



PLAN PROVINCIAL DE
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de **SALUD**

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS: GUÍAS DE INTERVENCIÓN

PARTE 1

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

RAAC

Red Asistencial
de las Adicciones
de Córdoba



**GOBIERNO DE
CÓRDOBA
ENTRE TODOS**

AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Juan Schiaretti

Presidente Provisorio

Dr. Oscar Félix González

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

Dr. Francisco Fortuna

Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Dr. Dario Gigena Parker

Subsecretario de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Lic. Pablo Martín Bonino

EQUIPO REDACTOR

Lic. Jimena Fossati

Lic. Violeta Vairus

Lic. Guillermo Ponce

Mgter. Mgter. Victoria Martinez

DISEÑO EDITORIAL

Lic. Javier Bulgarelli

Página	Índice
05	PRÓLOGO
06	Entrevista Motivacional: consideraciones generales
07	Principios de la Entrevista Motivacional
10	Espíritu y estilo de la Entrevista Motivacional
11	Fases y estrategias
11	Estrategias de Fase Inicial
15	Estrategias de Segunda Fase
19	Material de trabajo
19	Ficha 1
21	Recurso
21	Ficha 2
22	Recurso
23	Referencias

PRÓLOGO

La Formación Continua es uno de los objetivos más importantes de la **SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIAS DE LAS ADICCIONES**, es por eso que también es uno de los compromisos más fuertemente asumidos con los equipos de trabajo locales y regionales que nos acompañan en esta ardua y reconfortante tarea que es la Asistencia para personas con problemas por el consumo de drogas. Desde la creación de esta Secretaría se dio un lugar saliente a la asistencia, reconociendo que el consumo de drogas constituye uno de los más graves problemas de la humanidad en la actualidad.

En este marco, el gobernador **CR. JUAN SCHIARETTI** presentó en diciembre del año 2016 el “**PLAN PROVINCIAL PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES**”, ejecutado por esta Secretaría de Estado. Asimismo la Provincia de Córdoba creó el “Programa Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba” mediante Decreto Provincial 1754/2016, el cual tiene como principal objetivo generar acciones e intervenciones orientadas a la prevención y asistencia de las adicciones. Del mismo modo, mediante Decreto Ministerial N° 348/2017, la Provincia ha adherido a la Declaración de Emergencia Nacional en Materia de Adicciones.

P. 5

Esta importante acción por parte del gobernador permitió, entre otra cantidad de acciones, la creación de Centros Asistenciales en el interior de la provincia. Centros que se llevan adelante gracias al esfuerzo articulado de la provincia, los municipios y profesionales comprometidos que continúan formándose a lo largo del tiempo. Es por esto, que el presente material es una muestra más nuestro compromiso de capacitación y formación continua. Esperamos sea una herramienta que permita a los equipos a trabajar cada día con mayor confianza.

Antes de concluir no puedo dejar de agradecer el esfuerzo y el compromiso de todos quienes han participado en la elaboración de este material de trabajo, estoy convencido que será un instrumento eficaz para brindar cada día una mejor asistencia en materia de adicciones, importante compromiso asumido por el Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Dr. Darío Gigena Parker
Secretario de Prevención y Asistencia
de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Consideraciones Generales: definición y surgimiento de la Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta que busca promover la motivación en el cliente, animándolo a explorar las razones y valores propios que justifican el cambio de su conducta adictiva, todo ello en un clima de empatía y cordialidad, exento de juicios moralizantes (Becoña Iglesias et al, 2010).

Surgida en el contexto del trabajo con pacientes con problemas de consumo de alcohol, la EM se establece cómo una alternativa conceptual, estratégica y técnica para tratar una amplia variedad de pacientes con diferentes tipos de problemas.

Es un método especialmente útil con pacientes que muestran baja motivación o que están poco predispuestos o preparados para afrontar un cambio en su conducta adictiva y en los que es frecuente la reticencia, oposición o ambivalencia ante el mismo. Con la EM se pretende ayudarles a resolver la ambivalencia, generando una apertura hacia el cambio y preparando el terreno para un trabajo terapéutico posterior (Becoña Iglesias et al, 2010).

Ha sido utilizada principalmente con clientes con problemas de consumo de diversas sustancias y en pacientes con trastornos de la personalidad, para fomentar la adherencia al tratamiento de usuarios con problemas de salud mental y trastornos crónicos de salud, y para la adopción de estilos de vida saludables.

