

Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias

SERIE DE PROTOCOLO PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO (TIP- POR SUS SIGLAS EN INGLÉS (TREATMENT IMPROVEMENT PROTOCOL)

35

William R. Miller, Ph.D.
Director del Panel de Consenso

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EEUU
Servicio de Salud Pública
Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental
Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias

Rockwall II, 5600 Fishers Lane
Rockville, MD 2085

Esta publicación es parte del programa de asistencia técnica de la “Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant”. Todo el material que aparece en este volumen, excepto el que se ha sacado de fuentes con derechos de autor, es de dominio público y puede ser reproducido o copiado sin necesidad de obtener permisos por parte del Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT- por sus siglas en inglés *Center for Substance Abuse Treatment*) de la Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental (SAMHSA- por sus siglas en inglés *Substance Abuse and Mental Health Services* o de los autores. Citar la fuente será apreciado.

Esta publicación se escribió bajo el contrato número 270-95-0013 con “The CDM Group, Inc.” (CDM). Sandra Clunies, M.S., I.A.D.C., fungió como la oficial del proyecto gubernamental del “CSAT”. Rose M. Urban, L.C.S.W., J.D., C.C.A.S., fungió como la directora de “CDM TIP”. Otra parte del personal de “CDM TIP incluye a Raquel Ingraham, M.S., gerente del proyecto; Jonathan Max Gilbert, M.A., editor jefe; Y-Lang Nguyen, editaje de

producción; Janet G. Humphrey, M.A., editora/escritora; Paddy Cook, editor independiente; Joanna Taylor, editora; Cara M.Smith, asistente de editorial; Paul A. Seaman, asistente editorial de la anterior; y Kurt Olsson, editor/escritor del anterior.

Las opiniones que se expresan en este texto son los puntos de vista de los miembros del Panel de Consenso y no reflejan la posición oficial de “CSAT”, “SAMSHSA”, o del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EEUU (DHHS- por sus siglas en inglés *Department of Health and Human Services*), pues estas opiniones, o los instrumentos en particular, o la programación que se pueda describir en este documento, es o una proposición o se debe inferir. Las guías que se brindan en este documento no se deben considerar como sustitutos para el cuidado independiente del cliente ni para decisiones en el tratamiento. Publicación de “DHHS” No. (SMA) 99-3354 Impreso en 1999

Contenido

<u>¿QUÉ ES UN TIP?</u>	V
<u>JUNTA CONSULTIVA EDITORIAL</u>	VII
<u>PANEL DE CONSENSO</u>	IX
<u>INTRODUCCIÓN</u>	XI
<u>RESUMEN EJECUTIVO Y RECOMENDACIONES</u>	XIII
<u>CAPÍTULO 1 - CONCEPTUALIZANDO LA MOTIVACIÓN Y EL CAMBIO</u>	1
Un Nuevo Enfoque de la Motivación	
Cambiando las Perspectivas sobre la Adicción y el Tratamiento	
Cambios en el Campo de La Adicción	
Un Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio	
¿A Quién Aplica este “TIP”?	
Resumen	
<u>CAPÍTULO 2 - MOTIVACIÓN E INTERVENCIÓN</u>	19
Elementos de Intervenciones Motivacionales Efectivas	
Intervención Motivacional y las Etapas de Cambio	
Usos especiales de las Intervenciones Motivacionales	
Intervenciones Breves	
<u>CAPÍTULO 3 - ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO UN ESTILO DE CONSEJERÍA</u>	33
Ambivalencia	
Cinco Principios de la Entrevista Motivacional	
Cinco Estrategias de Apertura para las Primeras Sesiones	
Efectividad de la Entrevista Motivacional	
Entrevista Motivacional y Cuidado Coordinado	
<u>CAPÍTULO 4 - DESDE LA PRECONTEMPLACIÓN HASTA LA CONTEMPLACIÓN: CONSTRUYENDO EL ESTADO DE PREPARACIÓN</u>	49
Sacando a Relucir el Tema	
Estrategias Moderadas para Usarse con el Precontemplador	
Evaluación y Proceso de Retroalimentación	
Intervenir por Medio de Personas Significativas	
Mejoramiento Motivacional y Clientes Reprimidos: Consideraciones Especiales	
<u>CAPÍTULO 5 - DESDE LA CONTEMPLACIÓN HASTA LA PREPARACIÓN: AUMENTO DEL COMPROMISO</u>	73
Cambiando la Motivación Extrínseca a la Intrínseca	
Inclinando el Balance Decisional	
Enfatizando la Elección Personal y la Responsabilidad	
La Importancia de la Autoeficacia	

<u>CAPÍTULO 6 - DE LA PREPARACIÓN A LA ACCIÓN: COMENZANDO</u>	87
Reconociendo la Preparación para Entrar en Acción	
Negociando un Plan de Acción	
Iniciando el Plan	
<u>CAPÍTULO 7 - DE LA ACCIÓN AL MANTENIMIENTO: ESTABILIZANDO EL CAMBIO</u>	99
Comprometiendo y Conservando a las Clientes en el Tratamiento	
Planeando la Estabilización	
Desarrollando y Usando Los Refuerzos	
<u>CAPÍTULO 8 - MIDIENDO LOS COMPONENTES DE LA MOTIVACIÓN DEL CLIENTE</u>	121
Autoeficacia	
Preparación para el Cambio	
Balance Decisional	
Motivación para Usar Sustancias	
Metas y Valores	
<u>CAPÍTULO 9 - INTEGRANDO LOS ACERCAMIENTOS MOTIVACIONALES A LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO</u>	131
El Continuo de Tratamiento y el Cuidado Graduado	
Usos de los Acercamientos Motivacionales en Ambientes Específicos de Tratamiento	
<u>CAPÍTULO 10 - DIRECCIONES PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA</u>	141
Conclusión	
<u>APÉNDICE A – BIOGRAFÍA</u>	145
<u>APÉNDICE B – INSTRUMENTOS DE CERNIMIENTO Y AVALÚO</u>	171
<u>APÉNDICE C – INFORMACIÓN PARA ORDENAR INSTRUMENTOS DE AVALÚO</u>	213
<u>APÉNDICE D – PANEL DE RECURSOS</u>	217
<u>APÉNDICE E – PANEL DE RECURSOS</u>	219

¿Qué es un “TIP”?

Los Protocolos para Mejoramiento de Tratamiento (TIPs- por sus siglas en inglés *Treatment Improvement Protocols*) son las mejores guías prácticas para el tratamiento contra el abuso de sustancias, se proveen como un servicio del Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT- por sus siglas en inglés *Center for Substance Abuse Treatment*) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias. La Oficina de Evaluación, Análisis Científico y Síntesis de la “CSAT” hace uso de la experiencia y conocimiento de los expertos clínicos, de investigación y administrativos para producir los “TIPs”, los cuales se distribuyen a un número en aumento de facilidades e individuos a lo largo de todo el país. El público para los “TIPs” se está expandiendo más allá de las facilidades de tratamiento para abuso de sustancias tanto públicas como privadas, ya que cada vez más se reconoce que los trastornos por alcoholismo y abuso de otras sustancias, son problemas serios.

La Junta de Consejería Editorial, un distinguido grupo de expertos y profesionales en el abuso de sustancias en campos relacionados como el cuidado primario, salud mental y servicios sociales, trabaja con los Directores Estatales de Abuso de Alcohol u Otras Drogas para producir temas para los “TIPs” basándose en las necesidades actuales del campo, en cuanto a información y guías se refiere.

Una vez se selecciona un tema, el “CSAT” invita personal de distintas agencias federales y organizaciones nacionales pertinentes como un Panel de Recursos que recomienda áreas específicas de enfoque, así como recursos que se deban considerar al desarrollar el contenido del

“TIP”. Luego se comunican las recomendaciones a un Panel de Consenso compuesto por expertos en el tema no-federales, quienes han sido recomendados por sus pares. Este Panel participa en una serie de discusiones; la información y las recomendaciones sobre las que el Panel llega a un consenso forman las bases del “TIP”. Los miembros de cada Panel de Consenso representan programas para tratamiento contra abuso de sustancias, hospitales, centros de salud comunitarios, programas de consejería, justicia criminal y agencias de beneficencia para niños, así como profesionales con práctica privada. Un Presidente de Panel (o Co-Presidentes) se asegura de que las guías reflejen los resultados de la colaboración del grupo.

Un grupo grande y variado de expertos repasa cuidadosamente el documento borrador. Una vez que se incorporan los cambios recomendados por los Examinadores de Campo, el “TIP” se prepara para publicarlo, tanto impreso como en línea. Los “TIPs” se pueden conseguir por medio de la Internet en la página de la Biblioteca Nacional de Medicina en URL: <http://text.nlm.nih.gov>. El paso hacia los medios electrónicos significa también que los “TIPs” se pueden actualizar con más facilidad para que de eso modo continúen proporcionando al campo información con los últimos adelantos.

A pesar de que cada uno de los “TIPs” se esfuerza por incluir una base de evidencia para las prácticas que recomienda, el “CSAT” reconoce que el campo del tratamiento contra abuso de sustancias está evolucionando y que la investigación se queda rezagada a las innovaciones que se realizan en el campo. Una de las metas principales en cada uno de los

¿Qué es un “TIP”?

“TIPs” es transmitir información de “primera línea” rápidamente, pero de forma responsable. Por esta razón, las recomendaciones que se proponen en el “TIP” no se atribuyen ni a la experiencia clínica de los Panelistas ni a la literatura. De existir una investigación para apoyar un acercamiento en particular, se proporcionan las citas.

Este “TIP”, *Mejorandola Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias*, abarca fundamentalmente una forma diferente para conceptualizar la motivación. En este acercamiento, la motivación se ve como un estado dinámico y cambiante en lugar de como un rasgo estático. Este “TIP” muestra de qué forma los clínicos pueden influenciar este proceso de cambio al desarrollar una relación terapéutica, una que respeta y que se construye sobre la autonomía del cliente y, que al mismo tiempo, hace del consejero de

tratamiento un participante en el proceso de cambio. El “TIP” también describe diferentes intervenciones motivacionales que se pueden usar en todas las etapas del cambio, desde la precontemplación y la preparación hasta la acción y mantenimiento. La meta de este “TIP” es hacer a los lectores conscientes de la investigación, los resultados y la promesa de intervenciones motivacionales con la esperanza de que puedan ser usados con mayor amplitud en la práctica clínica y los programas de tratamiento en toda la nación estadounidense.

Se pueden ordenar otros “TIPs” al contactar a:

SAMHSA’s National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI), (800)729-6686 ó al (301)468-2600; TDD (para personas con impedimentos auditivos), (800) 487-4889

Junta Consultiva Editorial

KAREN ALLEN, PH.D., RN., C.A.R.N.
*Profesora y Directora del Departamento de
Enfermería
Andrews University
Berrien Springs, Michigan*

RICHARD L. BROWN, M.D., M.P.H.
*Profesor Asociado
Departamento de Medicina Familiar
Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin
Madison, Wisconsin*

DORYNNE CZECHOWICZ, M.D.
*Directora Médica Asociada / Asuntos Profesionales
Sucursal de Investigación de Tratamiento
División de Investigación Clínica y de Servicios
Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas
Rockville, Maryland*

LINDA S. FOLEY, M.A.
*Ex-Directora del Proyecto para Adiestramiento en
Consejería de Adicción
Asociación Nacional de Directores Estatales de
Abuso de Drogas y Alcohol
Washington, D.C.*

WAYDE A. GLOVER, M.I.S., N.C.A.C. II
*Director
Adiestradores y Consultores de Adicciones de la
Comunidad
Richmond, Virginia*

PEDRO J. GREER, M.D.
*Decano Asociado para Educación del Indigente
Escuela de Medicina de la Universidad de Miami
Miami, Florida*

THOMAS W. HESTER, M.D.
*Ex-Director de los Servicios de Abuso de Sustancias
División de Salud Mental, Retardación Mental y
Abuso de Sustancias
Departamento de Recursos Humanos de Georgia
Atlanta, Georgia*

JAMES G. (GIL) HILL, PH.D.
*Director
Oficina de Abuso de Sustancias
Asociación Americana de Psicología
Washington, D.C.*

DOUGLAS B. KAMEROV, M.D., M.P.H.
*Director
Oficina del Foro para la Calidad y Efectividad en el
Cuidado de Salud
Agencia para Políticas en el Cuidado de Salud e
Investigación
Rockville, Maryland*

STEPHEN W. LONG
*Director
Oficina de Análisis de Políticas
Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y
Alcoholismo
Rockville, Maryland*

RICHARD A. RAWSON, PH.D.
*Director Ejecutivo
Centro Matriz e Instituto Matriz en Adicción
Director Diputado, Servicios de Medicina para
Adicción en UCLA
Los Angeles, California*

ELLEN A. RENZ, PH.D.
*Ex Vicepresidenta de los Sistemas Clínicos de la
Corporación "MEDCO Behavioral Center"
Kamuela, Hawaii*

RICHARD K. RIES, M.D.
*Director y Profesor Asociado de los Programas de
Servicios de Salud y de Trastornos Duales
Ambulatorios
Centro Médico de Harborview
Seattle, Washington*

Junta Consultiva Editorial

SIDNEY H. SCHNOLL, M.D., PH.D.
Presidente
División de Medicina de Abuso de Sustancias

Facultad de Medicina de Virginia
Richmond, Virginia

Panel de Consenso

Director

WILLIAM R. MILLER, PH.D.
*Profesor Miembro de la Junta de Gobierno de
Psicología y Psiquiatría
Director de Investigación
Centro de Alcoholismo, Abuso de Sustancias y
Adicciones
Departamento de Psicología
Universidad de Nuevo México
Albuquerque, Nuevo México*

Líderes de los Grupos de Trabajo

EDWARD BERNSTEIN, M.D.,F.A.C.E.P.
*Profesor Asociado y Vice Director de Asuntos
Académicos
Escuela de Medicina de la Universidad de Boston
Boston, Massachusetts*

SUZANNE M. COLBY, PH.D.
*Profesora Auxiliar de Psiquiatría y Comportamiento
Humano
Centro para Estudios sobre Alcohol y Adicción
Universidad Brown
Providence, Rhode Island*

CARLO C. DICLEMENTE, PH.D.
*Departamento de Psicología
Universidad de Maryland, Baltimore County
Baltimore, Maryland*

ROBERT J. MEYERS, M.A.
*Centro de Alcoholismo, Abuso de Sustancias y
Adicciones
Universidad de Nuevo México
Albuquerque, Nuevo México*

MAXINE L. STITZER, PH.D.
*Profesora de Psiquiatría y Biología de
Comportamiento
Escuela de Medicina de la Universidad John Hopkins
Baltimore, Maryland*

ALLEN ZWEBEN, D.S.W.
*Directora y Profesora Asociada de Trabajo Social
Centro para Investigación en Adicción y Salud de
Comportamiento
Universidad de Wisconsin en Milwaukee
Milwaukee, Wisconsin*

Panelistas

RAY DAW
*Director Ejecutivo
“Northwest New Mexico Fighting Back, Inc.”
Gallup, New Mexico*

JEFFREY M. GEORGI, M.DIV.,C.S.A.C.,C.G.P.
*Coordinador del Programa
Asociado Clínico del programa de Adicción y
Alcoholismo de Duke
Departamento de Psiquiatría y Ciencias de
Comportamiento
Centro Médico de la Universidad de Duke
Durham, Carolina del Norte*

CHERYL GRILLS, PH.D.
*Departamento de Psicología
Universidad Loyola Marymount
Los Angeles, California*

Panel de Consenso

ROSALYN HARRIS-OFFUTT, B.S., C.R.N.A., L.P.C,
A.D.S.

