabajar todos los días, para calmarnos y demás; antes de llegar a la casa, nos damos un par de traguitos pues, a veces entra esto de la cocaína, pero todavía sigo diciendo que no es para tanto.

ENTREVISTADORA ¿Solamente en horas después de trabajo o ha habido algún periodo donde usted utilice en algún otro momento? ¿Son sólo días de trabajo?

Pregunta abierta, destinada a aumentar la comprensión del asunto. (Fomento del proceso de cambio de Concienciación)

CLIENTE Bueno, en realidad... en realidad si me he ido en los "weekenes", me estoy tocando para de veces. Así en el trabajo... la verdad, la verdad en las últimas semanas he tenido par de días que durante horas de trabajo también. Pero nada, es a la hora de almuerzo y entro y hago mi trabajo, hago mi trajo, tu sabes y todo está bien, todo tranquilo.

ENTREVISTADORA Cuando usas cocaína, ¿qué sentimientos trae eso o cómo afecta eso el proceso de tu trabajo cuando utilizas así, en momentos en que has utilizado en horas de trabajo?

Pregunta abierta (Fomento del proceso de cambio de Concienciación)

CLIENTE Muchacha, yo me pongo...yo soy...es estupendo...yo hago todo. Rápido, todo me sale perfecto, no tengo...no hay nada que no se pueda hacer; estoy trabajando por horas sin parar. Después cuando salimos por la tarde me doy un par de traguitos y si aparece pues, también volvemos. Lo que no veo es por que mi esposa está con esta cosa si, si yo soy un buen proveedor, el dinero no falta. Aunque a veces dice ella que podríamos ahorra de aquello. Bueno, hay veces que nos quedamos un poquito cortos, pero, pues... qué se va a hacer.

ENTREVISTADORA Así que, resumiendo la información que usted me ha traído, me corrige en este proceso que le voy a resumir, si yo he fallado en algo...Usted llegó aquí por que su esposa entiende que hay un problema, ella conoce sobre su uso; usted ha ido poco a poco incrementando o aumentando el uso de unas veces a la semana después de horas de trabajo hasta usando durante horas de trabajo. Usted se siente muy productivo cuando está utilizando cocaína; hasta este momento no ha tenido problemas en el trabajo por el uso. En

Resumen.

ocasiones, una de las cosas que su esposa le ha recalado, es que se quedan cortos de dinero y ella refiere que es a cause del uso de la cocaína.

CLIENTE Bueno...podría ser.

ENTREVISTADORA Si, eso es lo que usted me ha traído hasta este momento.

CLIENTE Sí.

ENTREVISTADORA ¿No se me queda nada, ni ninguna información?

Cliente Bueno, que no veo problema. Bueno, el problema del dinero, ese sí, ese a veces choca, pero aparte de eso...

ENTREVISTADORA ¿Y qué usted espera que nosotros podamos trabajar con esto de su uso? ¿Qué espera de nosotros que podamos hacer para ayudar en este proceso suyo y de su esposa?

CLIENTE Pues, que hablen con mi esposa, a ver como la calman. Yo...que se yo, yo trataré de bajar, yo puedo dejar de usar un poquito y eso para gastar menos dinero. Pero que me ayuden con mi esposa por que la situación se está poniendo fuerte.

ENTREVISTADORA ¿Usted cree que si reduce el consumo de la cocaína podrían mejorar las relaciones con su esposa?

CLIENTE Podría ser, podría ser. Y si ustedes hablan con ella.....

ENTREVISTADORA Okay, podemos incluirla a ella en el proceso, pero pensando así como usted me ha dicho que ha llegado a ese punto de que podríamos reducir. Si al reducir, se disminuyen los problemas con ella, a lo mejor podríamos trabajar eso con usted. ¿Qué piensa usted sobre eso? Y hablando con ella e incluyéndola en el proceso, claro está.

CLIENTE Bueno, este... yo lo que no quiero es tener más problemas con ella. Nosotros llevamos varios años casados y pues... será yo trataré de hacer algo con respecto al uso y si ustedes me ayudan con ella...

ENTREVISTADORA Podemos llegar a ese acuerdo, pero lo

La respuesta del consultante indica que aun está en Precontemplación.

Pregunta abierta; la consejera "rueda con la resistencia" del consultante.

Pregunta cerrada. Indaga acerca de un probable objetivo terapéutico distinto a la reducción en el consumo; sino que relacionado con el contexto de la asistencia a la entrevista: coacción informal de la esposa.