Tal como se presenta en el Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación (Becoña Iglesias et al, 2010), la EM ha demostrado efectos positivos sobre la abstinencia, la retención y la adherencia al tratamiento, y si bien se puede utilizar como una intervención única, lo más frecuente es aplicarla de forma adicional, previo al inicio de cualquier tratamiento.

Miller y Rollnick (1991) han afirmado de manera enfática, que la Entrevista Motivacional no es una técnica, sino un *enfoque* en el cual subyace una filosofía particular que posibilita intervenciones terapéuticas breves a los fines de abordar la ambivalencia hacia el cambio. Se trata de un enfoque diametralmente opuesto a los tradicionales métodos confrontativos, en tanto que promueve el establecimiento de un vínculo empático y colaborativo entre terapeuta y paciente. Procura generar y aumentar la discrepancia entre el estado actual y los objetivos o valores del paciente, posibilitando mayor conciencia de los problemas o consecuencias adversas experimentadas por éste, así como de los riesgos de sus conductas problemáticas. Además, se ayuda a los pacientes a contemplar los beneficios de un cambio en su comportamiento y a aumentar sus niveles de compromiso para alcanzarlo.

Principios de la EM

Miller y Rollnick (1991) han indicado cinco principios clínicos que subyacen a la entrevista motivacional. Se describe a continuación cada uno de estos principios.

1. EXPRESAR EMPATÍA

Ideas centrales:

- La aceptación facilita el cambio.
- Una escucha reflexiva adecuada es fundamental.
- La ambivalencia es normal.

Un estilo terapéutico empático es una de las características esenciales y definitorias de la entrevista motivacional.

La actitud crucial es una escucha respetuosa del paciente con un deseo de comprender sus puntos de vista, ya que este tipo de aceptación de las personas tal y como son parece liberarlas para cambiar.

Un terapeuta empático busca responder a los puntos de vista del paciente de una manera comprensiva, global y válida. La ambivalencia es aceptada como una parte normal de la experiencia humana y del cambio, más que como un rasgo patológico o una defensa patológica.

P.7

2. CREAR DISCREPANCIA

Ideas centrales:

- Tomar conciencia de las consecuencias de los comportamientos es importante.
- Una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos más importantes que el paciente quiere conseguir motivará el cambio.
- El paciente debe presentar sus propias razones para cambiar.

La motivación para el cambio se crea cuando las personas perciben una discrepancia entre su conducta actual y sus objetivos personales más importantes. Una persona con problemas con el consumo de sustancias que es consciente de que pone en peligro su salud y/o la de otros significativos, probablemente se sienta motivada a cambiar dicho hábito. Esto implica, en al menos un sentido del término, confrontar al paciente con una realidad no placentera.

Este principio pretende crear y potenciar, en la mente del paciente, una discrepancia entre la conducta actual y unos objetivos más amplios; entre donde uno está y donde uno querría estar.

En primera instancia se trata de crear una discrepancia, de tomar concien-

cia, de confrontar con la realidad; para luego hacer uso de ella, aumentarla, y amplificarla hasta que se supere el apego que la persona tiene por la conducta disfuncional presente.

Es esencial en este punto recordar, que las personas se convencen más a menudo por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que otras personas les dicen. Es por ello, que las intervenciones se dirigen a estimular que el propio paciente brinde las razones que tiene para cambiar, y no a que las formule el terapeuta.

3. EVITAR LA DISCUSIÓN

Ideas centrales:

- Las discusiones son contraproducentes.
- Defender un argumento provoca defensividad.
- La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizando.
- No es necesario usar etiquetas.

Este principio indica que el terapeuta debe evitar entrar en discusión o confrontar con el paciente. No busca convencerlo, ni confrontar, ni argumentar cuando el paciente defiende un punto de vista.

La discusión directa tiende a provocar una reacción por parte de las personas, es decir, provoca que las personas se afirmen en su libertad para hacer lo que desean. Por lo tanto, el fin que se persigue es evitar sostenidamente intervenciones que despierten resistencia en el paciente. Y cuando la resistencia aparece, el terapeuta tendría que cambiar la estrategia.

Es importante señalar que no existen datos que sugieran que la recuperación sea producida por la disponibilidad de las personas a admitir una etiqueta diagnóstica (tal como adicto o alcohólico), y tal estrategia suele ser contra terapéutica. Por estos motivos, es fundamental no intentar forzar al paciente a aceptar una etiqueta diagnóstica.

4. DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA

Ideas centrales:

- Se debe aprovechar el momento actual con el fin de obtener el mayor beneficio posible.
- Las percepciones se pueden cambiar. Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.
- El paciente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas

Para entender este principio puede servir comprender la diferencia entre las artes marciales que buscan activamente no atacar al rival y las disciplinas como el boxeo en las cuales el ataque es directo. La EM se parece más al Akido, disciplina oriental que utiliza el momento y la fuerza del rival para sacar una ventaja. Evita activamente el combate, pues no se trata de ganar o perder.

La resistencia y la ambivalencia no son cosas opuestas; el terapeuta las reconoce como naturales y comprensibles. El terapeuta no impone nuevos puntos de vista u objetivos. Más bien, el paciente es invitado a considerar la nueva información y se le ofrecen nuevas perspectivas para hacerlo. “*Tome lo que quiera y deje el resto*”, sería una típica intervención que define este enfoque. Una intervención permisiva, no coercitiva con la cual es difícil entrar en conflicto.

De igual importancia, es reconocer que el paciente es una persona capacitada, con conocimientos e ideas importantes para solucionar sus propios problemas. Darle un giro a la resistencia, por lo tanto, incluye el hecho de implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas.

5. FOMENTAR LA AUTOEFICACIA

Ideas centrales:

- La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante.
- El paciente es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal.
- Existe un cierto grado de esperanza en la amplia variedad de tratamientos de los que se dispone.

P. 9

El concepto de autoeficacia hace referencia a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica. La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio (Bandura, 1977; 1982) y un buen predictor de los resultados de los tratamientos de las conductas adictivas (Di Clemente, 1981).

Es por ello, que uno de los objetivos generales de la entrevista motivacional es el de aumentar las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio (Miller, 1983). Se pone el énfasis en la responsabilidad personal. La persona no sólo puede, sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por ella.

Por último, cabe reconocer que existen numerosos tratamientos que han demostrado efectividad y eficacia en el tratamiento de problemas vinculados al consumo de sustancias. Por lo tanto, cualquier fracaso terapéutico se considera como un indicador de que esa persona no ha encontrado aún el tratamiento adecuado para ese momento particular. Dada la variedad de opciones terapéuticas diferentes y prometedoras, la probabilidad de que cualquier persona pueda encontrar algo que realmente le sea de ayuda es bastante alta.

ESPÍRITU Y ESTILO DE LA EM

Tal como se mencionó anteriormente, no es apropiado pensar a la entrevista motivacional como una técnica o conjunto de técnicas que se aplican o utilizan con la gente. Se trata más bien de un estilo interpersonal, que no se limita únicamente a ayudas formales. Es un equilibrio sutil de elementos directivos y centrados en el cliente, que se confía mediante una filosofía y un entendimiento de que es lo que provoca el cambio (Rollnick y Miller, 1996).

Tanto el espíritu como el estilo de la EM, son esenciales para su adecuada utilización, más allá de las técnicas que cualquier profesional ponga en práctica. En esa dirección, se presentan a continuación los puntos clave que caracterizan al espíritu de la EM y los comportamientos terapéuticos que ejemplifican el estilo de la EM (Rollnick y Miller, 1996).

Aspectos centrales del espíritu de la EM

1. La motivación hacia el cambio parte del cliente y no se impone sin él.
2. Es tarea del cliente, y no del asesor, articular su propia ambivalencia
3. La persuasión directa no es un método efectivo de resolver la ambivalencia.
4. El estilo del asesor suele ser tranquilo y evocador.
5. El asesor es la directriz que ayuda al cliente a examinar y resolver la ambivalencia.
6. La disponibilidad al cambio no es un rasgo del cliente sino una fluctuación, producto de una interacción interpersonal.
7. La relación con el terapeuta se parece más a la de una asociación o un compañerismo que a la de un experto/receptor.

Características del Estilo terapéutico en la EM

- Intentar comprender el marco de referencia de la persona, especialmente mediante una escucha reflexiva.
- Expresar aceptación y afirmación
- Obtener y reforzar selectivamente las propias “declaraciones de automotivación” del cliente: expresiones de reconocimiento del problema, preocupación, deseo e intención de cambio, y capacidad de cambio.
- Determinar el grado de disponibilidad al cambio del cliente, y asegurarse que la resistencia no viene generada por adelantarse al cliente.
- Reafirmar la libertad de elección del cliente y de autodirección.