*“UNA Psychological Associates”
Greensboro, Carolina del Norte*

DON M. HASHIMOTO, PS Y.D

*Director Clínico
“Ohana Counseling Services, Inc.”
Hilo, Hawaii*

DWIGHT MCCALL, PH.D.

*Gerente de Evaluación
Servicios de Abuso de Sustancias
Departamento de Servicios de Salud Mental,
Retardación Mental y Abuso de Sustancias
Richmond, Virginia*

JEANNE OBERT , M.F.C.C., M.S.M.

*Directora de Servicios Clínicos
“Matrix Center”
Los Angeles, California*

CAROLE JANIS OTERO, M.A., L.P.C.C.

*Directora
“Albuquerque Metropolitan Central Intake”
Albuquerque, Nuevo México*

ROGER A. ROFFMAN, D.S.W.

*Grupo de Investigación de programas Innovativos
Escuela de Trabajo Social
Seattle, Washington*

LINDA C. SOBELL, PH.D.

*Profesora
Universidad “NOVA Southeastern”
Fort Lauderdale, Florida*

Introducción

Las series de Protocolo para Mejoramiento de Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés *Treatment Improvement Protocol*) cumple con la misión de “SAMHSA/CSAT” de mejorar el tratamiento de abuso de sustancias al proveer las mejores guías prácticas para los clínicos, administradores de programas y pagadores. Los “TIPs” son el resultado de considerar cuidadosamente todos los hallazgos de investigación de servicios de salud y clínicos, experiencia comprobada y requisitos de implementación. Un panel de investigadores clínicos no-federales, clínicos, administradores de programas, y defensores de los clientes debate y discute sus áreas particulares de especialidad hasta que logra un consenso en lo que se refiere a las mejores prácticas. Este trabajo del panel entonces lo revisan y critican los investigadores de campo.

El talento, la dedicación y el arduo trabajo que los panelistas e investigadores aportan a los “TIPs” en este proceso basado en una gran cooperación, ha eliminado la brecha entre la promesa de investigación y las necesidades de los clínicos y administradores. Agradecemos a todos los que se unieron a nosotros para contribuir en los avances del campo del tratamiento contra abuso de sustancias.

NELBA CHÁVEZ, PH.D

Administradora

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias

H. WESTLEY CLARK, M.D., J.D., M.P.H.,
CAS, FASAM

Director

*Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias
Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias*

Resumen Ejecutivo y Recomendaciones

Este “TIP” está basado en una reconsideración fundamental del concepto de la motivación. La motivación no se considera estática sino dinámica. Aquí se redefine como con un propósito, intencional y positiva; dirigida para lograr los mejores intereses de uno mismo. Especialmente, la motivación se considera como relacionada con la probabilidad de que una persona entre, continúe y siga una estrategia de cambio específica. Este “TIP” demuestra de qué forma el personal de tratamiento de abuso de sustancias puede influenciar el cambio al desarrollar una relación terapéutica que respeta y construye con base en la autonomía del cliente y, que al mismo tiempo, hace del clínico de tratamiento un compañero en el proceso de cambio. El “TIP” también describe diferentes intervenciones motivacionales que se pueden usar en todas las etapas del cambio, desde la precontemplación y la preparación hasta la acción y mantenimiento e informa a los lectores de la investigación, los resultados, herramientas e instrumentos de avalúo relacionados con el aumento de motivación.

El propósito principal de este “TIP” es vincular la investigación con la práctica para proporcionar usos claros de acercamientos motivacionales en la práctica clínica y los programas de tratamiento. Este “TIP” también busca cambiar el concepto de la motivación del cliente hacia una visión que da poder al proveedor de tratamiento para hacer surgir la motivación. Estos acercamientos podrían ser beneficiosos para ciertas poblaciones en particular (por ej., ofensores con órdenes judiciales) con una motivación baja hacia el cambio.

A pesar de la preponderancia de evidencia que apoya la eficacia de las intervenciones

concentradas en la motivación, en los Estados Unidos se ha usado primero en ambientes de investigación. Un obstáculo para su implantación podría ser ideológico: la baja motivación, la negación y la resistencia a menudo son los atributos característicos que se consideran en los que se diagnostica con trastornos por abuso de sustancias. Sin embargo, el énfasis cognoscitivo de comportamiento de los acercamientos motivacionales, exige una perspectiva diferente a la naturaleza del problema y de los requisitos para el cambio. Este acercamiento impone una responsabilidad mayor en el clínico, cuyo trabajo aumenta al tener que incluir el generar motivación. En lugar de descartar los pacientes más retantes como desmotivados, los clínicos se arman con destrezas para aumentar la motivación y establecer alianzas con sus clientes.

El panel de consenso recomienda que el personal de tratamiento de abuso de sustancias, vea la motivación desde esta nueva perspectiva. La motivación para el cambio es un componente clave al lidiar con el abuso de sustancias. Los resultados de la investigación longitudinal sugieren que el nivel de motivación de un individuo es un mecanismo que predice si el uso de sustancias del individuo permanecerá igual o cambiará. Las técnicas para aumentar la motivación se asocian con una participación creciente en el tratamiento y un tratamiento así de positivo resulta en reducciones de consumo, tasas de abstinencia mayores, mejor ajuste social y referidos exitosos a tratamiento. Además, tener una actitud positiva hacia el cambio y estar comprometido con el cambio, se asocia con resultados de tratamiento positivos. Esto no es un planteamiento nuevo. Sin embargo, hasta hace relativamente poco la motivación se veía con

más frecuencia como un rasgo estático que el cliente o bien tenía o carecía. De acuerdo a este punto de vista, el clínico tiene pocas posibilidades de influenciar la motivación en el cliente. Si el cliente no está motivado hacia el cambio, es el problema del cliente, no del médico.

Sin embargo, los modelos de cambio recientes, reconocen que el cambio en sí está influenciado por variables biológicas, psicológicas, sociológicas y espirituales. La capacidad que aporta cada individuo al proceso de cambio se afecta por estas variables. Al mismo tiempo, estos modelos reconocen que el cliente es en sí responsable del cambio, esta responsabilidad se comparte con el clínico mediante el desarrollo de una “asociación terapéutica”.

El Capítulo 1 de este “TIP” presenta un resumen general de cómo los conceptos de motivación y cambio han evolucionado en los últimos años y describe el modelo de los “etapas de cambio”, desarrollado por Prochaska y DiClemente y sobre en qué se basa este “TIP”. El capítulo 2 presenta intervenciones que pueden ayudar a aumentar la motivación del cliente, destaca los elementos efectivos, y los vincula al modelo de las etapas de cambio. La entrevista motivacional, desarrollada por Miller y Rollnick, es un estilo terapéutico usado para interactuar con clientes que usan sustancias que puede ayudarlos a resolver asuntos relacionados con su ambivalencia; esto se discute en el capítulo 3.

Del Capítulo 4 al 7 se tratan las cinco etapas diferentes de cambio y se proporcionan guías para que los clínicos diseñen a la medida las etapas de preparación para el cambio del cliente. En el Capítulo 8 se resumen varias herramientas e instrumentos que se usan para medir los componentes del cambio. El Capítulo 9 proporciona ejemplos para integrar acercamientos motivacionales a programas de tratamiento existentes. Puesto que las intervenciones motivacionales son aún un campo relativamente nuevo, hay muchas preguntas por contestar; el Capítulo 10 ofrece direcciones para investigaciones futuras.

Para poder evitar la redacción difícil de manejar y el sexismo, este “TIP” alterna entre “él” y “ella” en los ejemplos genéricos.

A lo largo de este “TIP”, el término “abuso de sustancias” se ha usado en el sentido general para cubrir tanto los trastornos por abuso de sustancias como los trastornos por dependencia

de sustancias (según los define el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales), 4ta edición, [DSM-IV] [Asociación Americana de Psiquiatría, 1994]). Puesto que el término “abuso de sustancias” lo usan comúnmente los profesionales de tratamiento de abuso de sustancias para describir cualquier uso excesivo de sustancias adictivas, al inicio de este “TIP” se usará para denotar dependencia de sustancias así como trastornos por abuso de sustancias. El término se relaciona tanto con el uso de alcohol como con el abuso de otras sustancias. Los lectores deberán prestar atención al contexto en el cual se use el término para determinar la posible gama de significados que cubre; en la mayoría de los casos, sin embargo, el término se referirá a todas las variedades de trastornos por uso de sustancias que se describen en el “DSM-IV”.

Resumen de Recomendaciones

Las recomendaciones del Panel de Consenso, que se resumen a continuación, se basan tanto en la investigación como en la experiencia clínica. Las que están respaldadas por evidencia científica vienen seguidas de (1); las recomendaciones con base clínica vienen marcadas con un (2). Las referencias para lo anterior se citan en el texto del documento, cuando las guías se presentan en detalle.

Conceptualizando la Motivación

En los últimos 15 años, mucha investigación ha estado concentrada en formas de motivar mejor a los clientes que usan sustancias a que inicien y continúen un tratamiento de abuso de sustancias. Se ha desarrollado una serie de acercamientos motivacionales para hacer surgir y aumentar la motivación de cambio en el cliente usuario de sustancias. Estos acercamientos se basan en las siguientes suposiciones sobre la naturaleza de la motivación:

- La motivación es una clave para el cambio. (2)
- La motivación es multidimensional. (2)
- La motivación es un estado dinámico y fluctuante. (2)
- La motivación es interactiva (2)
- La motivación se puede modificar. (2)

- El estilo del clínico influye la motivación del cliente. (2)

Para incorporar estas suposiciones sobre la motivación al estimular al cliente a cambiar su comportamiento de uso de sustancias, el clínico puede usar las siguientes estrategias:

- Concentrarse en las fortalezas del cliente en lugar de en sus debilidades. (2)
- Respetar la autonomía y decisiones del cliente. (2)
- Hacer del tratamiento uno individualizado y al cliente centrado. (1)
- No despersonalizar al cliente al usar etiquetas como “adicto” o “alcohólico”. (2)
- Desarrollar una asociación terapéutica. (2)
- Usar la empatía, ni la autoridad ni el poder. (1)
- Concentrarse en las intervenciones tempranas. Extender los acercamientos motivacionales en ambientes no-tradicionales. (2)
- Concentrarse en tratamientos menos intensivos. (1)
- Reconocer que los trastornos por abuso de sustancias existen junto a un medio continuo. (2)
- Reconocer que muchos clientes tienen más de un desorden por abuso de sustancias. (1)
- Reconocer que muchos clientes tienen otros trastornos coexistentes que afectan todas las etapas del proceso de cambio. (1)
- Aceptar nuevas metas en el tratamiento, las cuales impliquen pasos interinos, en aumento e inclusive temporeros, hacia las metas finales. (2)
- Integrar el tratamiento de abuso de sustancias con otras disciplinas. (2)

Los acercamientos motivacionales se construyen sobre estas ideas. Buscan devolver el control que tenía el clínico al cliente. Enfatizan tratar al cliente como un individuo. También reconocen que tratar el abuso de sustancias es cíclico en lugar de un proceso lineal y que la reincidencia en uso no es necesariamente señal de fracaso.

Modelo de Cambio Transteórico

Una cantidad sustancial de investigación ha sido dedicada a los determinantes y mecanismos del

cambio personal. Los teóricos han desarrollado varios modelos sobre cómo ocurren los cambios de comportamiento. Una perspectiva busca que las consecuencias externas sean las responsables principales de influenciar individuos al cambio. Otro modelo ve las motivaciones intrínsecas como causantes de los trastornos por abuso de sustancias. Otros creen que la motivación se describe mejor como una continuidad de preparación que como algo que consiste de etapas de cambio separadas.

El modelo de las etapas de cambio transteórico, descrito en el Capítulo 1, surge de un estudio de 18 teorías psicológicas y de comportamiento sobre cómo ocurre el cambio, incluyendo los componentes que forman el marco biopsicosocial para entender la adicción. Este modelo de cambio proporciona la base para este “TIP”. Las cinco etapas del cambio son precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Estas etapas se pueden conceptualizar como un ciclo a través del cual los clientes se mueven hacia adelante. Estas etapas no se consideran lineales, es decir que el cliente entra en una etapa y luego progresa directamente hacia la próxima. Enmarcar el tratamiento de los clientes dentro de las etapas del cambio, puede ayudar al clínico a entender mejor el progreso del tratamiento.

Este modelo también toma en consideración que para la mayoría de la gente con problemas por abuso de sustancias, la reincidencia del uso de sustancias es la norma, no la excepción. Una vez se vuelve al uso de sustancias, los clientes suelen retroceder a una etapa de cambio inicial – no siempre al mantenimiento o a la acción, pero muchas veces a algún nivel de contemplación. En este modelo, la reincidencia no es equivalente al fracaso y no significa que un cliente haya abandonado un compromiso con el cambio. Por tanto, la reincidencia no se considera una etapa sino un suceso que ocurre en algún punto a lo largo del ciclo de recuperación. Basándose en la investigación y en la experiencia clínica, el Panel de Consenso respalda el modelo transteórico como un modelo de cambio útil (1, 2); sin embargo, es importante señalar que el uso del modelo ha sido principalmente conceptual y de que ninguna tecnología actual está disponible para determinar una etapa de cambio individual de preparación para el cambio.

Intervenciones Motivacionales

Una intervención motivacional es una estrategia clínica designada para aumentar la motivación de

un cliente hacia el cambio. Puede incluir consejería, avalúo del cliente, varias sesiones, o una intervención breve de 30 minutos. Para entender lo que impulsa una persona a reducir o eliminar el uso de sustancias, los investigadores han buscado los componentes críticos – los elementos más comunes e importantes que inspiran el cambio positivo – de intervenciones efectivas. El Panel de Consenso considera los siguientes elementos de los acercamientos motivacionales como muy importantes:

- El acercamiento MARCOS (FRAMES en inglés) (1)
- Ejercicios de balance decisional (1)
- Desarrollo de discrepancia (1)
- Ritmo flexible (2)
- Contacto personal con clientes que no están activos en el tratamiento (1)

El acercamiento de MARCOS (FRAMES- en inglés) consiste de los siguientes componentes:

- *(Feedback) Retroalimentación* en cuanto al riesgo personal o al impedimento- se le da al individuo después de una evaluación de los patrones de uso de sustancias y los problemas asociados con el mismo. Esta retroalimentación generalmente se compara con las puntuaciones o clasificaciones en pruebas estándar con datos normativos de la población en general o grupos específicos de tratamiento.
- *(Responsibility) Responsabilidad* para el cambio- se fija firme y explícitamente con el individuo. Los clientes tienen la elección o bien de continuar con su comportamiento de uso de sustancias o cambiarlo.
- *(Advice) Consejería* sobre cambiar – reducir o parar – el uso de sustancias- se la da el clínico al cliente, con claridad, sin emitir juicio. Es mejor *sugerir* que *decir*. Pedir permiso a los clientes para ofrecerles consejería puede lograr que los clientes estén más receptivos.
- *Menú* de opciones de cambio auto-dirigidas y alternativas al tratamiento- se le ofrece al cliente.
- *Consejería enfática*, demostrando calidez, respeto y entendimiento – se enfatiza. La empatía trae consigo escuchar atentamente.

- *Auto-eficacia* o autorización optimista- se genera en la persona para estimular el cambio.

La investigación ha demostrado que las intervenciones simples para aumentar la motivación, son efectivas para estimular a los clientes a regresar a otra consulta clínica, regresar a continuar con el tratamiento y ser más condescientes.