"Rodando con la resistencia".
Pregunta abierta.

El consultante revela una motivación personal; sobre la cual se podría construir un tratamiento: ¿qué tendría que hacer para mejorar la relación con mi esposa?

Invitación respetuosa del

podríamos trabajar si usted quisiera venir hasta acá a algunas sesiones para trabajar con eso. ¿Le gustaría, podría usted cumplir con eso?

CLIENTE ¿Y no pueden trabajar con mi esposa?

ENTREVISTADORA La podemos incluir en el proceso, pero tendríamos que realmente trabajar con los dos. Inicialmente con usted en algunas sesiones y después con ella en otras, pero sería un asunto que yo entiendo que podríamos trabajarlo entre los dos.

CLIENTE ¿Es mucho tiempo esto? ¿O muchas sesiones? Yo soy un hombre que trabajo...

ENTREVISTADORA Podríamos buscar una manera de ajustarlo para que en su trabajo no se afecte y no son muchas sesiones. Esto sería ir poco a poco en el proceso y si todo va saliendo bien, y van saliendo los resultados que usted espera, se completa el proceso. Y podemos hacer ajustes para que no se afecte en el trabajo, por que básicamente no queremos que usted pierda su trabajo, ni nada es que usted pueda continuar su trabajo y haciendo sus cosas.

CLIENTE Bueno, si hay manera de hacer eso y no es mucho tiempo que tengo que perder aquí, pues se va a venir por que de alguna forma tengo que resolver este problemita que tengo.

ENTREVISTADORA A pues vamos a hacer eso. Podemos hacerlo podemos ir buscando alrededor de su horario de trabajo. Es bien bueno que usted haya llegado hasta donde nosotros y haya logrado compartir esa información conmigo que soy una extraña para usted y podamos establecer una buena relación y trabajar esto lo más pronto posible dentro del cuadro que tenemos aquí.

¿Qué usted cree?

CLIENTE Suena bien...vamos pa'lante, qué vamos a hacer....

ENTREVISTADORA Vamos pa'lante...Entonces lo que vamos a hacer ahora es completar una información demográfica, unos nombres y direcciones y explicarle sobre la confidencialidad y ese tipo de cosas del programa, y entonces podríamos vernos nuevamente más adelante para comenzar a trabajar con usted de este asunto. ¿Qué usted piensa? Sí.

CLIENTE Si, si vamos pa'lante, si ya estamos montados en el caballo y hay que correrlo... vamos pa'ya.

ENTREVISTADORA Okay, perfecto, pues vamos a completar ese proceso.

consultante, que muestra aceptación del "objetivo" del consultante.

El consultante muestra su renuencia al trabajo personal. El no tiene un problema; el problema es de la esposa.

"Rodando con la resistencia".

El usuario continúa mostrándose renuente.

"Rodando con la resistencia".

La terapeuta se acomoda al consultante; en lugar de exigirle que éste se acomode a ella.

Reconocimiento del consultante.

Segunda Entrevista

ENTREVISTADORA Bueno Billy Bob, empezamos hace unos días este proceso y completamos unos documentos que hacían falta para iniciar formalmente este proceso que usted ha pensado que podría intentar. Vamos a hablar un poquito para definirnos y refrescarnos la memoria en que hay un consumo de cocaína, que le está trayendo una situación en el hogar. Sin embargo la cocaína le ayuda a ser más productivo en el trabajo y usted a veces quisiera no tener problemas con su esposa, pero no entiende que su uso sea la situación principal para que ella esté ahí, encima de usted y quisiera que ella participara de este proceso. ¿Estamos en lo correcto? ¿Habría algo que se me haya quedado?

CLIENTE Yo en realidad no veo nada que no hayamos hablado antes. Yo preferiría que participara ella, que es la que está problematizada.

ENTREVISTADORA Sin embargo; vamos a ver, vamos a pensar, usted mismo ha dicho que a lo mejor si reduce un poco el consumo, podría reducir la situación y las dificultades con ella. Aunque en el proceso la vamos a incluir por que obviamente ella es su apoyo y todo ese tipo de cosas. Pero si a lo mejor qué usted cree si trabajamos en esta opción; no de dejar completo, por que a lo mejor usted se siente bien con el uso, pero bajar el consumo un poquito a ver qué pasa.

CLIENTE Bueno... ¿y cómo vamos a hacer eso?