FASES Y ESTRATEGIAS

El proceso terapéutico de la Entrevista Motivacional puede dividirse en dos fases. Mientras que en la primera se trabaja para construir motivación para el cambio, en la segunda se intenta fortalecer el compromiso con dicho cambio (Miller y Rollnick, 1991).

La fase inicial está diseñada para pacientes en que muestran ambivalencia, reticencia o resistencia al cambio, propios de la fase de contemplación o pre contemplación. Es por ello que las intervenciones se dirigen a crear motivación de cambio. En la segunda fase, el paciente se encuentra preparado para el cambio, pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo. Aquí, la meta central es ayudar al paciente a confirmar y justificar su decisión de cambiar parcial o totalmente el comportamiento problemático (Miller y Rollnick, 1991).

Estrategias de Fase Inicial

1. Preguntas Abiertas
2. Escucha reflexiva
3. Afirmar
4. Resumir
5. Provocar afirmaciones automotivadoras

P. 11

1. Preguntas Abiertas

A los fines de crear un contexto seguro, de confianza y validación que favorezca el cambio, resulta fundamental que sea el paciente quien tenga mayormente la palabra, para lo cual el terapeuta debe escuchar cuidadosamente, alentando la expresividad verbal y no verbal de la otra persona.

La formulación de preguntas abiertas -o aquellas que no pueden ser respondidas simplemente con “Sí” o “No”- le da al paciente la oportunidad de enfocarse en los temas que éste considera importantes, pudiendo elaborar sus propios puntos de vista sin verse condicionado por los del terapeuta (Fantón y Montenegro, 2013).

2. Escucha reflexiva

Es considerada la habilidad más comprometida de la Entrevista Motivacional ya que ésta no implica sencillamente mantenerse callado y escuchar lo que el paciente expresa, sino que se refiere a la forma en la que el terapeuta responde a lo que dice el paciente.

Lo esencial en este tipo de escucha es que el oyente procure activamente, comprender y deducir lo que la otra persona está realmente queriendo decir.

Es una manera de comprobar o verificar lo que el otro quiere decir y no de asumir que uno sabe lo que el otro está comunicando. Es una escucha activa que implica, por lo tanto, realizar deducciones o reflexiones acerca de lo que se está escuchando.

Se han propuesto doce tipos de respuestas que indican la ausencia de una escucha reflexiva, dicho en otras palabras, respuestas que representarían obstáculos a tal escucha.

Respuestas que indican la ausencia de escucha reflexiva

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

P. 12

3. Afirmar

Además de la escucha reflexiva, manifestar apoyo mediante afirmaciones concretas puede resultar útil a la hora de construir motivación. A través de comentarios positivos, palabras de comprensión o cualquier otro tipo de expresiones verbales o no verbales, esta estrategia se orienta a brindar afecto y comprensión al paciente.

4. Resumir

Consiste en compartir en forma de síntesis la información recibida del paciente. Esto tiene múltiples utilidades en la EM: contribuye a reforzar la alianza al demostrar que el terapeuta ha estado escuchando con atención, permite que el paciente escuche una vez más sus propias afirmaciones automotivadoras, lo preparan para seguir progresando y pueden ser empleados para poner

de manifiesto su ambivalencia. También permite al paciente analizar de forma simultánea los aspectos positivos y negativos de su comportamiento, habilitándolo a que reconozca la presencia de ambos (Miller y Rollnick, 1991).

5. Provocar afirmaciones automotivadoras

Con el objetivo de ayudar a los pacientes a resolver su ambivalencia, la EM pretende que sea el propio paciente quien encuentre y exprese las razones para cambiar. En este contexto, la tarea del terapeuta consiste en facilitar la expresión de tales afirmaciones automotivadoras (Miller, 1983).

Las afirmaciones automotivadoras se pueden clasificar en cuatro categorías generales, que se presentan brevemente a continuación con algunas frases ilustrativas.