La simplicidad y universalidad de los conceptos implícitos de las intervenciones motivacionales, permiten un uso en una escala amplia en muchos ambientes diferentes y ofrecen un gran potencial para llegar a individuos con muchas clases de problemas y en muchas culturas diferentes. Esto es importante pues los profesionales de tratamiento trabajan con una gama amplia de clientes distintos en cuanto al trasfondo étnico y racial, situación socioeconómica, nivel de educación, género, edad, orientación sexual, tipo y severidad de los problemas por abuso de sustancias, salud física y psicológica. A pesar de que los principios y mecanismos para aumentar la motivación al cambio parecen aplicar abarcadoramente, podría haber diferencias importantes en los contextos poblacionales y culturales en cuanto a la expresión de la motivación hacia el cambio y la importancia de los sucesos críticos en la vida. Por lo tanto, los clínicos deben estar sumamente familiarizados con las poblaciones con las que esperan establecer relaciones terapéuticas. (2)

Debido a que las estrategias motivacionales enfatizan la responsabilidad de los clientes para expresar sus metas y valores personales, así como para hacer sus propias elecciones entre las opciones para cambiar, los clínicos deberían entender y responder de una forma que no emitan juicio a la manifestación de diferencias culturales. Deberían identificar elementos entre los valores de una población que representen las posibles barreras para un cambio. Los clínicos deberían aprender qué recursos materiales y personales están disponibles para los clientes y ser sensibles a los aspectos de pobreza, aislamiento social o pérdidas recientes para ofrecer opciones de cambio o indagar sobre los valores personales. En particular, se debería reconocer que el acceso a los recursos financieros y sociales, es una parte importante de la motivación para el cambio, y de su proceso.

Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional es un estilo terapéutico con el propósito de ayudar a los

clínicos a trabajar con los clientes para lidiar con su ambivalencia. Al llevar a cabo una entrevista motivacional, el clínico es direccional pero centrado en el cliente, con una meta clara de lograr obtener planteamientos auto-motivacionales y de cambio de comportamiento por parte del cliente, y buscar crear la discrepancia del cliente para aumentar la motivación para el cambio positivo. El Panel de Consenso recomienda que la entrevista motivacional no se considere como un conjunto de técnicas o herramientas, sino más bien como una forma de interactuar con los clientes. (2) El Panel cree que la entrevista motivacional se respalda mediante los siguientes principios:

- La ambivalencia en cuanto al uso de sustancias y el cambio es normal y constituye un obstáculo motivacional importante en la recuperación. (2)
- La ambivalencia se puede resolver al trabajar con las motivaciones y valores intrínsecos del cliente. (2)
- La alianza entre el cliente y el clínico es una asociación de colaboración a la cual cada uno trae una experiencia importante. (2)
- Un estilo de consejería empática, de apoyo, y aún así direccional, proporciona condiciones dentro de las cuales puede ocurrir el cambio. (Dirigir la argumentación y la confrontación agresiva tiende a aumentar la defensividad del cliente, reduciendo la posibilidad de cambio.) (2)

El estilo de entrevista motivacional facilita una exploración de conflictos motivacionales en etapas específicas que pueden obstaculizar el progreso futuro. (1) Sin embargo, todo dilema ofrece también una oportunidad para usar el estilo motivacional como una forma de ayudar a los clientes a explorar y resolver actitudes opuestas.

El Panel de Consenso reconoce que la entrevista motivacional exitosa, traerá como consecuencia el ser capaz de:

- Expresar empatía por medio de escuchar reflexivamente. (1)
- Comunicar respeto y aceptación hacia los clientes y sus sentimientos. (2)
- Establecer una relación colaborativa, sin emitir juicios. (2)
- Ser un consultor de apoyo y bien informado. (2)

- Felicitar en lugar de denigrar. (2)
- Escuchar en lugar de decir. (2)
- Persuadir generosamente, con el entendimiento de que el cambio depende del cliente. (2)
- Proporcionar apoyo a lo largo del proceso de recuperación. (2)
- Desarrollar discrepancia entre las metas o valores y comportamiento actual de los clientes, ayudándolos a reconocer las discrepancias entre dónde están y dónde esperan estar. (2)
- Evitar la argumentación y la confrontación directa, lo cual puede degenerar en una lucha de poder. (2)
- Ajustarse, en lugar de oponerse, a la resistencia del cliente. (2)
- Apoyar la autoeficacia y el optimismo; es decir, concentrarse en las fortalezas de los clientes para apoyar la esperanza y el optimismo necesarios para lograr el cambio. (2)

Los clínicos que adoptan la entrevista motivacional como un estilo preferido han encontrado que las cinco estrategias que siguen a continuación son particularmente útiles en las etapas tempranas del tratamiento:

1. *Hacer preguntas abiertas.* Las preguntas abiertas no se pueden responder con una sola palabra o frase. Por ejemplo, en lugar de preguntar: “¿Le gusta beber?”, pregunte, “¿Cuáles son algunas de las cosas que le gustan de beber?” (2)
2. *Escuche reflexivamente.* Demostrar que ha escuchado y entendido al cliente al reflejar lo que éste le haya dicho.
3. *Resumir.* Es útil resumir periódicamente lo que ha surgido hasta cierto punto en una sesión de consejería. (2)
4. *Afirmar.* Apoyar y comentar sobre las fortalezas del cliente, la motivación, las intenciones y el progreso. (2)
5. *Sacar de los planteamientos automotivacionales.* Hacer que el cliente exponga sus preocupaciones personales en lugar de persuadir al cliente de que el cambio es necesario. (2)

Crear Intervenciones Motivacionales a la Medida de las Etapas del Cambio

Los individuos parecen necesitar y usar diferentes clases de ayuda, dependiendo de en qué etapa de preparación para el cambio estén en ese momento y hacia cuál se estén moviendo. (2) Los clientes que están en las primeras etapas de preparación necesitan y usan diferentes clases de apoyo motivacional que los clientes que se encuentran en las etapas finales del período del ciclo de cambio.

Para estimular el cambio, los individuos en su etapa de precontemplación deben aumentar su conocimiento. (2) Para resolver su ambivalencia, los clientes en la etapa de contemplación deben escoger el cambio positivo sobre el *statu quo*. (2) Los clientes en la etapa de preparación tienen que identificar las estrategias de cambio posibles y escoger la más apropiada de acuerdo a sus circunstancias. Los clientes en la etapa de acción tienen que llevar a cabo estrategias de cambio. Esta es la etapa hacia la cual se enfoca la mayor parte del tratamiento formal de abuso de sustancias. Durante la etapa de mantenimiento, los clientes tienen que desarrollar nuevas destrezas para ayudar a mantener la recuperación y un estilo de vida saludable. Es más, si los clientes recaen en su problema de uso de sustancias, necesitan ayuda para recuperarse tan pronto como sea posible y reentrar en el proceso de cambio.

De la precontemplación a la contemplación

De acuerdo al modelo de etapas de cambio, los individuos en la etapa de precontemplación no están preocupados en cuanto a su uso de sustancias o no consideran cambiar su comportamiento. Estos usuarios de sustancias pueden permanecer en la precontemplación o en la contemplación temprana durante años, pensando rara vez o nunca en el cambio. A menudo, una persona significativa descubre el comportamiento problemático del usuario de sustancias. El capítulo 4 discute una variedad de técnicas demostradas y tácticas sutiles que los clínicos pueden usar para tratar el tema del abuso de sustancias con personas que no están pensando en el cambio. El uso de estas técnicas servirá para (1) crear duda en el cliente en cuanto a la creencia común de que el abuso de sustancias es “inofensivo” y (2) hacer que el cliente se convenza de que el abuso de sustancias que practica, o que practique en el futuro, tendrá

resultados negativos. El capítulo sugiere que los clínicos pongan en práctica lo siguiente:

- Alabar al cliente por venir al tratamiento de abuso de sustancias. (2)
- Establecer afinidad, pedir permiso para tratar el tema del cambio, y desarrollar la confianza. (2)
- Extraer, escuchar y reconocer los aspectos del uso de sustancias que disfruta el cliente. (2)
- Evocar dudas o preocupaciones en el cliente en cuanto al uso de sustancias. (2)
- Explorar el significado de los sucesos que llevaron al cliente a buscar tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores. (2)
- Obtener las percepciones del cliente del problema. (2)
- Ofrecer información real sobre los riesgos de uso de sustancias. (2)
- Proporcionar la retroalimentación necesaria sobre los riesgos del uso de sustancias. (2)
- Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los hallazgos de evaluación.
- Ayudar alguna persona significativa a intervenir. (2)
- Examinar las discrepancias entre las percepciones del cliente y otros en cuanto al problema de comportamiento.
- Expresar preocupación y mantener la puerta abierta. (2)

El proceso de avalúo y retroalimentación puede ser una parte importante de la estrategia motivacional ya que informa a los clientes de cómo comparan sus propios patrones de uso de sustancias con las normas, qué riesgos específicos traen consigo, y qué daño se ha hecho o posiblemente se haga de continuar de no hacer cambios.

Dar a los clientes resultados personales de una evaluación con base amplia y objetiva, especialmente si los hallazgos se interpretan y comparan cuidadosamente con las normas o valores esperados, puede no sólo informar sino ser también motivante. (1) Proporcionar a los clientes con la retroalimentación personalizada sobre los riesgos asociados con *su propio* uso de una sustancia en particular – especialmente para su grupo cultural y género – es una forma

poderosa de desarrollar un sentido de *discrepancia* que puede motivar el cambio.

Intervenir mediante personas significativas

Una cantidad considerable de investigación demuestra que involucrar a los miembros de la familia y a otras personas significativas (SOs por sus siglas en inglés *Significant Others*), puede ayudar a que los usuarios de sustancias pasen de la contemplación del cambio, a entrar al tratamiento, involucrarse y mantenerse en el proceso terapéutico, y lograr una recuperación satisfactoria. (1) Involucrar a las personas significativas en las etapas de cambio tempranas, puede en gran medida aumentar el compromiso de un cliente hacia el cambio al dirigir el uso de sustancias del cliente de las formas siguientes:

- Proporcionar al cliente retroalimentación constructiva en cuanto a los costos y beneficios asociados con su abuso de sustancias. (2)
- Estimular la resolución del cliente para cambiar el patrón de comportamiento negativo (2)
- Identificar los obstáculos concretos y emocionales del cliente para el cambio. (2)
- Informar al cliente acerca de cómo lidiar con los recursos sociales e individuales que llevan a un estilo de vida libre de uso de sustancias. (2)
- Reafirmar al cliente por usar estos recursos sociales y de manejo para cambiar el comportamiento de uso de sustancias. (2)

El clínico puede reclutar una persona significativa al pedir al cliente que la invite a una sesión de tratamiento. Explicándole que a esta persona no se le pedirá que monitoree el uso de sustancias del cliente sino que ésta podrá jugar un valioso papel al proporcionar apoyo emocional, identificar problemas que podrían interferir con las metas del tratamiento, y participar en actividades con el cliente que no incluyan el uso de sustancias. Para fortalecer la creencia de parte de la persona significativa en su capacidad para ayudar al cliente, el clínico puede usar las siguientes estrategias:

- Describir positivamente las etapas en las que la participación de la persona significativa ha resultado exitosa (defina “exitosa” generosamente). (2)

- Refuerce los comentarios positivos hechos por la persona significativa acerca de los esfuerzos actuales para cambiar del cliente. (2)
- Discuta formas futuras en las que el cliente se podría beneficiar de los esfuerzos de las personas significativas para facilitar el cambio. (2)

Los clínicos deben tener cuidado al involucrar personas significativas en la consejería motivacional. A pesar de que se necesita una relación estrecha entre la persona significativa y el cliente, eso no es todo. La persona significativa tiene que apoyar un estilo de vida libre de sustancias para el cliente, y el cliente tiene que valorar ese apoyo. (1) Una persona significativa que esté experimentando problemas emocionales o dificultades que surjan del uso de sustancias del cliente, podría no ser un candidato propicio. (1) Esos problemas pueden impedir que la persona significativa participe de manera constructiva en las sesiones de consejería, y podría ser mejor esperar hasta que los problemas hayan desaparecido para incluirla en el tratamiento del cliente. (1)

En general, la persona significativa, puede jugar un papel vital en la influencia sobre la disposición del cliente hacia el cambio; sin embargo, al cliente se le debe recordar que la responsabilidad de cambiar el comportamiento de uso de sustancia es suyo. (2)

Intervenciones motivacionales y clientes reacios

A un número en aumento de clientes o bien un patrono, un programa de asistencia, el sistema judicial o los oficiales de probatoria les están ordenando conseguir tratamiento. Otros se ven influenciados a conseguir tratamiento debido a presiones legales. El reto de los clínicos es lograr comprometer a los clientes reacios en el proceso de tratamiento. Una recuperación estable no se puede mantener tan solo mediante presión externa (legal); la motivación y el compromiso tienen que venir de la presión interna. Si usted proporciona intervenciones adecuadas a su etapa, los clientes reacios podrían volverse partícipes del proceso de cambio y beneficiarse de la oportunidad de considerar las consecuencias del uso y la posibilidad de cambio, aún cuando la oportunidad no se haya escogido voluntariamente. (2)

De la contemplación a la preparación

Los motivadores intrínsecos y extrínsecos se deberían considerar al tratar de aumentar el compromiso de un cliente para cambiar y pasar el cliente más cerca a la acción puesto que estos motivadores se pueden examinar para aumentar la toma de decisiones, aumentando de este modo el compromiso del cliente. Muchos clientes se mueven a lo largo de la etapa de contemplación reconociendo únicamente los motivadores intrínsecos que los impulsa a cambiar o que los lleva al tratamiento. Ayude al cliente a descubrir motivadores intrínsecos, los cuales generalmente impulsan a los clientes a pasar de contemplar el cambio a actuar. (2) Además de las prácticas estándares para la entrevista motivacional (por ej., escuchar atentamente, hacer preguntas abiertas), los clínicos pueden ayudar a acelerar este proceso de cambiar los motivadores extrínsecos por motivadores intrínsecos al hacer lo siguiente:

- Demostrar curiosidad a los clientes. Puesto que el deseo del cliente de cambiar rara vez se limita al uso de sustancias, o puede que encuentre más fácil discutir otros cambios de comportamiento. Esto le ayudará a fortalecer la alianza terapéutica. (2)
- Reenmarcar el planteamiento negativo sobre la coerción percibida al re-expresar el planteamiento con un giro positivo. (2)

Los clínicos pueden usar estrategias de balancear decisionales para ayudar a los clientes a considerar cuidadosamente los aspectos positivos y negativos de su consumo de sustancias. (1) El propósito final, por supuesto, es ayudar a los clientes a reconocer y sopesar los aspectos negativos del uso de sustancias de manera que la balanza se incline hacia el comportamiento beneficioso. Las técnicas para usar en los ejercicios de balanceo decisional incluyen lo siguiente:

- Resumir las preocupaciones del cliente. (2)
- Explorar las ventajas y desventajas del comportamiento de uso de sustancias. (1)
- Normalizar la ambivalencia del cliente. (2)
- Reintroducir la retroalimentación de evaluaciones anteriores. (1)
- Examinar el entendimiento del cliente en cuanto al cambio y las expectativas del tratamiento. (1)

- Reexplorar los valores del cliente en relación con el cambio.