ENTREVISTADORA Podemos conversar. Lo primero que tenemos que saber bien es repasar el patrón de uso que usted lleva. En la última sesión nos hablamos y dijimos que había ido aumentando un poco, de algunas veces en la semana a casi todos los días después del trabajo y que ya en ocasiones durante horas de trabajo, en hora de almuerzo, la había consumido y le había ayudado a sentirse mejor. ¿Estamos en lo correcto?

CLIENTE Sí, sí; yo no lo había visto así, pero se podría ver de esa forma.

ENTREVISTADORA Okay, Tal vez el aumento en ese consumo, es lo que ha venido trayendo alguna dificultad en su hogar. Vamos a ver... ¿es en este proceso de usted aumente que se van aumentando los problemas en su casa o usted siempre ha tenido problemas con su esposa?

Resumen.

El consultante continúa mostrando su renuencia a un trabajo personal. La terapeuta le recuerda el objetivo enunciado vagamente en la sesión anterior: "mejorar la relación con la esposa". La consejera ha deslizado otro objetivo: "disminuir un poco el consumo."

Resumen.

Invitando a la reflexión. Adviértase que la consejera **no** afirma que el consumo de sustancia sea perjudicial para el consultante (este aun se encuentra en Precontemplación Renuente); sino que

CLIENTE Pues mira no... pensándolo bien nosotros no teníamos problemas así como tenemos ahora. Ha sido últimamente que los problemas han surgido pues no sé... Bueno, yo sé que me he quedado fuera de casa “weekenes” y estoy llegando tarde y a veces es por que le estoy huyendo el llegar a casa y que me empiece la pelea. Yo mejor espero que se acueste a dormir y después llego. Estoy más tiempo en la calle, bebo más, me meto más perico. Es como un círculo vicioso.

ENTREVISTADORA ¿No ha habido episodios de agresividad, de pérdida de control, de alguna discusión que se hay tornado un poco más física o un poco más violenta?

CLIENTE Pues no; hemos tenido discusiones fuertes, pero físicos no, pero sí estoy más...me siento con mucho coraje. Y cuando estoy bajo los efectos del alcohol y de la coca, pues me molesta que ella venga a reclamarme y le salgo fuerte.

ENTREVISTADORA Okay. Vamos a hacer una evaluación; vamos a hacer un ejercicio para ayudarnos a evaluar bien cuál serían los pro y los contra de continuar usando. Es un ejercicio corto, toma solamente unos minutos y es un ejercicio que vamos a comenzar aquí y después usted en esta hojita que vamos a llenar, usted va a poder pensar sobre el asunto y podremos entonces más adelante, abundar en ello. ¿Qué usted cree?

CLIENTE Como le dije la otra vez, vamos pa'lante si ya estamos aquí.

ENTREVISTADORA Okay, este ejercicio le llamamos Balance Decisional y es como hacer un balance entre las cosas buenas de usar y las cosas no tan buenas de usar. Vamos a hacer como una escala sobre cuántas cosas buenas tiene mi uso y qué efectos buenos tiene mi uso en mi vida personal, en mi trabajo, en todas esas cosas y que efectos no tan buenos tiene el continuar el uso en mi vida personal, en mi trabajo, en mi conducta. Es como una listita y este proceso lo puede usted llegar a hacer después solito en su casa, si se le ocurren algunos otros pro y contra. ¿Esta bien?

sugiere que quizá lo perjudicial sea el **aumento** en ese consumo.

Indaga acerca de la existencia de conflictos matrimoniales previos al aumento del consumo.

Pregunta mal formulada; tendría que haber sido formulada del siguiente modo: ¿Ha habido...?

Adviértase como la consejera invita al trabajo del consultante, “un ejercicio corto”; recuérdese que el problema lo tiene la esposa y no él.

Obsérvese cómo la consejera está solicitando la aprobación del consultante para continuar.

CLIENTE Vamos.

ENTREVISTADORA Okay. El objetivo de esto es que usted pueda lograr procesar o entender un poquito su propio consumo y como usted se siente con relación a su uso. ¿Está bien?

CLIENTE Muy bien.

ENTREVISTADORA Okay. Vamos a hacer una lista; lo pro de las cosas que le gusta de su uso. ¿Qué beneficios le traen o que bueno tiene usar para usted?

CLIENTE Me siento más “outgoing”, me siento más...

ENTREVISTADORA ¿relajado?