1. Reconocimiento del problema.

- a. “no me había dado cuenta de que un problema de esta magnitud”
- b. “lo que me pasa es más serio de lo que creía”
- c. “ahora advierto todas las consecuencias que traen mis consumos”
- d. “recién empiezo a tomar conciencia de lo que me pasa”

2. Expresión de preocupación

- a. “estoy realmente preocupado”
- b. “¡cómo puede ser que me esté pasando esto!”
- c. “¡y ahora qué hago!”

3. Expresión de intención de cambio

- a. “tengo que hacer algo con esto”
- b. “no puedo seguir así, es hora de cambiar”
- c. “no se bien cómo, pero voy a intentar cambiar”
- d. “¿qué puedo hacer entonces ahora?”

4. Afirmaciones de optimismo

- a. “voy a cambiar”

b. “sé que podré con este problema”

Los cuatro tipos de afirmaciones reflejan dimensiones cognitivas (reconocimiento del problema, optimismo), afectivos o emocionales (preocupación) y conductuales (intención de cambiar).

Mientras que algunas personas expresan espontáneamente esta clase de afirmaciones y sólo necesitan alguna ayuda para confirmar su compromiso con el cambio, otros pacientes más ambivalentes pueden requerir que el terapeuta intente provocar en ellos la expresión de afirmaciones automotivadoras para lo cual se dispone de las siguientes técnicas: a) las preguntas evocadoras, b) el balance decisional, c) la elaboración, d) utilizar los extremos, e) mirar hacia delante y mirar hacia atrás, f) analizar los objetivos, y g) el uso de la paradoja. Se presentan las mismas en la siguiente tabla.

Técnicas	Rol del Terapeuta	Intervenciones posibles
Preguntas Evocadoras	Preguntas directas por este tipo de afirmaciones a través de preguntas abiertas. Se pueden realizar preguntas de este tipo considerando cada una de las cuatro categorías descritas previamente	<ol style="list-style-type: none"> 1. “¿Qué cosas te hacen pensar que esto sea un problema?” 2. “¿Qué cree que le ocurrirá si no realiza un cambio?” 3. “¿Cuáles son las razones que ve para cambiar?” 4. “¿Qué es lo que cree que le funcionaría, si decide cambiar?”
Balance Decisional	Buscar que los pacientes comenten tanto los aspectos positivos como negativos de su comportamiento actual.	<i>Se sugiere comenzar el balance preguntando por los aspectos positivos del uso de sustancias. Ya que hace sentir más cómodos a los pacientes y permite, contemplar ambos lados de la ambivalencia.</i>
Elaboración	Pedirle al paciente que comente ejemplos específicos y que aclare por qué cada uno de estos ejemplos le representan un problema.	<i>el paciente elabora sobre aquellos temas que él mismo mencionó durante el curso de la entrevista.</i>
Utilizar los extremos	Pedirle al paciente que describa los puntos extremos de sus preocupaciones o, en otras palabras, que imagine las consecuencias más negativas, con el objeto de que éste exprese afirmaciones automotivadoras	<p>“¿Qué es lo que más le preocupa?”</p> <p>“¿Cuáles cree que son las peores cosas que le podrían pasar si continúa comportándose de la manera en que lo ha venido haciendo hasta ahora?”</p> <p>“¿Qué sería lo peor que podrías perder si no cambias”</p>
Mirando hacia atrás	Pedir a los pacientes que recuerden el tiempo anterior a que el problema surgiera y que comparen ese periodo con la situación actual, puede ser una forma útil de generar afirmaciones automotivadoras	<p>“¿Recuerda el tiempo en que las cosas te iban bien? ¿Qué es lo que ha cambiado?”</p> <p>“¿De qué forma el consumo de drogas ha hecho que usted se atasque y no siguiera adelante con su desarrollo personal?”</p>

Mirando hacia adelante	Ayudar a los pacientes a imaginar cambios personales a partir de una modificación en su comportamiento a futuro puede facilitar la expresión de tales afirmaciones	<i>“¿De qué manera le gustaría que las cosas cambiaran?” “¿Cuáles son los mejores resultados que usted podría imaginar si llevase a cabo un cambio?”</i>
Analizando objetivos	Explorar aquellas cosas que el paciente considera más importantes en su vida, así como los objetivos o valores personales. Buscando conciencia respecto de cómo la conducta problemática resulta incoherente con tales valores u objetivos.	<i>El punto central en este aspecto es analizar y desarrollar temas de discrepancia entre las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual y unos objetivos más amplios</i>
Paradoja	Asumir el rol de “no problema” del conflicto del paciente, con el fin de provocar la parte opuesta del mismo. El terapeuta intenta estimular la ocurrencia de afirmaciones automotivadoras a través de la enunciación de comentarios directamente opuestos a éstas	<i>“No me has convencido todavía de que reconozcas que tengas una verdadera preocupación” “¿Estás seguro que el consumo te trae consecuencias negativas?” “No estoy seguro de que usted crea que podría cambiar incluso si quisiera”</i>