Mediante este proceso, enfatizar las elecciones personales del cliente y las responsabilidades para el cambio. La tarea del clínico es ayudar a los clientes a elegir lo que sea más beneficioso para los mismos. Esto se puede hacer al explorar y fijar metas. El fijar metas es parte de las actividades de exploración y previsión características de la etapa de preparación temprana e intermedia. El proceso de hablar sobre las metas y de fijarlas fortalece el compromiso con el cambio. (1)

Durante la etapa de preparación, las tareas del clínico aumentan de usar estrategias motivacionales a la preparación en aumento – las metas de las etapas de precontemplación y contemplación – para usar estas estrategias para fortalecer el compromiso de un cliente y ayudarlo a tomar una decisión firme hacia el cambio. En esta etapa, ayudar al cliente a desarrollar la autoeficacia es importante. (2) La autoeficacia no es una medida global, como la autoestima; es, más bien, un comportamiento específico. En este caso, es el optimismo del cliente de que puede tomar acción para cambiar los comportamientos de uso de sustancias.

De la preparación a la acción

Mientras los clientes pasan a lo largo de la etapa de preparación, los clínicos deben estar pendientes a las señales que indiquen la preparación de los clientes para pasar a la acción. Este parece ser un período de tiempo limitado durante el cual se debe comenzar el cambio. (2) El reconocimiento de los clientes de las discrepancias importantes en sus vidas, es un estado demasiado desagradable como para permanecer en este demasiado tiempo, y a no ser que el cambio se comience pueden usar defensas como minimizarlo o negarlo y así disminuir el malestar. (2) Lo siguiente pueden señalar la preparación de un cliente para actuar:

- La resistencia del cliente (por ej., argumentar, negar) disminuye. (2)
- El cliente hace pocas preguntas sobre el problema. (2)
- El cliente demuestra cierta resolución y podría estar pacífico, calmado, relajado, desahogado o estable. (2)
- El cliente hace planteamientos de auto-motivación directos que reflejan la apertura al cambio y optimismo. (2)

- El cliente hace más preguntas sobre el proceso de cambio. (2)
- El cliente comienza a hablar sobre cómo podría mejorar la vida después de un cambio. (2)
- El cliente podría haber comenzado a experimentar con posibles acercamientos al cambio tales como asistir a alguna reunión de Alcohólicos Anónimos o no usar sustancias por unos cuantos días. (2)

Sin embargo, el simple hecho de expresar con fervor un cambio, no necesariamente es una señal de determinación definida. Los clientes que declaran con mayor vehemencia su preparación para el cambio, pueden estar tratando de convencerse a sí mismos con desesperación, así como al clínico, de su compromiso.

Al trabajar con clientes en la etapa de preparación, los clínicos deben tratar de:

- Aclarar las propias metas del cliente y las estrategias para el cambio. (2)
- Discutir la gama de distintas opciones de tratamiento y recursos comunitarios disponibles para cumplir con las múltiples necesidades del cliente. (2)
- Con su permiso, ofrezca su experiencia y consejería. (2)
- Negociar un plan de cambio -o tratamiento- y un contrato de comportamiento (2); tomar en consideración:
 - Intensidad y cantidad de ayuda necesaria
 - Período específico de tiempo
 - Apoyo social disponible, averiguar quién, dónde y cómo
 - La secuencia de metas o pasos pequeños necesarios para un plan exitoso
 - Muchos problemas, como preocupaciones legales, financieras o de salud
 - Considerar y reducir las barreras para el cambio al anticipar posibles problemas familiares, de salud, con el sistema u otros. (2)
 - Ayudar al cliente a conseguir apoyo social (por ej., grupos mentores, iglesias, centros recreacionales). (2)
 - Explorar las expectativas del tratamiento y el rol del cliente.
- Hacer que los clientes anuncien públicamente sus planes de cambio a las personas significativas en sus vidas. (2)

De la acción al mantenimiento

El estilo de consejería motivacional se ha estado usando con mayor frecuencia con clientes durante la precontemplación por medio de las etapas de preparación mientras pasaban al inicio del cambio de comportamiento. Algunos clientes y clínicos creen que el tratamiento de abuso de sustancias formal, enfocado en la acción, es un terreno diferente y de que ya no se necesitan las estrategias motivacionales. Esto no es cierto por dos razones. En primer lugar, los clientes aún podrían necesitar una cantidad de apoyo y estímulo impresionante para permanecer en un programa seleccionado o un curso de tratamiento. Aún después de una alta exitosa podrían necesitar apoyo y estímulo para mantener lo ganado y logrado y saber cómo manejar las crisis recurrentes que podrían significar un regreso a los problemas de comportamiento. (2) En segundo lugar, muchos clientes permanecen ambivalentes en la etapa de acción del cambio o vacilan entre algún nivel de contemplación –con ambivalencia asociada- y acción continua. (2) Es más, a los clientes que toman acción se les enfrenta de pronto con la realidad de parar o reducir el uso de sustancias. Esto es aún más difícil que la acción de contemplación. Los primeros pasos de recuperación exigen sólo pensar sobre el cambio, lo que no es tan amenazante como implementarlo de por sí.

La involucración del cliente o la participación en el tratamiento se puede aumentar cuando los clínicos:

- Desarrollan una afinidad enriquecedora con los clientes. (2)
- Inducen a los clientes a jugar su papel en el proceso de tratamiento (2)
- Exploran qué esperan los clientes del tratamiento y determinan las discrepancias. (2)
- Preparan los clientes de forma que estén enterados de que podría haber momentos embarazosos, desagradables e incómodos que son una parte normal de la recuperación. (2)
- Investigan y resuleven barreras para el tratamiento. (2)

- Aumentan la congruencia entre la motivación intrínseca y extrínseca. (2)
- Examinan e interpretan el comportamiento que no cumple con el contexto de ambivalencia. (2)
- Se esfuerzan por demostrar una preocupación e interés personal continuos para estimular a los clientes a que se mantengan en el programa. (2)

Los clientes que están en la etapa de acción pueden recibir una ayuda más eficaz cuando los clínicos:

- Comprometen a los clientes en el tratamiento y refuerzan la importancia de conservar la recuperación. (2)
- Apoyan una visión realista de cambio por medio de pasos pequeños. (2)
- Reconocen las dificultades para los clientes en las etapas de cambio tempranas. (2)
- Ayudan al cliente a identificar situaciones de alto riesgo por medio de un análisis funcional y desarrollan estrategias de manejo apropiadas para vencerlas. (2)
- Ayudan al cliente a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo. (2)
- Evalúan si el cliente tienen un apoyo familiar y social fuerte. (2)

El próximo reto que afrontan los clientes y clínicos es mantener el cambio. Con los clientes en la etapa de mantenimiento, los clínicos serían más exitosos si pudiesen:

- Ayudar al cliente a identificar y probar fuentes de placer libres del uso de sustancias – por ej., nuevos refuerzos. (1)
- Apoyar cambios en el estilo de vida. (2)
- Afirmando la resolución del cliente y la autoeficacia. (2)
- Ayudar al cliente a usar y practicar sus nuevas estrategias de manejo para evitar que recaiga en el uso de sustancias. (2)
- Mantener un contacto de apoyo. (2)

Después de que los clientes hayan planificado la estabilización al identificar las señales de riesgo, y encontrado sus fuentes de apoyo. Aún así tendrán que construir un nuevo estilo de vida que proporcione suficiente satisfacción y pueda competir exitosamente con el atractivo del uso de sustancias. Se necesita hacer una amplia gama de

cambios de vida definitivos si los clientes van a mantener una abstinencia duradera. Los clínicos pueden ayudar a este proceso de cambio al usar los refuerzos competitivos. (1) Un refuerzo competitivo es cualquiera que los clientes disfruten, que sea o se pueda convertir en una alternativa saludable a las drogas o el alcohol como fuente de satisfacción.

El principio esencial al establecer nuevas fuentes de refuerzo positivo, es hacer que los clientes se involucren en generar sus propias ideas. Los clínicos deberían explorar todas las áreas de las vidas de los clientes para los refuerzos nuevos. Los refuerzos no deberían venir de una sola fuente o ser de la misma clase. De esa forma, un revés en un área podría ser contrarrestada por la habilidad de un refuerzo positivo en otra área. Puesto que los clientes tienen motivaciones competitivas, los clínicos pueden ayudar a seleccionar refuerzos que *venzan* al uso de sustancias eventualmente.

A continuación hay una serie de posibles refuerzos competitivos que pueden ayudar a los clientes:

- Hacer trabajo voluntario, llenando así períodos de tiempo, conectándose con amigos aceptables socialmente, y mejorando su autoeficacia. (2)
- Involucrándose en actividades basadas en 12-pasos y otros grupos de ayuda.
- Fijándose metas para mejorar su trabajo, educación, ejercicio y nutrición. (2)
- Pasando más tiempo con sus familias y otras personas significativas. (2)
- Participando en actividades espirituales o culturales. (2)
- Socializando con amistades que no usen sustancias.
- Aprendiendo nuevas destrezas o mejorando en áreas como deportes, arte, música u otros pasatiempos. (2)

Los sistemas de refuerzo de contingencia, tales como los programas de vales, han probado ser efectivos cuando el apoyo de la comunidad y los recursos están disponibles. (1) la investigación ha demostrado que estas clases de sistemas de refuerzo pueden ayudar a mantener la abstinencia en los que abusan de las drogas. La razón fundamental para esta clase de programa de incentivo, es que un motivador externo atractivo se puede usar como un refuerzo

inmediato y poderoso para competir con los refuerzos para uso de sustancias. No todos los incentivos contingentes tienen que tener un valor monetario. En muchas culturas, el dinero no es el refuerzo más poderoso.

Midiendo la Motivación del Cliente

Puesto que la motivación es multidimensional, no se puede medir fácilmente con tan solo un instrumento o escala. En cambio, el Panel de Consenso recomienda que el personal de tratamiento de abuso de sustancias use una variedad de herramientas para medir varias dimensiones de motivación, que incluyen: (2)

- Autoeficacia
- Importancia del cambio
- Preparación para el cambio
- Balanceo decisional
- Motivaciones para usar sustancias

Integrando Acercamientos Motivacionales en los Programas de Tratamiento

Uno de los principios del cuidado coordinado de salud actual, es que los tratamientos más intensivos y caros se deben considerar sólo con los que no han respondido a intervenciones inferiores. Las intervenciones motivacionales pueden cumplir muchos propósitos en ambientes de tratamiento:

- Como un medio para el compromiso rápido en el ambiente médico general para facilitar el referido a tratamiento. (2)
- Como una primera sesión para aumentar la posibilidad de que un cliente regrese y se provea un servicio útil si el cliente no regresase. (2)
- Como una consulta breve de fortaleza cuando un cliente se encuentra en lista de espera, en lugar de decir al cliente que espere por el tratamiento. (1)
- Como una preparación para el tratamiento para aumentar la retención y la participación (1)
- Para vencer la defensividad del cliente y la resistencia (2)
- Como una intervención única en ambientes donde sólo se establece un contacto breve (1)

- Como un estilo de consejería usado a lo largo de proceso de cambio (1)

Necesidad para Investigaciones Futuras

Las intervenciones motivacionales son un acercamiento relativamente nuevo, pero recibido favorablemente, para aumentar el cambio de comportamiento positivo. Como se ha indicado anteriormente, las intervenciones motivacionales han sido usadas exitosamente con una variedad de problemas, poblaciones de clientes, y ambientes; y la metodología parece ser aplicable, a pesar de haberse desarrollado principalmente para bebedores de alto consumo y fumadores de cigarrillos.

Los investigadores deberían considerar algunas de las siguientes preguntas al planear y desarrollar los estudios futuros de investigación (2):

- ¿Cuáles son los ingredientes activos de las intervenciones motivacionales?
- ¿Las intervenciones motivacionales pueden ser estandarizadas y enseñadas?
- ¿Qué clase de clientes son más receptivos a las intervenciones motivacionales?
- ¿Qué clase de resultados se pueden definir y medir?
- ¿Qué características clínicas afectan los resultados de las intervenciones motivacionales?
- ¿Son las intervenciones divididas en etapas apropiadas?
- ¿Cómo comparan las intervenciones motivacionales con otros tratamientos por abuso de sustancias en términos de costo-beneficio?
- ¿Cómo influyen la cultura y el contexto la efectividad de las intervenciones motivacionales?
- ¿Qué clases de adiestramiento y apoyo se necesitan para enseñar las intervenciones motivacionales?
- ¿Cómo se pueden aplicar exitosamente las intervenciones motivacionales a una variedad de problemas, poblaciones y ambientes variados?

¿A Qué Cliente Aplica este “TIP”?

La entrevista motivacional se diseñó originalmente para los bebedores con problemas por consumo de alcohol en las etapas tempranas (precontemplación y contemplación) de preparación para el cambio, se concibió como una forma de iniciar el tratamiento. Sin embargo, pronto se volvió evidente que este acercamiento constituye de por sí una intervención. Los beneficios que se han reportado en poblaciones con una dependencia de sustancias severa, adolescentes usuarios de una variedad de drogas y usuarios de heroína y marihuana. En el Proyecto MATCH, el experimento clínico más grande que se haya hecho para comparar distintos métodos de tratamientos de alcoholismo, una terapia de aumento motivacional de cuatro sesiones, dirigida al logro de resultados generales a largo plazo, prácticamente idénticos a los métodos más prolongados con pacientes ambulatorios. Los

clientes variaban ampliamente en cuanto a la severidad del problema; la gran mayoría cumplía con los criterios de dependencia al alcohol, y representaban una gama de trasfondos culturales, particularmente hispanos. Cabe señalar que ni las muestras hispanas o afro-americanas respondieron de forma diferente al acercamiento de terapia para aumentar la motivación. Además, los análisis de los experimentos clínicos de entrevista motivacional que tuvieron una representación significativa de clientes hispanos, no encontró indicios de que la pertenencia étnica o situación socioeconómica predijesen los resultados. La evidencia sugiere firmemente que la entrevista motivacional se puede aplicar a través de diferencias culturales y económicas.

El estilo de consejería motivacional puede ser útil, no sólo para inculcar la motivación, sino las etapas de preparación, acción y mantenimiento a lo largo de todo el proceso de tratamiento, con una variedad de poblaciones de clientes. Esto se refleja en los siguientes capítulos de este “TIP”

1 Conceptualizando la Motivación y el Cambio

La motivación no puede entenderse como algo que se tiene sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio. Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen.

Miller, 1995

¿Por qué cambian las personas? ¿Qué es la motivación? ¿De cambiar la motivación de los individuos podría modificarse su comportamiento de uso de sustancias? ¿Desempeñan los clínicos un papel en el aumento de la motivación de los clientes usuarios de sustancias para lograr su recuperación?

En los últimos 15 años, se ha concentrado mucha de la investigación en formas de motivar mejor a los usuarios de sustancias para que consideren, inicien y continúen el tratamiento de abuso de sustancias, así como parar o reducir su uso excesivo de alcohol, cigarrillos y drogas, ya sea por su cuenta o con la ayuda de un programa formal. También ha tenido un enfoque parecido el sostener un cambio y evitar una recurrencia de comportamiento problemático al recibir la alta de un programa. Esta investigación presenta un cambio paradigmático en el campo de la adicción en cuanto al entendimiento de la naturaleza de la motivación del cliente y del clínico al dar forma para promover y mantener un cambio positivo de comportamiento. Este cambio es paralelo a otros desarrollos recientes en el campo de la adicción, y las nuevas estrategias motivacionales incorporan o reflejan muchos de los mismos. Juntar un nuevo estilo terapéutico –entrevista motivacional- con un modelo transteórico de etapas de cambio, ofrece una perspectiva fresca acerca de qué estrategias clínicas podrían ser efectivas en varios puntos del proceso de recuperación. Las intervenciones motivacionales que surgen de esta construcción teórica son herramientas

clínicas prometedoras que se pueden incorporar a todas las fases del tratamiento de abuso de sustancias, así como a muchos otros ambientes sociales y de servicios de salud.