CLIENTE Puedo confraternizar mejor, socializar mejor. Hablo con más facilidad; yo hasta bailo si me dejan.

ENTREVISTADORA Okay. Esa es una de las cosas buenas de su uso. Las cosas por las que le gusta usar es que se siente más sociable. ¿Algún otro beneficio del consumo?

CLIENTE Si cuando estoy en el trabajo, me como el trabajo; no paro, produzco; estoy dispuesto a hacer un montón de cosas que de otras maneras quizás no estaría tan dispuesto.

ENTREVISTADORA O sea, que se siente un poco más productivo cuando está consumiendo.

CLIENTE Oh, sí.

ENTREVISTADORA Muy bien. ¿Algún otro beneficio de usar?

CLIENTE Así acordándome ahora, aparte de socializar y que me da ese “up” para trabajar, no me acuerdo de más nada.

ENTREVISTADORA Okay, muy bien. Tenemos dos pro en el uso de la cocaína y del alcohol, la combinación; que es socializar y productividad. Ahora pasemos al otro lado de la historia, al otro lado del cuento. ¿Qué cosas no le gustan de su consumo, de su uso de cocaína y del alcohol? ¿Qué cosas no son tan positivas, son un poco más negativas en su proceso de vida diaria y eso?

CLIENTE A mí lo que no me gusta cuando el mío se me acabó, no me gusta cuando se acaba. Bueno, en realidad yo lo digo así de broma...pero no me gusta “coming down”. Tu sabes eso de...

ENTREVISTADORA Esa depresión que viene después...

CLIENTE Sí, cuando termino es deprimente, es verdad. No me gusta la temblequera del otro día, del alcohol. No me gustan las pelás con la mujer; que no tiene que ver nada con el uso, pero...

ENTREVISTADORA Pues fíjese, sin embargo horita hablamos y me dijo que en estos últimos tiempos que había aumentado el consumo,

Resumen.

Pregunta abierta.

Reflejo simple.

Pregunta abierta.

Resumen.

Preguntas abiertas.

Reflejo.

Adviértase que el consultante aun está en Precontemplación Renuente.

La terapeuta intenta ayudar

había aumentado las discusiones en el hogar. ¿No ve una relación ahí?

CLIENTE Sí, sí; una cosa va con la otra, pero no veo el por qué ella está así. Bueno aparte de lo del dinero, esa es otra también. Aparte de que el dinero es menos; es verdad que estoy gastando más dinero en mis cosas allá... Bueno sí, se puede ver una relación directa con las discusiones y es directamente proporcional a cuanto uso.

ENTREVISTADORA Okay. Tenemos entonces que, las cosas negativas de usar, las cosas que no le gustan de su uso son los efectos después de usar, que a veces son síntomas de abstinencia. Ese temblor, ese "down", ese malestar que puede venir después de pasar unas horas de no haber usado; eso es desagradable. Las discusiones con la esposa, el gasto del dinero, eso está trayéndole dificultades. ¿Me dijo algo más?

CLIENTE Hasta ahí, Si, no me gusta sentirme mal, no me gusta estar discutiendo con la mujer; que lo hemos ligado al uso de alcohol y de drogas, el dinero... Yo creo que no le veo más ningún otro efecto negativo. Bueno, a veces cuando vengo de noche, cuando estoy conduciendo, que también tengo que tener cuidado. Tengo que tener cuidado que no vaya a... me he visto bien cerquita de chocar.

ENTREVISTADORA También hay un problema de seguridad, de su propia seguridad en momentos de conducir.

CLIENTE Si, si por que a veces se me va la mano con el alcohol. Es verdad... es verdad.

ENTREVISTADORA Okay, esta es una lista que hemos hecho de los pro y los contra. Vamos a hablar un poquito de eso. De cualquier manera esta lista usted sé la va llevar y va a pensar en esto un poco más. Pero que estamos viendo aquí; esto es como una balanza, por eso se llama Balanza Decisional. Vamos a tomar unas decisiones para ver realmente si podemos o si vemos que hay la necesidad de algún cambio, ya sea de reducción o de quedarse en el consumo. Es una balanza para tomar unas decisiones con relación a esto que lo ha traído hasta aquí. ¿Okay? Usted inicialmente me dice en los pro que tenemos dos cosas básicamente que es la productividad y el socializar. Y tenemos entonces acá un "problema" de seguridad, de discusiones en la casa, de dinero. ¿Qué usted ve que está pasando con los pro y los contra?