Estrategias de Segunda Fase

P. 15

En esta fase, las técnicas se orientan a consolidar los logros obtenidos, a orientar al paciente y a desarrollar un plan de acción que permita encauzar su motivación para el cambio.

Las estrategias propias de esta etapa son: la recapitulación, la formulación de preguntas clave, brindar información y consejo, negociar un plan, provocar el compromiso y facilitar la transición a la fase de acción (Miller y Rollnick, 1991).

1. Recapitulación

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

Se sugiere comenzar la recapitulación con un comentario que introduzca la idea de que se intentará integrar todo lo que el paciente ha comentado, a fin de considerar qué se hará a continuación

Resumir la situación actual del paciente, integrando:

- Una síntesis de las percepciones personales del paciente sobre el proble-

ma tal y como se expresa en sus afirmaciones automotivadoras;

- Una síntesis de la ambivalencia del paciente, incluyendo lo que sigue considerando como positivo o atractivo del consumo de sustancias;
- Una revisión de los datos objetivos que pudiera tener el terapeuta respecto a la presencia de riesgos y problemas;
- Una repetición de todos los indicadores que el paciente ha referido sobre el deseo, la intención o la consideración de cambiar, y
- La evaluación del terapeuta respecto a la situación del paciente, particularmente en temas en los que coincide con las preocupaciones de éste

2. Formulación de preguntas clave

Preguntas abiertas orientadas a que el paciente piense y hable sobre el cambio, con especial énfasis en aclarar *“el paso siguiente”* en el proceso de cambio. Algunos ejemplos serían:

- *“¿Qué es lo que cree que hará?”*
- *“¿Qué podría hacer?”, “¿Qué opciones tiene?”*
- *“Debe ser incómodo para usted ver todo esto; ¿Cuál es el siguiente paso?”*

P. 16

Se sugiere formular esta clase de preguntas cuando el paciente se encuentra en el punto álgido de la concienciación o reconocimiento del problema.

3. Información y consejo

Puede resultar útil ofrecer orientación y consejo a un paciente que lo solicita. Es importante que, para esta tarea, el terapeuta considere tomar algunos recaudos.

En primer lugar, se recomienda moderar cualquier sugerencia y formular los consejos de una manera deliberadamente no-personal, permitiendo que el paciente juzgue cómo se ajusta a su situación. En segundo lugar, se advierte acerca de la posibilidad de incurrir en un estilo excesivamente directivo, por lo que se recomienda estimular a que el paciente formule más preguntas o que pida activamente consejos. Por último, se sugiere ofrecer un conjunto de opciones en tanto que se considera que es más probable que las personas se comprometan con un determinado curso de acción cuando éstas son capaces de escogerlo entre una serie de alternativa.

Algunas expresiones ilustrativas serían:

- *“No sé si esto le servirá o no, pero le puedo dar una idea de lo que ha sido útil para otras personas en su situación”*

- *“Esto puede o no tener sentido para usted, pero es una posibilidad. Usted tendrá que juzgar si se ajusta a su situación o no”*
- *“Déjeme describirle una serie de posibilidades y usted me dirá cuál de ellas tiene más sentido para usted”*
- *“Le daré los diferentes enfoques que otras personas han utilizado con éxito y usted decidirá cuál de ellos le irá mejor”*

4. Negociar un plan

El desarrollo de este plan es un proceso de negociación que implica establecer los objetivos, considerar las opciones, y establecer un plan.

Establecer objetivos claros hacia los cuales dirigirse, implica preguntar, por ejemplo: *“¿Cómo le gustaría que cambiaran las cosas?; ¿Qué es lo que quiere cambiar?; Si usted pudiera conseguir con éxito lo que ahora quiere, ¿qué es lo que cambiaría?; ¿Cuál cree que es el primer paso?”*.