Un Nuevo Enfoque de la Motivación

En el tratamiento de abuso de sustancias, la motivación del cliente para cambiar ha sido con frecuencia el enfoque de interés clínico y de frustración. La motivación ha sido descrita como un prerrequisito para el tratamiento, sin la cual el clínico puede hacer poco (Beckman, 1980). Del mismo modo, la falta de motivación se ha usado para explicar el fracaso de los individuos para empezar, continuar, cumplir con, y tener éxito en el tratamiento (Appelbaum, 1972; Miller, 1985b). Hasta hace poco, la motivación se consideraba como un rasgo o disposición estática que un cliente o bien tenía o carecía. Si un cliente no estaba motivado para el cambio, esto se veía como una falla del cliente. De hecho, la motivación para el tratamiento denotaba un acuerdo o deseabilidad de estar de acuerdo con el clínico o con las características particulares de recuperación del programa. Un cliente que parecía ser condescendiente con la consejería clínica o aceptaba la etiqueta de “alcohólico” o drogadicto, se consideraba motivado, mientras que al que resistía un diagnóstico o se negaba a comprometerse con el

tratamiento propuesto, se catalogaba de desmotivado. Es más, la motivación con frecuencia se veía como responsabilidad del cliente, no del clínico (Miller y Rollnick, 1991). A pesar de que hay razones de porqué se desarrolló este punto de vista que se discutirá más adelante, esta guía ve la motivación desde una perspectiva considerablemente diferente.

Una Nueva Definición

Los acercamientos motivacionales que se describen en este “TIP” están basados en las siguientes suposiciones sobre la naturaleza de la motivación:

- La motivación es una clave para el cambio.
- La motivación es multidimensional.
- La motivación es dinámica y fluctuante.
- La motivación es influenciada por las interacciones sociales.
- La motivación se puede modificar.
- La motivación es influenciada por el estilo del clínico.
- La tarea del clínico es hacer surgir y aumentar la motivación.

La motivación es una clave para el cambio

El estudio de la motivación inevitablemente está vinculado con un entendimiento del cambio personal; un concepto que ha estado bajo el escrutinio de los psicólogo y teóricos modernos y que es el foco de atención del tratamiento de abuso de sustancias. La naturaleza del cambio y sus causas, como la motivación, es una interpretación con definiciones que evolucionan. Pocos de nosotros, por ejemplo, asumimos un punto de vista completamente determinante del cambio como un resultado inevitable de fuerzas biológicas, y sin embargo, muchos de nosotros aceptamos la realidad de que el crecimiento físico y madurar producen cambios; el bebé comienza a caminar y el adolescente parece ser impulsado por cambios hormonales. Reconocemos, también, que las normas sociales y los papeles pueden cambiar las respuestas, influenciando comportamientos tan diversos como seleccionar ropa o unirse a una ganga, a pesar de que pocos de nosotros queremos pensar que simplemente nos conformamos con lo que otros esperan. Ciertamente, creemos que el razonamiento y la solución de problemas así como el compromiso emocional pueden promover el cambio.

La estructura para vincular el cambio individual con una nueva visión de la motivación, surge de lo que se ha llamado una teoría fenomenológica de psicología, expresada con mayor familiaridad en los escritos de

Carl Rogers. Dentro de este punto de vista humanístico, la experiencia de un individuo del centro de *sí* mismo, es el elemento más importante para el cambio personal y el crecimiento; un proceso de *auto-realización* que impulsa el comportamiento dirigido a las metas para aumentar esa misma individualidad (Davidson, 1994). En este contexto, la motivación se redefine como con propósito, intencional y positiva; dirigida hacia los mejores intereses de uno mismo. Todavía más, la motivación es la probabilidad de que una persona entrará, continuará y se comprometerá con una estrategia específica de cambio (Miller y Rollnick, 1991).

La motivación es multidimensional

La motivación, dentro de este nuevo significado, tiene una serie de componentes complejos que se discutirán en los siguientes capítulos de este “TIP”. Abarca todas las urgencias y deseos internos que sienten los clientes, las presiones externas y las metas que influyen al cliente, las percepciones sobre los riesgos y los beneficios de comportamientos para consigo mismos y las apreciaciones cognitivas de la situación.

La motivación es dinámica y fluctuante

La experiencia e investigación sugieren que la motivación es un estado dinámico que puede fluctuar con el tiempo y en relación con distintas situaciones, en lugar de ser un atributo personal estático. La motivación puede vacilar entre objetivos conflictivos. La motivación también varía en intensidad, vacilando entre las respuestas a las dudas y aumentando mientras éstas se resuelven y se ven las metas con mayor claridad. En este sentido, la motivación puede ser un estado ambivalente, equívoco o una preparación resuelta para actuar, o no actuar.

La motivación es influenciada por las interacciones sociales

La motivación pertenece a una persona, pero aún se puede entender como el resultado de las interacciones entre el individuo y otras personas o factores ambientales (Miller, 1995b). A pesar de que los factores internos son la base para el cambio, los factores externos son las condiciones del cambio. La motivación del individuo para el cambio puede estar influenciada fuertemente por la familia, amigos, emociones y apoyo comunitario. La falta de apoyo comunitario, como las barreras para el cuidado de salud, empleo y percepción pública del abuso de sustancias, también pueden afectar la motivación de un individuo.

La motivación se puede modificar

La motivación penetra en todas las actividades, operando en distintos contextos y en todo momento.

En consecuencia, la motivación es asequible y se puede modificar y aumentar en muchos de los puntos del proceso de cambio. Los clientes pueden que no tengan que “tocar fondo” o experimentar consecuencias terribles o irreparables por sus comportamientos para volverse conscientes de su necesidad de cambiar. Los clínicos y otros profesionales pueden tener acceso a, y aumentar la motivación de cambio en una persona bastante antes de que se haya perjudicado la salud, las relaciones, la reputación, o la imagen personal. (Miller, 1985; Miller et al., 1993).

A pesar de que existen diferencias considerables en cuanto a qué factores influyen la motivación de las personas, distintas clases de experiencias pueden tener efectos dramáticos, ya sea aumentando o disminuyendo la motivación. Las experiencias como la siguiente, con frecuencia impulsan a la gente a comenzar a considerar hacer cambios y qué pasos son necesarios:

- *Los niveles de angustia* pueden jugar un papel en el aumento de la motivación para cambiar o buscar una estrategia de cambio (Leventhal, 1971; Rogers et al., 1978). Por ejemplo, a muchos individuos les impulsa cambiar o buscar ayuda durante o después de episodios de mucha ansiedad o depresión.
- *Los sucesos críticos en la vida* a menudo estimulan la motivación para cambiar. Los acontecimientos importantes que impulsan cambios van desde la inspiración espiritual o la conversión religiosa hasta accidentes traumáticos, enfermedades serias o la muerte de seres queridos, ser despedidos, quedar embarazada, o casarse. (Sobell et al., 1993b; Tucker et al., 1994).
- *La evaluación cognoscitiva o valoración*, con la cual un individuo evalúa el impacto de las sustancias en su vida, puede llevar al cambio. Este sopesar de las ventajas y desventajas del uso de sustancias, es responsable del 30 al 60 por ciento de los cambios que se registran en estudios de recuperación natural (Sobell et al., 1993b).
- *El reconocimiento de las consecuencias negativa* y el mal o daño que uno pueda estar haciéndole a otros o a uno mismo, ayuda a algunas personas a motivarse a cambiar (Varney et al., 1995). Ayudar a los clientes a ver la conexión entre el uso de sustancias y las consecuencias adversas para ellos mismos o los demás, es una estrategia motivacional importante.

- *Los incentivos externos positivos y negativos* también pueden influir en la motivación. Los amigos que apoyan y sienten empatía, las recompensas o la coerción de muchas clases, pueden estimular la motivación para el cambio.

La motivación es influenciada por el estilo del clínico

La forma en que usted, el clínico interactúa con los clientes tiene un impacto crucial en cómo responden al tratamiento y de si éste resulta exitoso. Los investigadores han encontrado diferencias dramáticas en las tasas de abandono o cumplimiento entre consejeros de un mismo programa que aparentemente están usando las mismas técnicas (Luborsky et al., 1985). El estilo del consejero puede ser una de las variables, a menudo la más importante, y con más frecuencia la más ignorada, para predecir la respuesta del cliente a una intervención, explicando más la variación que las características del cliente (Miller y Baca, 1983; Miller et al., 1993). En una publicación de literatura sobre las características del consejero relacionadas con la efectividad del tratamiento para usuarios de sustancias, los investigadores encontraron que establecer una alianza de ayuda y buenas destrezas interpersonales, era más importante que el adiestramiento personal o la experiencia (Najavatis y Weiss, 1994). Los atributos más deseables en un consejero concuerdan con los recomendados en la literatura psicológica general e incluyen la calidez no-posesiva, amigabilidad, genuinidad, respeto, afirmación y empatía.

Una comparación directa de estilos de consejeros sugirió que un acercamiento confrontativo y directivo, podía suscitar una resistencia aún más inmediata por parte del cliente y, en consecuencia, resultados más pobres que con un estilo centrado en el cliente, de apoyo y empático que usa escuchar con atención y la persuasión amable (Miller et al., 1993). En este estudio, cuanto más se confrontaba a un cliente, más alcohol bebía éste. La consejería de confrontación en el estudio, incluía retos al cliente, discutir, refutar y hacer uso de sarcasmos.

La tarea del clínico es hacer surgir y aumentar la motivación

A pesar de que el cambio es la responsabilidad del cliente, y de que mucha gente cambia su comportamiento de uso excesivo de sustancias por su cuenta sin intervención terapéutica (Sobell et al., 1993b), usted puede aumentar la motivación de su cliente por un cambio beneficioso en cada una de las etapas del proceso de cambio. Sin embargo, su tarea no es la de simplemente enseñar, impartir instrucciones o dar consejo. Sino que más bien, el

clínico ayuda y estimula a los clientes a reconocer un comportamiento problemático (por ej., al estimular el disonancia cognoscitivo), para considerar un cambio positivo como lo que más le conviene, sentirse competente para cambiar, desarrollar un plan de cambio, comenzar a actuar, y continuar usando estrategias que hagan desistir de un regreso al comportamiento problemático (Miller y Rollnick, 1991). Sea sensible a las influencias como, por ejemplo, el trasfondo cultural de su cliente; el conocimiento o desconocimiento del mismo pueden influenciar en la motivación de su cliente.

¿Por qué Aumentar la Motivación?

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación, están asociados con una mayor participación en el tratamiento y resultados positivos en éste. Estos resultados incluyen disminuciones en el consumo, tasas de abstinencia mayores, ajuste social, y referidos exitosos en el tratamiento (Landry, 1996; Miller et al., 1995a). Una actitud positiva hacia el cambio y un compromiso con el cambio, también están asociados con los resultados positivos del tratamiento (Miller y Tonigan, 1996; Prochaska y DiClemente, 1992).

Los beneficios de emplear técnicas para aumentar la motivación incluyen:

- Inspirar la motivación para el cambio
- Preparar los clientes para entrar al tratamiento
- Comprometer y retener los clientes en el tratamiento
- Aumentar la participación y la involucración
- Mejorar los resultados del tratamiento
- Estimular un regreso rápido al tratamiento en el caso de síntomas de recaída

Cambiando las Perspectivas sobre la Adicción y el Tratamiento

Los estadounidenses con frecuencia han demostrado ambivalencia hacia el uso excesivo de drogas y alcohol. Han vacilado entre ver a los ofensores como pecadores corruptos moralmente que son la preocupación principal del clero y de la ley, y verlos como víctimas de un deseo compulsivo por el que deberían recibir tratamiento médico. Después de que entrara en vigor la Ley de Narcóticos Harrison, en 1914, los médicos fueron encarcelados por tratar adictos. Durante los años 20, el tratamiento

compasivo de dependencia y supresión al opio estaba disponible en clínicas médicas, inclusive al mismo tiempo, el mismo apoyo entusiasta del movimiento de abstinencia y prohibición, ganaba auge. Estos puntos de vista conflictivos fueron expresados más adelante en opiniones públicas sobre quién merecía tratamiento (por ej., las granjeras del oeste medio adictas al láudano) y quién no (por ej., afroamericanos urbanos).

Más recientemente, son distintos puntos de vista acerca de la naturaleza y etiología de la adicción los que han influenciado el desarrollo y práctica de los tratamientos actuales de abuso de sustancias. Distintas perspectivas han guiado la estructura y organización del tratamiento y los servicios ofrecidos (Instituto de Medicina, 1990b). En una comparación entre el tratamiento de abuso de sustancias y un péndulo que oscila, un escritor señaló:

Las nociones de baja moral y la incurabilidad han sido vinculadas con problemas de dependencia a las drogas, desde hace por lo menos un siglo. Inclusive en la actualidad, las actitudes del público y de los profesionales hacia el alcoholismo, son una amalgama de puntos de vista contrastantes, a menudo irreconciliables aparentemente: El alcohólico está no sólo *enfermo* sino también es *moralmente débil*. Las actitudes hacia los que dependen de los derivados del opio son una amalgama parecida, con el elemento del defecto moral en una proporción algo mayor. (Jaffee, 1979, p.9).

Modelos de Tratamiento que Evolucionan

El desarrollo de un sistema moderno de tratamiento de abuso de sustancias, data tan solo de finales de los años 60, al despenalizar la ebriedad pública y el aumento de los miedos por crímenes asociados con el crecimiento de la adicción a la heroína. No obstante, el sistema ha evolucionado rápidamente en respuesta a las nuevas tecnologías, investigaciones y al cambio de las teorías de adicción asociadas con las intervenciones terapéuticas. Los seis modelos de adicción que se describen a continuación han competido para captar la atención y servido de guías en la aplicación de estrategias de tratamiento durante los últimos 30 años.

Modelo moral

Algunos ven la adicción como una serie de comportamientos que violan los códigos religiosos, morales o legales. Desde esta perspectiva, la adicción surge de un comportamiento escogido libremente que es inmoral, quizás pecaminoso, y algunas veces ilegal. Asume que los individuos que escogen hacer mal uso de sustancias, crean sufrimiento para sí mismos y para los demás, y que les falta

autodisciplina y autocontrol. El mal uso y abuso son irresponsabilidades y acciones intencionales que merecen castigo (Willbanks, 1989), incluyendo el arresto y la encarcelación (Thombs, 1994). Debido a que el uso excesivo de sustancias se ve como el resultado de una elección moral, el cambio sólo puede venir de un ejercicio de poder de voluntad (IOM, 1990b), castigo externo, o encarcelación.

Modelo médico

Un punto de vista contrastante que ve la adicción como una enfermedad crónica y progresiva, inspiró lo que se ha venido a llamar modelo médico de tratamiento, el cual evolucionó de la primeras clases de modelos de enfermedades que enfatizaban la necesidad de tratamiento humano y teorizaban una dicotomía entre los “normales” y “adictos” o “alcohólicos.” De los últimos se afirmaba que se diferenciaban cualitativa, psicológica e irreversiblemente de los individuos normales. Los modelos médicos más recientes, adquieren un punto de vista “biopsicosocial” más abarcador, en armonía con un entendimiento moderno de las enfermedades crónicas como determinadas por varios factores.

Sin embargo, el énfasis se concentra aún en las causas físicas. Dentro de este punto de vista, los factores genéticos aumentan la posibilidad de que un individuo haga mal uso de sustancias psicoactivas o que pierda el control al usarlas. Los cambios neuroquímicos en el cerebro que surgen por el uso de sustancias, inducen al uso continuo, así como al desarrollo de la dependencia psicológica. El tratamiento bajo este modelo se ofrece típicamente en hospitales o ambientes médicos, e incluye varias terapias farmacológicas para ayudar a la desintoxicación, los síntomas de reducción, aversión o mantenimiento de alternativas apropiadas.