CLIENTE Que está bastante balanceada.

ENTREVISTADORA ¿Usted entiende que hay un balance entre lo que es...?

CLIENTE Bueno, en realidad yo puedo ver que tengo más situaciones

al consultante a establecer esa relación.

Sin embargo, el consultante es poco receptivo... pero...

Resumen.

Reflejo de sentimiento.

Resumen.

Pregunta abierta.

El consumante está confundido; está viendo

negativas que positivas. En realidad no lo puedo ver...no se, no sé...estoy...

ENTREVISTADORA Estos procesos son poco a poco. Esto es un proceso de analizar unas circunstancias y unas consecuencias que podría haber en continuar el consumo versus discontinuarlo. Y esto es un proceso que usted mismo podría sentarse y poco a poco analizar y según vayan surgiendo las ideas, ir las anotando en esta misma lista de pros y contra. Usted mismo va a analizar realmente qué sería mejor para reducir estas cosas negativas, que son varias; usted mismo las ha traído.

CLIENTE Mira, pero también tengo las cosas positivas y estoy pensando ahora en los muchos buenos ratos que paso mientras estoy usando y bebiendo.

ENTREVISTADORA Okay, ¿y cuántos de esos muchos buenos ratos son de corta duración o de larga duración?

CLIENTE Bueno, también hay que pensar en los muchos malos ratos...

ENTREVISTADORA O sea, que ahí ha habido de las dos cosas.

CLIENTE Si, definitivo...pero yo no puedo seguir discutiendo con la mujer y arriesgando un montón de cosas. Yo entiendo eso, pero tu sabes, ponérmelo así, es como que tengo que tomar una decisión y no estoy muy claro.

ENTREVISTADORA Esto es un proceso de no tener que tomar una decisión ahora. Esto es un proceso de pensar realmente si vamos a trabajar con manejar un poco el consumo para reducir las consecuencias negativas de ese consumo. Las que ha venido trayendo usted mismo poco a poco, estos malos ratos, estos "problemas" de seguridad, estas discusiones. Es un análisis, no es una cuestión de que vamos a hacerlo ahora y de inmediato. Esto es un proceso que usted mismo va a poder ir decidiendo en qué paso y a qué ritmo lo va a llevar; si es que realmente usted piensa que sería productivo alejarse de esas cosas negativas que le ha traído el consumo.

CLIENTE No, si yo en realidad no quisiera tener esas cosas negativas.

ENTREVISTADORA Y es posible. Es posible para usted no tener las cosas negativas de la sustancia, según usted vaya pensando. Por que no sé, tal vez podemos pensar esto un poquito más y dejarlo como

algo en lo que no había pensado antes: *existencia de discrepancia*. Este proceso podría llevarlo a la Contemplación.

Conteniendo y mostrando comprensión al consultante.

Le sugiere una tarea para la casa: una tarea de Reflexión (indicada para la fase de Contemplación)

El consultante da evidencia de la ambivalencia propia de la Contemplación.

La consejera "agrega leña al fuego" (provocación de discrepancia).

Reflejo.

Ambivalencia; "resistencia".

"Rodando con la resistencia!"; aceptación de la ambivalencia.

Dejando la decisión en las manos del consultante.

"Vaya lento... primero reflexione y luego decida"

una asignación y en la próxima intervención podemos ver si ha añadido algunos por o algunos contra en este proceso y ver cómo usted se siente con relación a este análisis. Es pensar, es hacer un análisis, por que usted es una persona muy inteligente, muy capaz, un hombre productivo, un buen proveedor, muchas cosas buenas, tiene un buen matrimonio que ahora está pasando por unas dificultades, y que si a lo mejor pasamos por un proceso de análisis puede lograr reducir ese problema que tiene en su matrimonio.

CLIENTE Pues vamos a tratar esto, usted me da la lista esa y yo sigo trabajando en esto.

ENTREVISTADORA Okay, entonces lo seguimos evaluando y la próxima semana, en un horario que tenemos que buscar en el momento de hacer la cita, para que a usted le sea posible asistir y que no le interrumpa en su proceso de trabajo. Entonces a lo mejor podemos seguir trabajando en esto del balance.

CLIENTE Esta hora es buena para la semana que viene, y el mismo día. No hay problema.

ENTREVISTADORA Pues perfecto. Lo espero dentro de una semana a ver como hemos hecho esta pequeña tarea.