Se sugiere evaluar los objetivos del paciente en conjunto, por ejemplo, preguntando: *“¿Qué es lo que podría ir mal si sigue este plan?; ¿Cómo cree que esto le irá a usted?”*.

También se recomienda analizar las preocupaciones que aún no fueron expresadas y proponer alternativas que puedan incrementar las posibilidades de éxito. Una vez definido los objetivos, el siguiente paso consiste en considerar los métodos posibles para alcanzarlos, logrando en conjunto con el paciente, proponer una variedad de opciones para el cambio.

Se debe informar al paciente acerca de los objetivos de las estrategias terapéuticas disponibles, cómo funcionan y lo que se puede esperar de ellas. Asimismo, se debe preguntar al paciente si tiene preguntas sobre cada opción, de modo tal que la negociación y la elección de una estrategia particular se produzca una vez que se haya revisado el menú completo.

5. Provocar el compromiso

Todo plan de acción debe ser aprobado y aceptado por el paciente. El acuerdo verbal entre terapeuta y paciente puede ser obtenido a través de la interrogación a este último acerca de su deseo o intención de llevar adelante dicho plan. Además, se deben decidir los pasos inmediatos que se llevarán a cabo y se deben analizar las posibles reticencias en relación a las acciones acordadas.

Una estrategia para potenciar el compromiso con un plan es motivar al paciente a que lo haga público, por medio de la comunicación del mismo a otras personas significativas, o a otros miembros del equipo de tratamiento.

6. Transición a la etapa de acción

La planificación de los pasos inmediatos sirve a los fines de su pronta implementación, de modo

tal de fomentar la transición a la acción y la consolidación del plan. El terapeuta debería promover y facilitar la realización de aquellas acciones iniciales que pueden ser realizadas en el contexto donde se lleva a cabo la consulta.

De todos modos, se desalienta presionar a aquellos pacientes que no se encuentran preparados para realizar un compromiso. En tales casos, se sugiere continuar con el proceso terapéutico y mantener activamente el contacto con el paciente a fin de que éste no abandone el proceso de cambio.

MATERIAL DE TRABAJO

A continuación presentamos una serie de fichas de trabajo para aumentar la motivación.

FICHA 1

Aumentar la motivación y el compromiso de cambio

Objetivos:

- Repasar y clarificar los objetivos de tratamiento.
- Reconocer y abordar la ambivalencia.
- Entrenar en el reconocimiento y afrontamiento de pensamientos adictivos

Intervenciones clave:

- Clarificación de objetivos: Hoja de objetivos
- Abordaje de la ambivalencia: Balance decisonal
- Identificación y afrontamiento de pensamientos adictivos: Planilla de autregistro

Recurso:

Hoja de objetivos

1) Los cambios que quiero realizar durante las siguientes 12 semanas son:

2) Las razones más importantes para hacer estos cambios son:

3) Los pasos a seguir para realizar estos cambios son:

4) Las formas en que otros pueden ayudarme son:

5) Algunas cosas que pueden interferir con este plan son:

FICHA 2

Abordar la Ambivalencia

Balance decisional

Objetivos:

- Esclarecer qué se pierde y que se gana si se continúa usando drogas. Las evaluaciones son personales, sociales, laborales o de proyecto vital. Se recurre a dibujos, escritos.
- Explorar o profundizar en las consecuencias que el paciente enumera como positivas del consumo, generalmente al hacer esto se llega a la conclusión de que no son tan así
- Enfatizar que el consumo no puede ser separado de sus consecuencias.

RECURSO

Balance Decisional

Pros de Consumir

Pros de NO consumir

P. 22

Contra de Consumir

Contra de NO consumir

REFERENCIAS

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2): 122- 147

Becoña Iglesias E. y colaboradores (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Socidrogalcohol

Fanton M. y Montenegro D. (2013). *Guía Introductoria a la Entrevista Motivacional: Fundamentos, principios y estrategias*. Buenos Aires: Sedronar

Miller, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11: 147-172.

Miller, W., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press

Miller W. y colaboradores (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Buenos Aires: Paidós

Rollnick S. y Miller W. (1996). Qué es la Entrevista Motivacional? *Revista de Toxicomanías*, N°6

DiClemente, C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5: 175-187.



PLAN PROVINCIAL DE
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de **SALUD**

RAAC

Red Asistencial
de las Adicciones
de Córdoba



**GOBIERNO DE
CÓRDOBA
ENTRE TODOS**