La responsabilidad de resolver el problema no recae en el cliente, y el cambio viene únicamente mediante el reconocimiento de la pérdida de control, cumplir con las recetas de medicamentos y participar en grupos de autoayuda (IOM, 1990B).

Modelo espiritual

El modelo espiritual de adicción es uno de los de mayor influencia en Estados Unidos, en gran medida por sus directivas de 12-pasos como Alcohólicos Anónimos (AA), Cocainistas Anónimos, Narcóticos Anónimos, y Al-non. Este modelo se confunde con frecuencia con los modelos moral y médico, pero su énfasis es bastante distinto (Miller y Kurtz, 1994). En los escritos originales de la AA, se discute los “defectos de carácter” como centrales para entender el alcoholismo, dándole un énfasis particular a aspectos como el orgullo contra la humildad y el

resentimiento contra la aceptación. Desde este punto de vista, las sustancias se usan como un intento para lograr llenar un vacío e insignificancia espirituales.

Los modelos espirituales dan mucho menos peso a la etiología que a la importancia del camino espiritual para recuperarse. Los programas de Doce Pasos enfatizan el reconocer un Poder Supremo (a menudo llamado Dios en AA) más allá de uno mismo, pidiendo la sanación de la personalidad, manteniendo comunicación con el Poder Supremo por medio de la oración y meditación, y buscan amoldar sus vidas a las de su voluntad. Los programas de Doce pasos no son totalmente programas de “autoayuda” sino más bien programas de “ayuda del Poder Supremo”. El primero de los 12 pasos es reconocer que uno no puede literalmente ayudarse a uno mismo o encontrar la recuperación por medio de su propia voluntad. En cambio, el camino de vuelta a la salud es espiritual, conllevando el rendimiento de la voluntad al Poder Supremo. Los clínicos siguen varias de las guías para apoyar a sus clientes en la involucración en los programas de 12 pasos (Tonigan et al., 1999).

Los programas de Doce Pasos tienen sus raíces en el protestantismo estadounidense, aunque otros modelos espirituales no recaen claramente en el Cristianismo o inclusive en el pensamiento teísta. La meditación trascendental, basada en la práctica espiritual oriental, se ha practicado ampliamente como un método para evitar y recuperarse de problemas por abuso de sustancias (Marlatt y Kristeller, 1999). La espiritualidad de los indios nativos de Estados Unidos se ha integrado a los programas de tratamiento para estas poblaciones mediante el uso de chozas para sudar y otros rituales tradicionales, como ceremonias de canto y sanación. Todos los modelos espirituales comparten un reconocimiento de las limitaciones del ser y un deseo de lograr salud por medio de una conexión con lo que trasciende al individuo.

Modelo psicológico

Dentro del modelo psicológico de adicción, el uso de sustancias problemático surge de deficiencias en el aprendizaje, disfunción emocional o psicopatología que se puede tratar por medio de terapias dinámicas orientadas por comportamiento o psicoanalíticamente. El trabajo pionero de Sigmund Freud ha tenido un efecto profundo y duradero en el tratamiento de abuso de sustancias. El originó la noción de los mecanismos de defensa (por ej., la negación, proyección, racionalización), concentrada en la importancia de las experiencias en los primeros años de la niñez, y desarrolló la idea de la mente inconsciente. El inicio del psicoanálisis vio los trastornos por abuso de sustancias como si surgiera de los deseos inconscientes de morir y de tendencias

autodestructivas del id (Thombs, 1994). La dependencia a las sustancias se creía que era una forma lenta de suicidio (Khantzian, 1980). Otros de los primeros escritores psicoanalistas, enfatizaron el papel de la fijación oral en la dependencia de sustancias. Un punto de vista psicoanalítico más contemporáneo, es que el uso de sustancias es un síntoma de funcionamiento deteriorado del ego; una parte de la personalidad que comunica las órdenes del id y las realidades del mundo externo.

Desde esta perspectiva, el uso de las sustancias es un intento para compensar las vulnerabilidades en la estructura del ego. El uso de sustancias, entonces, lo motiva una inhabilidad para regular la vida interna de uno y el comportamiento externo. Por tanto, el tratamiento psicoanalítico asume que el discernimiento obtenido mediante el proceso de tratamiento, da como resultado fortalecimiento de los mecanismos internos, lo cual se vuelve evidente al establecer controles externos; en otras palabras, el proceso de cambio pasa de interno (intrapsíquico) a externo (de comportamiento, interpersonal). Un análisis psicoanalítico interesante, paralelo a la teoría motivacional moderna, se encuentra en las escrituras de Anton Kris, quien describe los “conflictos de ambivalencia” observados en los clientes que:

Podrían provocar una inercia paralizante no sólo en el paciente sino en el método del tratamiento. En esos casos, el paciente y analista, al igual que el conductor de un automóvil atrapado en un lomo de nieve, debe dirigir un movimiento de balanceo que eventualmente gana suficiente impulso como para permitir el movimiento en una u otra dirección (Kris, 1984, p. 224).

Otros profesionales ven la adicción como un síntoma de un trastorno mental subyacente. Desde esta perspectiva, el tratamiento exitoso del trastorno psiquiátrico principal, debe traer como resultado la solución del problema de uso de sustancias. Sin embargo, durante esta década, una cantidad sustancial de investigación y de atención clínica, han revelado una relación más compleja entre los trastornos psiquiátricos y por abuso de sustancias y los síntomas. Específicamente, el uso de sustancias puede causar síntomas psiquiátricos y aparentar trastornos psiquiátricos; el uso de sustancias puede provocar o empeorar la severidad de los trastornos psiquiátricos; el uso de sustancias puede enmascarar los trastornos psiquiátricos y los síntomas; la retirada de la dependencia severa a las sustancias puede acelerar los síntomas psiquiátricos; los trastornos psiquiátricos y por abuso de sustancias pueden coexistir; y los trastornos psiquiátricos pueden provocar comportamientos que se asemejan a los

asociados con problemas por uso de sustancias (CSAT, 1994b; Landry et al., 1991).

Desde la perspectiva de la psicología de comportamiento, el uso de sustancias es un comportamiento aprendido que se repite en relación directa a la cualidad, cantidad e intensidad de los *refuerzos* que siguen a cada episodio de uso (McAuliffe y Gordon, 1980). La adicción se basa en el principio de que la gente tiene la tendencia a repetir ciertos comportamientos si reciben refuerzos para hacerlo. Los refuerzos positivos de uso de sustancias dependen de la sustancia usada, pero incluyen efectos poderosos en el sistema central nervioso. Otras variables sociales, como la aceptación del grupo, pueden actuar también como refuerzos positivos. Los refuerzos negativos incluyen la disminución de la ansiedad y la eliminación de los síntomas de retirada. Las experiencias y expectativas de una persona en relación con los efectos de las sustancias elegidas sobre ciertas emociones o situaciones, determinará los patrones del uso de sustancias. El cambio sucede si los refuerzos reciben más importancia que, o se reemplazan con, consecuencias negativas, también conocidas como *castigos*, y el cliente aprende a aplicar estrategias para lidiar con los situaciones que llevan al uso de la sustancia.

Otros psicólogos han enfatizado el papel de los procesos cognoscitivos en el comportamiento adictivo. El concepto de Bandura de autoeficacia – la habilidad percibida para cambiar o controlar el comportamiento de uno mismo – ha influenciado en los conceptos modernos de la adicción (Bandura, 1997). Los terapeutas cognoscitivos han descrito los acercamientos al tratamiento para modificar las creencias patogénicas que podrían sustentar el abuso de sustancias (Beck et al., 1993; Ellis y Velten, 1992).

Modelo sociocultural

Una perspectiva relacionada, sociocultural, de la adicción, enfatiza la importancia de los procesos de socialización y del medio ambiente cultural al desarrollar – y mejorar – los trastornos por abuso de sustancias. Los factores que afectan el comportamiento de beber incluyen posición socioeconómica, creencias culturales y étnicas, disponibilidad de sustancias, leyes y penalidades que regulan el uso de sustancias, las normas y reglas familiares y de otros grupos sociales como las expectativas de los padres o compañeros de la misma edad, cómo se moldean los comportamientos aceptables, y la presencia o ausencia de refuerzos. Puesto que los problemas relacionados con sustancias se ve que ocurren en relaciones interactivas con las

familias, grupos y comunidades, las alteraciones en las políticas, leyes y normas, forman parte del proceso del cambio. Crear nuevas relaciones sociales y familiares, desarrollar destrezas y competencias sociales, y trabajar con la infraestructura cultural de uno, son vías importantes para el cambio en el modelo sociocultural (IOM, 1990b). Desde la perspectiva sociocultural, un aspecto pasado por alto con frecuencia, es la selección de principios éticos o la renovación de oportunidades para el crecimiento espiritual que puedan mejorar la culpa, vergüenza, arrepentimiento y tristeza sobre el daño que puedan haber hecho los clientes a sí mismos, o a otros a causa de su uso de sustancias.

Modelo biosicosocial-espiritual compuesto

Mientras que se han hecho evidentes los conflictos entre estos modelos de adicción rivales y según la investigación se ha demostrado ciertas verdades para cada uno de los modelos, el campo de la adicción ha buscado una construcción sencilla para integrar estas distintas perspectivas (Wallace, 1990). Esto ha llevado a un marco de trabajo biosicosocial-espiritual en crecimiento, que reconoce la importancia de muchas influencias que interactúan. De hecho, el punto de vista actual es que todas las enfermedades crónicas, ya sea uso de sustancias, cáncer, diabetes, o enfermedades coronarias, se tratan mejor por medio de acercamientos colaborativos y comprensivos que lidan tanto con los componentes biosicosociales como con los espirituales (Borysenko y Borysenko, 1995; Williams y Williams, 1994). Este modelo abarcador de adicción conserva los elementos y técnicas que han sido probados en cada uno de los modelos anteriores y elimina algunas de las suposiciones anteriores – y erróneas – que se discuten más adelante.

Mitos sobre los Rasgos de los Clientes y la Consejería Efectiva

A pesar de que el campo está evolucionando hacia un entendimiento más abarcador del uso y mal uso de sustancias, los primeros puntos de vista sobre la adicción aún persisten en partes de nuestro sistema de tratamiento. Algunos de éstos son meramente anacronismos; otros sí pueden hacer daño a los clientes. Las investigaciones recientes han demostrado que algunas clases de intervenciones que se han incluido dentro de los acercamientos de tratamientos en los Estados Unidos, puede que hayan reducido paradójicamente la motivación hacia el cambio beneficioso. Otros estereotipos persistentes, también interfieren con el establecimiento de una alianza de ayuda o asociación entre el clínico y el cliente. Entre las suposiciones acerca de los clientes y

técnicas que se están cuestionando y descartando, aparecen las que se discuten más adelante.

Ramificaciones de la adicción de una personalidad adictiva

A pesar de que se cree comúnmente que los que abusan de sustancias poseen rasgos de personalidad parecidos que pueden dificultar el tratamiento, no se ha encontrado ningún rasgo de personalidad distintivo que prediga que un individuo vaya a desarrollar un desorden por abuso de sustancias. Las tendencias de una personalidad adictiva que se citan con más frecuencia son la negación, proyección, y discernimiento y autoestima pobres. Las investigaciones, muchas de las cuales se han concentrado en clientes con dependencia en alcohol, sugieren que no existe una personalidad característica entre los individuos dependientes de sustancias (Løebrig y Miller, 1986; Mille, 1976; Vaillant, 1995). En cambio, la investigación sugiere que la gente con problemas por abuso de sustancias refleja una gran gama de personalidades. Sin embargo, la existencia de una personalidad continúa siendo una creencia popular. Una razón para esto podría ser que ciertas similitudes de comportamiento, emoción, conocimiento y dinámicas familiares si tienden a salir a la superficie a lo largo del transcurso del trastorno por abuso de sustancias. En el transcurso de la recuperación, estas semejanzas disminuyen y la gente se vuelve más variada.

Resistencia y negación son rasgos de la adicción

Asumir negación, racionalización, evasión, defensividad, manipulación y resistencia, son características que se atribuyen con frecuencia a los usuarios de sustancias. Es más, puesto que estas respuestas pueden ser barreras para el tratamiento exitoso, los clínicos y las intervenciones, a menudo se concentran en estos aspectos. Sin embargo, la investigación no ha apoyado la conclusión de que las personas dependientes de sustancias, como grupo, tienen mecanismos de defensa anormalmente sólidos.

Existen varias explicaciones posibles para esta creencia. La primera es la percepción selectiva; es decir, en retrospectiva, los clientes excepcionalmente difíciles se elevan para convertirse *modelos* de respuestas usuales. Es más, los términos “negación” y “resistencia” se usan a menudo para describir la falta de acatamiento o motivación entre los usuarios de sustancias, mientras que el término “motivación” se reserva para conceptos como aceptación y rendimiento (Killatrick et al., 1978; Nir y Cutler, 1978; taleff, 1997) Por tanto, los clientes que no están de acuerdo con los clínicos, que rechazan la

consejería del tratamiento, a menudo reciben la etiqueta de desmotivados, en negación y resistentes (Miller, 1985b; Miller y Rollnick, 1991). En otras palabras, el término “negación” se puede usar erróneamente para describir desacuerdos, malos entendidos o expectativas clínicas que difieren de las metas personales de los clientes y podrían reflejar aspectos de contra-transferencia (Taleff, 1997).

Otra explicación es que los comportamientos que se juzgan como normales en individuos corrientes,

reciben la calificación de patológicos cuando se observan en las poblaciones usuarias de sustancias (Orford, 1985). Los clínicos y otros expertos en usuarios de sustancias, esperan que los usuarios de sustancias exhiban mecanismos de defensa – anormalmente fuertes – patológicos. Una tercera explicación es que en realidad los procedimientos de tratamiento obligan a los clientes a reaccionar a la defensiva. La negación, racionalización, la resistencia y la argumentación, como expresiones de la libertad personal, son mecanismos de defensa comunes que

¿QUÉ PASA CON LA CONFRONTACIÓN?

Por una serie de razones, el campo del tratamiento en los EEUU adquirió métodos considerablemente agresivos, argumentativos y “reventadores de negación” para confrontar a la gente con problemas de alcohol y drogas. Esto se debió en parte a la creencia de que el abuso de sustancias viene acompañado de un patrón de personalidad específico que se caracteriza por mecanismos de defensa rígidos como la negación y racionalización. Dentro de esta perspectiva, el clínico tiene que tomar responsabilidad por inculcar la realidad a sus clientes, a quienes se les enseña a ser incapaces de ver por sí mismos. Esa confrontación ganó terreno con el modelo de tratamiento famoso de Minesota y, más aún, en Synanon (una comunidad de tratamiento de drogas muy conocido por sus sesiones de encuentro, en las que los participantes se atacaban verbalmente unos a otros) y en otros programas comunitarios de tratamiento parecidos.

Después de los años setenta, el campo del tratamiento comenzó a alejarse de estos métodos. La Fundación Hazelden renunció oficialmente al acercamiento “demolerlos para reconstruirlos”, en 1985, expresando arrepentimiento por el que esos acercamientos de confrontación se hayan asociado con el modelo Minesota. Los estudios psicológicos han fallado en encontrar algún patrón de personalidad consistente o mecanismos de defensa asociados con trastornos por abuso de sustancias, y estudios clínicos han vinculado resultados más pobres cuanto más confrontativos son los clínicos, los grupos y los programas (Miller et al., 1995a). En cambio, los resultados exitosos generalmente se asocian con los consejeros que demuestran niveles altos de empatía precisa, según lo define Carl Rogers y lo describen Najavits y Weiss, 1994). El Instituto Johnson en la actualidad enfatiza un estilo compasivo y de apoyo para llevar a cabo las intervenciones familiares.