CLIENTE Como no.

ENTREVISTADORA Okay, pues gracias.

CLIENTE Gracias a usted.

Reconocimiento del
consultante...
estimulándolo a reflexionar.

9. Comparación de la Entrevista Motivacional con otros enfoques de consejería breve

Rollnick, Allison, Ballasiotes, Barth, Butler, Rose y Rosengren⁵⁸ (establecen las siguientes diferencias entre la Entrevista Motivacional y otras formas de entrevista breve para fomentar el ingreso y la adherencia a tratamiento:

	<i>Consejo Breve (CB)</i>	<i>Consejería para el cambio de comportamiento (CCC)</i>	<i>Entrevista Motivacional (EM)</i>
<i>Contexto</i>			
Duración de la sesión	5-15 minutos	5-30 minutos	30-60 minutos
Contexto clínico	La mayoría de las veces se ocupa la oportunidad	Se aprovecha la oportunidad o es una consejería ad hoc.	Consejería ad hoc.
<i>Metas</i>			
	Demostrar respeto Comunicar el riesgo Suministrar información Iniciar el pensamiento respecto al cambio y el comportamiento problema	Las metas de CB, más: Establecer rapport Identificar metas del cliente Intercambiar información. Escoger estrategias basados en la disposición del cliente. Construir motivación para el cambio	Las metas de CB y CCC, más: Desarrollar una relación Resolver la ambivalencia Desarrollar discrepancia Extraer compromiso para el cambio
Profesional—receptor	Experto activo—receptor pasivo	Consejero—participante activo	El terapeuta lidera una relación de colaboración
Estilo confrontacional o desafiante	A veces	Rara vez	Nunca
Estilo empático	A veces	Generalmente	Siempre
Información	La entrega	La intercambia	La intercambia o desarrolla discrepancia

⁵⁸ Rollnick, S.; Allison, J.; Ballasiotes, S.; Barth, T.; Butler, C.; Rose, G., and Rosengren, D. (2002) *Motivational Interviewing and Its Adaptations*. In W. Miller and S. Rollnick, *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press, pp. 270-283

(continuación)

	<i>Consejo Breve (CB)</i>	<i>Consejería para el cambio de comportamiento (CCC)</i>	<i>Entrevista Motivacional (EM)</i>
<i>Habilidades^a</i>			
Preguntas de final abierto	**	**	***
Afirmaciones	**	**	***
Resúmenes	*	***	***
Pedir permiso	**	***	***
Estimular al receptor a elegir y ser responsable de si mismo	**	***	***
Suministra consejos	***	**	*
Comentarios que indican una escucha empática	*	**	***
Uso directivo de la escucha empática	*	*	***
Variaciones en la profundidad de los reflejos	*	**	***
Extrae comentarios acerca del cambio	*	**	***
Manejo de la resistencia	*	***	***
Ayuda al cliente a articular sus valores	*	*	***

^aLas habilidades están clasificadas en un rango de no esenciales a esenciales, a través de una escala de 3 puntos (uno, dos o tres asteriscos)

9.1 Entrevista Motivacional Modificada para ser usada en los Servicios de Salud

Se incluye en este documento un formato de Entrevista Motivacional modificada y diseñada para ser usada en los servicios de salud, con el objetivo de fomentar la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos, y la práctica de estilos de vida saludable. Debido a que en los servicios de salud los profesionales disponen de muy poco tiempo para interactuar cara a cara con los pacientes, el estilo de entrevista que proponen los autores⁵⁹ tiene un formato más breve que la entrevista motivacional usual.

Los autores han propuesto este método para influenciar a los pacientes, en reemplazo de las estrategias generalmente usadas en esos contextos, en los cuales los profesionales suelen entregar consejos a los pacientes, sin indagar si éstos han entendido o si están dispuestos/preparados para llevar a cabo esos consejos, o los pacientes son confrontados con su irresponsabilidad o descuido personal.

⁵⁹ Rollnick, Miller and Butler, 2008

Este formato de Entrevista Motivacional modificado puede ser de utilidad para el profesional en Atención Primaria de Salud, cuando entrevista a los progenitores o al cuidador de un paciente designado, y advierte necesidades no problematizadas por el sistema familiar, o necesidades que son presentadas por los progenitores o el cuidador, pero que en el discurso de ellos no se aprecia que además de quejarse ante el profesional, realmente *no actuarían* alguna sugerencia entregada por éste.