Al principio me sorprendí, por lo tanto, cuando los clínicos que asisten a mis talleres sobre entrevistas motivacionales y me ven demostrar el estilo, observé: “En una forma completamente distinta, usted también es confrontativo”. El tema surge ahora en casi todos los adiestramientos. “Confrontación amable” la llaman algunos. Esto me hizo pensar en lo qué significa realmente la confrontación.

Las raíces lingüísticas del verbo “confrontar” significan estar cara a cara. Cuando se piensa en ésta de ese modo, la confrontación es precisamente lo que estamos tratando de lograr: permitir a nuestros clientes enfrentarse cara a cara con una dificultad y a menudo una realidad amenazante, “dejarla entrar” en lugar de “bloquearla”, y dejar que esta realidad los cambie. Esto hace de la confrontación una *meta* de consejería en lugar de un *estilo* o *técnica* en particular.

Una vez se entiende esto – esa apertura a información nueva, cara a cara, es una *meta* de consejería – entonces la pregunta se vuelve: “¿Cuál es el mejor modo de lograr esa meta?” La evidencia es tan fuerte como para que los acercamientos directos, forzosos y agresivos sean quizás el modo *menos* efectivo para ayudar a la gente a considerar nueva información y cambiar sus perspectivas. Esa confrontación aumenta el mismo fenómeno y se supone que venza – la defensividad- y disminuya la posibilidad de cambio del cliente (Miller et al., 1993).

También es inadecuado para muchas culturas. Ponerse cara a cara con un cliente puede trabajar para algunos, pero para muchos, es exactamente lo contrario lo que se necesita: ponerse cara a cara con la realidad dolorosa y cambiarla.

William R. Miller, Director del Panel de Consenso

mucha gente utiliza instintivamente para protegerse emocionalmente (Brehm y Brehm,

1981). Cuando a los clientes se les etiqueta peyorativamente como *alcohólico* o *manipulador*

o *resistente*, no se da espacio para seleccionar metas de tratamiento, o dirigir con autoridad sobre hacer algo o no, el resultado es una respuesta predecible – y considerablemente normal – de desafío. Es más, cuando los clínicos asumen que estas defensas se deben confrontar y “romper” por medio de tácticas adversativas, el tratamiento se puede volver contraproducente (Taleff, 1997). Una estrategia de confrontación agresiva es probable que provoque una resistencia fuerte y una negación directa. En consecuencia, una razón para que los altos niveles de negación y resistencia se consideren con frecuencia como atributos de los dependientes de sustancias como grupo, es porque sus mecanismos normales de defensa se retan y salen a relucir por medio de las estrategias clínicas de confrontación con suma frecuencia. Esencialmente, esto se vuelve la crónica de un resultado anunciado (Jones, 1977).

La confrontación es un estilo de consejería adecuado

En el tratamiento contemporáneo, el término “confrontación” tiene varios significados, refiriéndose generalmente a una clase de intervención (una confrontación planeada) o un estilo de consejería (una sesión confrontativa). El término puede reflejar la suposición de que la negación y otros mecanismos de defensa tienen que “atravesarse” o “destrozarse” usando acercamientos terapéuticos que se pueden caracterizar como autoritarios y adversativos (Taleff, 1997). Como se ha señalado, esta clase de confrontación puede propiciar la resistencia en lugar de la motivación para cambiar o cooperar. La investigación sugiere que con cuanta más frecuencia los clínicos usen las técnicas de confrontación adversariales con los clientes usuarios de sustancias, menos probable será que cambien los clientes (Miller et al., 1993), y los juicios clínicos controlados ponen a los acercamientos de confrontación entre los métodos de tratamiento menos efectivos (Miller et al., 1998).

Sin embargo, existe una clase de confrontación terapéutica constructiva. Si ayudar a los clientes a confrontar y evaluar la realidad de sus comportamientos, es un prerrequisito para el cambio intencional, los clínicos que usan las estrategias motivacionales se concentran en la confrontación constructiva como una meta del tratamiento. Desde esta perspectiva, la confrontación terapéutica es útil al ayudar a los clientes a identificar y reconectarse con sus

metas personales, a reconocer entre el comportamiento actual y los ideales deseados (Ivey et al., 1997), y a resolver la ambivalencia acerca de hacer cambios positivos.

Cambios en el Campo de La Adicción

Según ha madurado el campo de la adicción, ha tratado de integrar teorías conflictivas y acercamientos al tratamiento, así como incorporar hallazgos de investigación relevantes en un sólo modelo abarcador. Muchos cambios positivos han surgido, y el nuevo punto de vista de la motivación y las estrategias asociadas con aumentar la motivación del cliente caen dentro, y reflejan, muchas de estas teorías. Algunos de los nuevos rasgos del tratamiento que han tenido implicaciones importantes para aplicar métodos motivacionales, se discuten más adelante.

Concéntrase en las Competencias y Fortalezas del Cliente

Mientras que el campo del tratamiento históricamente se ha concentrado en los déficits y limitaciones de los clientes, hay un gran énfasis mayor en identificar, aumentar, y usar las competencias y fortalezas de los clientes. Esta tendencia es paralela a los principios de la consejería motivacional, la cual afirma al cliente, enfatiza la libre elección, apoya y fortalece la autoeficacia y estimula el optimismo de que el cambio se puede lograr (véase el capítulo 4). Como con algunos aspectos del modelo moral de adicción, la responsabilidad para la recuperación vuelve a recaer firmemente en el cliente; sin embargo, el tono juzgador se elimina.

Tratamiento Individualizado y Centrado en el Cliente

En el pasado, los clientes recibían con frecuencia tratamiento estandarizado, independientemente de los problemas o la severidad de la dependencia a sustancias. Hoy día, el tratamiento se basa generalmente en las necesidades individuales de un cliente, las cuales se evalúan cuidadosa y abarcadoramente en la admisión. Los estudios investigativos han demostrado que los resultados positivos al tratamiento, están asociados con las políticas flexibles del programa y con un enfoque en las necesidades individuales del cliente (Inciardi et al., 1993). Es más, a los clientes se les da elecciones acerca de las opciones de tratamiento deseadas y apropiadas, en lugar de recetar un tratamiento. Como se ha señalado, los acercamientos

motivacionales enfatizan la elección del cliente y la responsabilidad personal para el cambio, inclusive fuera del sistema de tratamiento. Las estrategias motivacionales provocan metas personales por parte de los clientes e involucran a los clientes en la selección de la clase de tratamiento necesario o deseado dentro de una variedad de opciones.

Un Distanciamiento de las Etiquetas

Históricamente, un diagnóstico o enfermedad definía al cliente y lo convertía en un atributo deshumanizante del individuo. En la medicina moderna, rara vez se refiere a los individuos con asma o una psicosis, como “el asmático” o el “psicótico”. Del mismo modo, en el terreno del uso de sustancias, hay una tendencia a evitar etiquetar a las personas con trastornos por abuso de sustancias como “adictos” o “alcohólicos”. Los clínicos que usan un estilo motivacional, establecen una alianza terapéutica con el cliente y extraen del cliente metas y estrategias de cambio. El cliente tiene la responsabilidad final de hacer los cambios, con o sin la ayuda del clínico. A pesar de que las estrategias motivacionales hacen que el cliente plantee sus intenciones y planes para el cambio, también reconocen la realidad biológica: el riesgo intensificado asociado con una predisposición genética al abuso de sustancias o a la dependencia y el efecto poderoso de las sustancias en el cerebro, lo cual puede hacer el cambio extremadamente difícil. De hecho, las estrategias motivacionales piden al cliente que considere lo que le gusta de la sustancia de su elección – la motivación para usarla – antes de concentrarse en las consecuencias menos buenas o negativas, y sopesar el valor de cada una de las mismas.

Uso de la Empatía, no de la Autoridad ni del Poder

Mientras que el proveedor tradicional se veía como un disciplinador e impregnado de poder para recomendar la suspensión del cliente por infracciones a las reglas, penalidades por orina “sucias”, o ascenderlo a una fase superior del tratamiento por haber seguido las directivas exitosamente, la investigación demuestra en la actualidad que los resultados positivos del tratamiento están asociados con los niveles altos de empatía clínica reflejados al escuchar con atención y cálidamente (Landry, 1996). Las características del clínico que se encontraron para aumentar la motivación del cliente, incluyen buenas destrezas interpersonales, confianza en el

proceso terapéutico, la capacidad para reunirse con el cliente donde éste se encuentre, y optimismo de que el cambio es posible (Najavits y Weiss, 1994).

Enfoque en Intervenciones Tempranas

El sistema de tratamiento formal, especialmente en los inicios de recibir fondos públicos, estaba principalmente al servicio de un grupo de clientes crónicos, con una dependencia severa a las sustancias (Pattison et al., 1977). Esto podría ser una razón por la que ciertas características como la negación se asocian con la adicción. Si estos clientes no tenían éxito en el tratamiento, o no cooperaban, se les veía como desmotivados y se soltaban de vuelta a la comunidad para que “tocaran fondo”; por ej., sufrir consecuencias negativas severas que podrían motivarlos a cambiar.

Más recientemente, se han establecido una variedad de programas de tratamiento para intervenir antes con personas cuyo consumo de alcohol o de drogas sea problemático o potencialmente riesgoso, aunque no serio todavía. Estos esfuerzos de intervenciones tempranas van desde programas educacionales (incluyendo la revisión de una sentencia o reducirla a personas arrestadas por guiar en estado de embriaguez y que hayan participado en estos programas) hasta intervenciones breves en ambientes adecuados, como departamentos de emergencia en hospitales, clínicas y oficinas de doctores, en éstos se señala los riesgos de beber en exceso, se sugiere un cambio, y se dan referidos para programas formales de tratamiento según sea necesario.

Algunos de los programas de intervenciones tempranas más exitosos, usan estrategias motivacionales para interceder con personas que no están aún conscientes de que tienen un problema asociado con el uso de sustancias (véase el capítulo 2 y el volumen que le sigue de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* – en imprenta “CSAT”-). Este giro en el pensamiento significa no sólo que los servicios de tratamiento se proporcionan cuando los clientes desarrollan un problema con sustancias por primera vez, sino también cuando los clientes no han agotado sus recursos personales y pueden generar con mayor facilidad suficiente energía y optimismo para iniciar un cambio. Las intervenciones breves

concentradas en la motivación, se ofrecen cada vez más en ambientes de cuidado agudo y primario (D'Onofrio et al., 1998; Ockene et al., 1997; Samuel et al., 1996).

Enfoque en Tratamientos Menos Intensivos

Uno de los resultados del nuevo énfasis en la intervención temprana y el cuidado individualizado, es la disponibilidad de tratamientos menos intensivos, pero igual de efectivos. Cuando el cuidado se uniformó, muchos de los programas no sólo tenían un protocolo rutinario de los servicios, sino también un período de estadía definido. En el famoso modelo de Minesota para tratamiento por alcoholismo, se consideraba que veintiocho días era la cantidad apropiada de tiempo para dar al paciente de alta exitosamente (usualmente tratamientos con sede en hospitales). Las facilidades residenciales y las clínicas de servicios externos también tenían procedimientos estándar de tratamiento. La investigación ha demostrado que las formas de intervención más cortas y menos intensivas pueden ser tan efectivas como las terapias más intensivas (Bien et al., 1993b; IOM, 1990b; Proyecto "MATCH Research Group", 1997a). El tema de la "intensidad" del tratamiento es demasiado vago, en lo que se refiere a su duración, cantidad, y costo de los servicios que se proporcionan sin referencia al contenido de los mismos. El reto de las investigaciones futuras es identificar *qué clases* de intervenciones demuestran la mejoría en los resultados en cuanto a la adicción. Para efectos de este "TIP", el énfasis se ha dado al hecho de que inclusive cuando el contacto terapéutico se restrinja a un período corto de tiempo, aún es posible afectar la motivación del cliente y desatar al cambio.

Impacto del Cuidado Administrado en el Tratamiento

Los cambios en el financiamiento del cuidado de salud (cuidado dirigido), han afectado marcadamente la cantidad de tratamiento que se provee, cambiando el énfasis de ambientes con pacientes internos a ambulatorios y sobrepasando la duración de algunos tratamientos. Aún se desconoce el impacto general de estos cambios en el acceso, calidad, resultados y costo del tratamiento. Dentro de este contexto, es importante recordar que inclusive como parte de los contactos de tratamientos relativamente breves, uno puede serle útil a los clientes al evocar el cambio por medio de los acercamientos

motivacionales. Las intervenciones motivacionales breves también pueden ser una forma efectiva para intervenir más temprano en el desarrollo del abuso de sustancias mientras la severidad y la complejidad de los problemas son menores (Obert et al., 1997).

Reconocimiento de una Continuidad de los Problemas por Abuso de Sustancias

Antes, el mal uso de sustancias, particularmente la *enfermedad* del alcoholismo, se veía como una condición progresiva que, si no se trataba inevitablemente conduciría a una dependencia total, y, posiblemente, a una muerte temprana. Actualmente, los clínicos reconocen que los trastornos por abuso de sustancias existen junto a una continuidad desde uso riesgoso o problemático mediante varias clases de abuso, hasta la dependencia que cumple con los criterios de diagnóstico en el "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales) 4ta edición (DSM-IV) (Asociación Americana de Psiquiatría – APA por sus siglas en inglés *American Psychiatric Association*, 1994). Es más, el progreso hacia la severidad en aumento no es automática. Muchos individuos nunca progresan más allá del consumo riesgoso, y otros van hacia adelante y hacia atrás entre períodos de abstinencia, uso excesivo y dependencia. La recuperación de la dependencia en el uso de sustancias, se ve como un proceso multidimensional diferente entre las personas y que cambia con el tiempo inclusive para una misma persona (IOM, 1990a, 1990b). Las estrategias motivacionales se pueden aplicar efectivamente a las personas en cualquier etapa de uso de sustancias hasta la dependencia. La variable clave, como se verá más adelante, no es la severidad del patrón de uso de sustancias, sino la preparación del cliente para el cambio.

Reconocimiento del Abuso con Varias Sustancias

Los especialistas han llegado a reconocer no sólo que los trastornos relacionados con sustancias varían en intensidad, sino que la mayoría implica más de una sustancia. Por ejemplo, en un estudio reciente se informó que en EEUU, tan solo 25 por ciento de la población adulta fumaba cigarrillos, mientras que del 80 al 90 por ciento de los adultos con trastornos por uso de alcohol son fumadores (Wetter et al., 1998). Antes, los programas de tratamiento por drogas y alcohol estaban completamente separados en ideología y

política, aun cuando la mayoría de los individuos con trastornos por abuso de sustancias también bebían copiosamente y que muchas de las personas que bebían en exceso también experimentaban con otras sustancias, incluyendo medicamentos recetados que se podían sustituir por alcohol o que aliviaban los síntomas de retirada. A pesar de que muchos programas de tratamiento se especializan principalmente en atender una clase de cliente en específico para los que las terapias son adecuadas, (por ej., programas de mantenimiento con metadona para clientes usuarios de derivados del opio) la mayoría trata ahora los problemas secundarios psicológicos y por uso de sustancias, o por lo menos los identifican y refieren cuando es necesario (Brown et al., 1995, 1999). En esto, también, los acercamientos motivacionales involucran a los clientes en escoger metas y negociar prioridades.