Se diferencia de la Entrevista Motivacional en su duración y en el énfasis que coloca el profesional⁶⁰ en la provocación de discrepancia en el cliente. Sin embargo, se mantienen la filosofía y los principios de la Entrevista Motivacional usual.

Rollnick, Miller y Butler indican que los recursos básicos en la comunicación del consejero en este formato de entrevista, son los siguientes:

- Uso de preguntas abiertas
- Escucha activa y comunicación de esa comprensión (uso de afirmaciones), e
- Informar (entregar información acerca de lo que ve el profesional en el paciente; informar acerca de los riesgos de mantener determinado comportamiento).

A continuación se transcribe una entrevista entre un médico y un paciente, en la cual se ilustra el uso de esos recursos de comunicación; en el ejemplo presentado, debido al diagnóstico de la condición de salud del cliente, el profesional estimó que debía indagar acerca de la conducta de riesgos del cliente.

Esta conversación fue llevada a cabo por un médico en un servicio de atención en salud primaria, con un hombre de 40 años, soltero, frecuentemente desempleado, que vive con la familia extendida en un barrio alejado de la ciudad. El médico atendió al hombre debido a que éste consultó debido a una bacteria transmitida sexualmente, y al cual se le prescribieron antibióticos. El médico se preguntó si el paciente padecería de VIH, y con el riesgo que éste tuviera parejas múltiples, consideró el valor de entregar una consejería acerca del uso del condón. El profesional usó especialmente intercambio de información con el paciente para provocar preocupación respecto al sexo no seguro.⁶¹

Médico (M): Bien, creo que esta infección estará bajo control si usted toma esta medicina durante los próximos 10 días. ¿Lo hará? Busca el compromiso

Paciente (P): Por cierto.

M: ¡Muy bien! Es importante acabar con ella. Me pregunto si estaría bien que yo hablara con usted durante algunos minutos. Mi interés no es sólo ayudarlo con sus problemas médicos, sino que también hacer que usted esté bien de Solicita permiso.

⁶⁰ Respecto a la brevedad de la intervención, en realidad eso dependerá de cada cliente en particular, y no puede anticiparse de antemano.

⁶¹ Rollnick, Miller and Butler, 2008, p. 126-130

- salud, ¿Estaría bien que hable con usted?
- P: No hay problema. ¿De qué quiere hablarme?
- M: Es parte de mi trabajo hablar con usted respecto a evitar todo tipo de infecciones, incluyendo el VIH/SIDA. ¿Qué es lo que ya sabe del VIH?
- P: Si uno se infecta, uno se muere. Pero soy muy cuidadoso. Esta vez no usé condón. Fue una de esas cosas que pasan.
- M: ¡Excelente! De modo que generalmente usted usa condón, Sólo que a veces no lo usa, y se infectó.
- P: Imagino que fue la mala suerte. Me encontré con esa chica, y no parecía estar enferma. Quizá qué le ocurrió que se infectó.
- M: Y eso hace que usted se pregunte. Quizá ella no sabía que estaba infectada.
- P: Tuve mala suerte y me contagié. Ocorre.
- M: Usted mencionó que algunas veces como ahora, sólo es un asunto de suerte o mala suerte. Esas infecciones andan por ahí.
- P: Sí, vea, yo nunca había tenido un problema como este antes. Yo tengo una novia, y sólo fue una noche con esta otra chica.
- M: Espero que no se moleste porque le estoy preguntando esto. Realmente no quiero que se sienta incómodo porque le hago estas preguntas personales, pero me preocupa su salud.
- P: No. Está bien.
- M: Entonces tuvo sexo sin protección con esta chica, y tiene una novia. ¿Qué clase de protección usa en forma regular con su novia?
- P: Siempre usamos un condón, o a veces, nada.
- M: A veces no usa condón, pero la mayoría de las veces sí. Bien. Ahora, cuénteme acerca de lo usted sabe acerca de cómo se transmiten las peores infecciones, como el VIH.
- P: ¡Dios! Está bromeando. ¿Piensa que tengo SIDA?
- M: No sé si usted pudiera haberse contagiado de VIH. Podemos hacer pruebas ahora mismo, si usted quiere. Lo que le estoy preguntado es si usted sabe cómo se contagia la gente de VIH y SIDA,
- P: Bien, usted tiene mala suerte y se enferma mucho, lo he visto, pero yo no llevo esa clase de vida, durmiendo con chicas sucias.
- M: No sé si eso le hará algún sentido, pero puedo decirle que las
- Disponiendo una agenda, proponiendo un asunto difícil.
Pregunta (intercambio de información: Extracción)
- Reconocimiento.
Reflejo.
- Reflejo.
- Reflejo..
- Pidiendo permiso y respetando la autonomía.
- Reflejo.
Pregunta.
- Reflejo.
Pregunta (intercambio de información: Extrayendo)
- Evitando un foco prematuro.
Dando opciones.
Más extracción.
- Pidiendo permiso.

infecciones como el VIH a menudo se transmiten en forma silenciosa en todo tipo de personas, aunque ellas parezcan estar sanas durante muchos años antes de enfermarse. La infección puede transmitirse sin que la persona lo sepa.	Intercambio de información: Entregando información.
¿Qué piensa acerca de eso?	Intercambio de información: Extrayendo
P: ¡Sólo estuve una sola noche con otra chica!	
M: Y a usted realmente no le preocupaba eso.	Reflejo, continuando con el parafraseo (sin tono de sarcasmo)
P: Bien, quizá tengo que ser más cuidadoso.	Primer comentario de cambio
M: ¿En qué forma?	Pregunta
P: Imagino que no andar durmiendo mucho por ahí, y estar seguro de usar condón si lo hago.	Comentario de cambio
M: Es verdad que tener una sola pareja disminuye su riesgo. Y con condón, si lo usa siempre. ¿Cuán importante es esto para usted?	Informando Pidiendo comentario de cambio
P: No sé.	
M: Permítame preguntarle esto. En una escala de 1 a 10, donde 1 es sin importancia y 10 es muy importante, ¿cuán importante diría usted que es para usted usar condones todas las veces, incluso con su novia?	Uso de una regla de importancia.
P: Probablemente 8 o 9.	Comentario de cambio
M: Bien —tiene pocas dudas, pero es muy importante para usted, para su salud, protegerse. Y está protegiendo a otras personas también.	Escucha refleja.
P. Sí, espero no transmitirle esta infección a mi novia. Se volvería loca.	
M: Sí, las infecciones pueden transmitirse en forma rápida y silenciosa entre personas que se ven muy saludables. Entonces usted tuvo sexo sin protección con su novia después que estuvo con al otra chica.	Informando. Reflejo
P: Sí, bien, usamos condón, pero no siempre funcionan, ¿correcto?	
M: No son 100% efectivos, pero dan una buena protección. Si ella desarrolla algún síntoma, puedo tratarla también.	Informando
P: Sólo espero que esa chica no haya tenido VIH.	
M: Espero lo mismo. El examen toma un minuto. Y hay que esperar un rato los resultados, pero el test para el VIH es fácil. ¿Hacemos el test?	Información. Pregunta.
P: Oh, no sé. No creo que sea tan necesario.	
M: Quizá no. Usted realmente no puede saberlo por la apariencia de alguien, y las personas pueden estar saludables durante mucho tiempo antes de enfermarse. Hoy	Resistiendo la tentación de argumentar [rodando con la resistencia]. Informando

existen tratamientos mucho mejores, y saber tempranamente si uno es VIH positivo o no, puede ayudar a planificar el tratamiento.

P: Creo que debo saber.

Comentario de cambio.

M: Bien. Le sacaré una muestra de sangre y anotaremos otra hora para que regrese y conversemos acerca de los resultados del test y ese tipo de cosas. Resumiendo, usted ha estado usando condones la mayor parte del tiempo, pero no siempre. Se contagió una vez que no usó condón, y espera no haber contagiado a su novia. No es agradable pensar en eso, pero usted quiere que le haga un test para averiguar si tiene o no VIH. Y ¿qué ocurre con el uso de condones?

Ofreciendo un resumen.

Preguntando por el compromiso.

P. Imagino que tengo que usarlos todas las veces.

Comentario de cambio.

M: ¿Cuánta confianza siente que lo usará todas las veces?

Preguntando por el compromiso.

P: Sí, lo intentaré. A veces es difícil.

Compromiso moderado, "lo intentaré" denota dudas respecto a la habilidad.

M: ¡Bien por usted! Y quizá cuando vuelva podamos hablar un poco acerca de las ocasiones en las que es difícil usar protección.

Reconocimiento. Sentando las bases para la futura conversación acerca de la aumentar la habilidad de usar condones en las circunstancias difíciles.