Aceptación de Nuevas Metas del Tratamiento

En el pasado, el tratamiento contra la adicción, por lo menos para los clientes con problemas por alcohol, se consideraba exitoso sólo si el cliente se volvía abstemio y no volvía a usar la sustancia después de ser dado de alta; una meta que quedó demostrada cuán difícil era de lograr (Brownell et al., 1986; Polich et al., 1981). El enfoque del tratamiento recaía casi por completo en hacer que el cliente dejase de usar la sustancia y comenzase a entender la naturaleza de su adicción. Hoy día, las metas del tratamiento incluyen una gama amplia de medidas biopsicosociales, como la reducción en el uso de sustancias, mejoramiento en la salud y funcionamiento psicosocial, mejoramiento en la estabilidad de empleo y reducción en la actividad criminal. La recuperación es de por sí multifacética, y los adelantos conseguidos en miras a la recuperación, pueden aparecer en una aspecto de la vida del cliente, aunque no en otro; lograr la meta de la abstinencia no necesariamente traduce en un funcionamiento mejorado en la vida del cliente. Los resultados del tratamiento incluyen pasos accidentales, aumentativos y hasta temporeros hacia las metas finales. Las estrategias motivacionales incorporan estas ideas y ayudan a los clientes a seleccionar y trabajar hacia las metas más importantes para éstos, incluyendo la reducción en el uso de sustancias a niveles menos dañinos, aunque la abstinencia se puede volver una meta en el caso de que la reducción no funcione. La reducción de daño (por ej., reducir la intensidad

del uso y el comportamiento de alto riesgo, substituyendo una sustancia menos riesgosa) puede ser una meta importante en el tratamiento temprano (APA, 1995). Al cliente se le motiva a concentrarse en valores y metas personales, incluyendo las aspiraciones espirituales y la reparación de las relaciones maritales o interpersonales. Las metas se definen desde un contenido más holístico, y las otras personas significativas se incluyen con frecuencia en las sesiones motivacionales.

Integración del Tratamiento de Abuso de Sustancias con Otras Disciplinas

Históricamente, el sistema de tratamiento de abuso de sustancias, a menudo se aislaba de la tendencia dominante en el cuidado de salud, en parte porque los profesionales médicos tenían poco adiestramiento en esta área, o no sabían qué hacer con los usuarios de sustancias a los que veían en los ambientes donde ejercían. Las oficinas de beneficencia, cortes, cárceles, departamentos de emergencia y clínicas de salud mental, tampoco eran adecuadas para responder apropiadamente al mal uso de sustancias. Hoy en día existe un movimiento fuerte para percibir el tratamiento contra la adicción en el contexto de salud pública y para reconocer su impacto en muchos otros sistemas de servicios. Gracias al adiestramiento múltiple y abarcador de los profesionales y a un aumento en la administración de programas conjuntamente, otros sistemas están identificándose con los usuarios de sustancias y están haciendo referidos para éstos o proporcionando los servicios de tratamiento adecuados (por ej., tratamiento de abuso de sustancias dentro del sistema de justicia criminal, servicios especiales para clientes que tienen tanto trastornos por abuso de sustancias como trastornos de salud mental). Las intervenciones motivacionales se han puesto a prueba y se ha encontrado que son efectivas en la mayoría de estos ambientes oportunos. A pesar de que en un principio los usuarios de sustancias suelen acercarse en busca de otros servicios, se les puede identificar y a menudo reducir el uso o lograr que se abstengan mediante intervenciones breves diseñadas cuidadosamente (véase el capítulo 2 y el volumen que le sigue de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* – en imprenta “CSAT”). Si se aplican ampliamente, estas intervenciones breves unirán al sistema de adicción más de cerca con otras redes de servicio

a través de referidos de personas a las que, después de una breve intervención, no pueden controlar su uso dañino de sustancias ni por su cuenta ni con la ayuda limitada de alguien que no sea especialista en el campo.

Un Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio

Como se señaló al principio del capítulo, la motivación y el cambio personal están vinculados ineludiblemente. Aparte de desarrollar un nuevo entendimiento de la motivación, una cantidad considerable de la investigación en adicción se ha concentrado en los determinantes y en los mecanismos del cambio personal. Al entender mejor la forma en que la gente cambia sin ayuda profesional, los investigadores y clínicos se han vuelto más capaces de desarrollar y aplicar intervenciones para facilitar cambios en los comportamientos inadaptados e insanos.

Cambio Natural

El cambio en el pensamiento acerca de la motivación, incluye la noción de que el cambio es más un proceso que un resultado (Sobell et al., 1993b; Tucker et al., 1994). El cambio ocurre en el ambiente natural, entre todas las personas, en relación con muchos comportamientos y sin intervención profesional. Esto es también cierto de los cambios de comportamiento positivos relacionados con el uso de sustancias, los cuales a menudo ocurren sin intervención terapéutica o grupos de auto-ayuda. Existe evidencia bien documentada de la recuperación independiente o natural del uso excesivo, problemático de alcohol, cigarrillos y drogas (Blomqvist, 1996; Chen y Kandel, 1995; Orleans et al., 1991; Sobell y Sobell, 1998). Uno de los estudios mejor documentados de este proceso natural de recuperación, es el seguimiento longitudinal de los veteranos de la Guerra de Vietnam (Robins et al., 1974). A pesar de que una cantidad de estos soldados se volvieron adictos a la heroína durante su período de servicio en Vietnam, sólo un 5 por ciento continuó siendo adicto un año después de su regreso, y sólo 12 por ciento volvió a usar heroína durante los 3 años siguientes; la mayoría tan solo por un período corto de tiempo. A pesar de que pocos de estos veteranos se

beneficiaron de los programas cortos de desintoxicación, la mayoría no participó en programas de tratamiento formales y aparentemente se recuperó por su cuenta. La recuperación de la dependencia de sustancias también se puede dar con un tratamiento limitado y, a la larga, por medio de un proceso de maduración (Brecht et al., 1990; Strang et al., 1997). Reconocer que los procesos implícitos de recuperación natural y de cambio independiente, ayuda a esclarecer cómo se pueden precipitar y estimular los cambios asociados con el uso de sustancias al aumentar la motivación.

La Figura 1-1 ilustra las dos formas de cambios naturales: el común y el asociado a las sustancias. Todo el mundo tiene que tomar decisiones acerca de los cambios importantes en la vida, como por ejemplo el matrimonio, o el divorcio, o comprar un hogar. Algunas veces, los individuos piden a algún consejero u otro especialista que los ayude con estas decisiones, pero, generalmente la gente decide estos cambios sin ayuda profesional. El cambio natural asociado con las sustancias también acarrea decisiones para aumentar, disminuir, o parar el uso de la sustancia. Algunas de estas decisiones son respuestas a sucesos críticos en la vida, otros son el reflejo de distintas clases de presiones externas, y otros parecerían surgir de una evaluación de los valores personales.

Es importante señalar que los cambios naturales relacionados con el uso de sustancias, pueden ir en cualquier dirección. Como respuesta a un divorcio inminente, por ejemplo, un individuo puede comenzar a beber copiosamente mientras que otro podría reducir el consumo o detenerlo. La gente que consume sustancias psicoactivas por tanto toman y pueden tomar decisiones en cuanto a sus patrones de consumo sin la intervención profesional.

Etapas de Cambio

Los teóricos han desarrollado varios modelos para ilustrar cómo ocurren los cambios en comportamiento. Dentro de una perspectiva, las consecuencias externas y las restricciones son en gran medida responsables de impulsar a los individuos a cambiar sus comportamientos de uso de sustancias. En otro modelo,

FIGURA 1-1 EJEMPLOS DE CAMBIOS NATURALES

Cambios naturales comunes	Cambios naturales en el uso de sustancias
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ir a la universidad ▪ Casarse ▪ Divorciarse ▪ Cambiar de trabajo ▪ Enlistarse en el ejército ▪ Irse de vacaciones ▪ Mudarse ▪ Comprar una casa ▪ Tener un bebé ▪ Retirarse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Experimentar con sustancias en la escuela superior ▪ Dejar de beber después de un accidente automovilístico ▪ Disminuir el consumo de alcohol después de ir a la universidad ▪ Detener el uso de sustancias antes de quedar embarazada ▪ Aumentar el consumo de alcohol durante un divorcio ▪ Disminuir el consumo de cigarrillos luego de un aumento en el precio ▪ Dejar de fumar marihuana antes de buscar un empleo ▪ Abstenerse de beber con ciertas amistades ▪ Reducir el consumo por consejo médico

las motivaciones intrínsecas son responsables de iniciar o terminar los comportamientos de uso de sustancias. Algunos investigadores creen que la motivación se describe mejor como una continuidad de la preparación que como etapas de cambio separadas (Bandura, 1997; Sutton, 1996). Esta hipótesis recibe también el apoyo de las investigaciones motivacionales relacionadas con un abuso de sustancias serio con drogas prohibidas (Simpson y Joe, 1993).

El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska y DiClemente, 1984). Este modelo surge luego de examinar 18 teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo ocurre el cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biospsicosocial para entender la adicción. En este sentido, el modelo es “transteórico” (IOM, 1990b).

Este modelo refleja también cómo ocurre el cambio fuera de los ambientes terapéuticos. Los autores aplicaron este patrón a individuos que modificaron comportamientos relacionados con fumar, beber, comer, ejercitarse, criar a a sus hijos y comunicaciones maritales por su cuenta, sin intervención profesional. Cuando el cambio hecho por uno mismo se comparó con las intervenciones terapéuticas, se notaron muchas semejanzas que llevaron a los investigadores a describir el cambio por pasos o etapas.

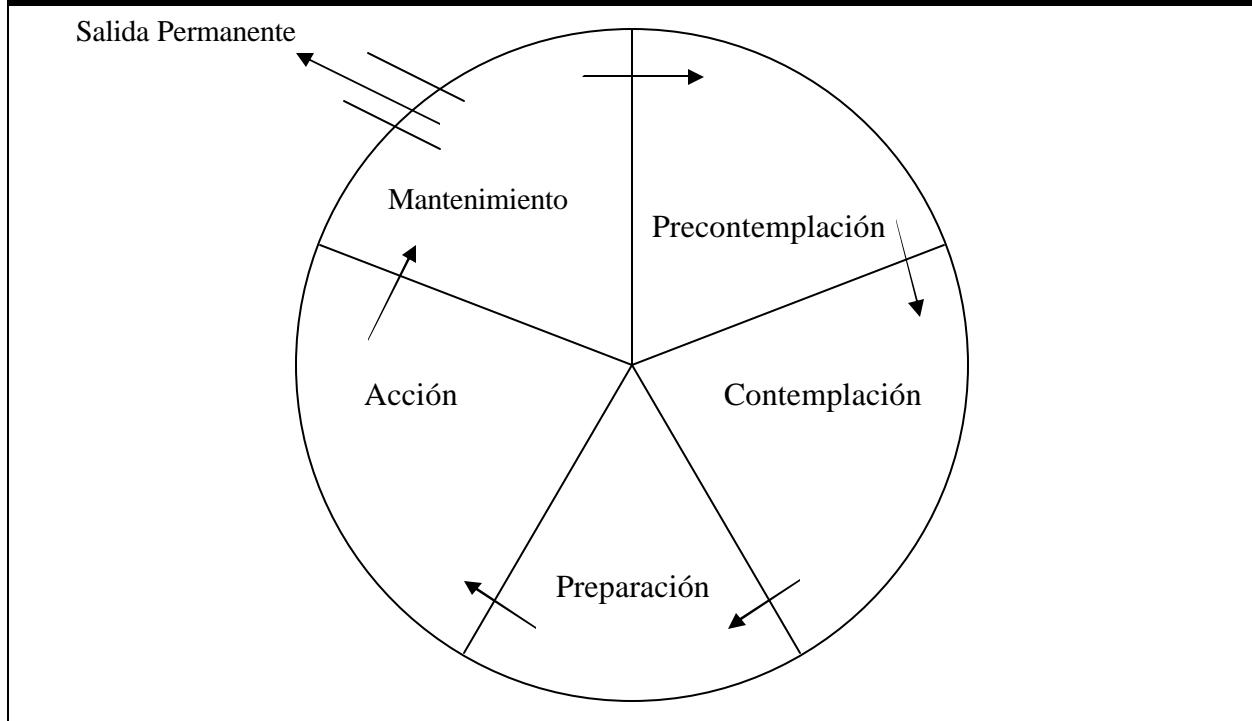
Observaron que la gente que llevaba a cabo cambios motivacionales por su cuenta, o bajo guía profesional,

primero “pasaban de estar inconscientes o reacios por hacer algo sobre el problema a considerar la posibilidad del cambio, luego estaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían, o conservaban, ese cambio con el paso del tiempo” (DiClemente, 1991, p. 191).

Como clínico, usted puede ayudar durante cualquier punto en el proceso de cambio al usar las estrategias motivacionales apropiadas, que sean específicas de acuerdo a la etapa de cambio del individuo. Los capítulos 4 al 7 usan el modelo de etapas de cambio para organizar y conceptualizar formas en que usted puede aumentar la motivación del cliente para que progrese a la próxima etapa de cambio. En este contexto, las etapas de cambio representan una serie de tareas para usted y sus clientes (Miller y Heather, 1998).

Las etapas de cambio se pueden visualizar como una rueda compuesta de cuatro a seis partes, dependiendo de cómo se divida el progreso específicamente (Prochaska y DiClemente, 1984). Para este “TIP”, la rueda (Figura 1-2) consta de cinco partes, con una salida final para la recuperación duradera. Es importante señalar que el proceso de cambio es cíclico, y los individuos generalmente se mueven de un lado a otro en las etapas y cumplen pasan a través de las etapas a distintas velocidades. En un individuo, este movimiento a través de las etapas puede variar en relación a los distintos comportamientos u objetivos. Los individuos se pueden mover tan rápidamente que es difícil señalar con precisión dónde están, puesto que el cambio es un proceso dinámico. Sin embargo, no es común para los individuos que se demoren en las primeras etapas.

FIGURE 1-2 FIVE STAGES OF CHANGE



Para la mayoría de los individuos usuarios de sustancias, el progreso a través de las etapas de cambio, es circular o espiral por naturaleza, no lineal. En este modelo, la recurrencia es un suceso normal puesto que muchos clientes cumplen el ciclo pasando por varias etapas varias veces, antes de lograr un cambio estable. Las cinco etapas y el tema de la recurrencia se describen más adelante.

Precontemplación

Durante la etapa de precontemplación, los usuarios de sustancias no están considerando el cambio y no tienen la intención de cambiar su comportamiento en un futuro cercano. Pueden estar un poco o totalmente inconscientes de que existe un problema, de que tienen que hacer cambios y de que podrían necesitar ayuda en este empeño. Disyuntivamente, pueden estar reacios o demasiado desanimados para cambiar su comportamiento. Los individuos en esta etapa generalmente no han experimentado consecuencias adversas o crisis debido a su uso de sustancias, y a menudo no están convencidos de que su patrón de uso es problemático o inclusive riesgoso.

Contemplación

Mientras estos individuos toman conciencia de que existe un problema, comienzan a percibir que podría haber una razón por la que preocuparse y razones por las que cambiar. Típicamente, son ambivalentes, ven

al mismo tiempo razones para cambiar como para no hacerlo. Los individuos en esta etapa aún usan sustancias, pero están considerando la posibilidad de parar o reducir el uso en un futuro cercano. En este punto, podrían buscar información relevante, reevaluando su comportamiento de uso de sustancias, o buscando ayuda para apoyar la posibilidad de cambiar su comportamiento. Típicamente sopesan los aspectos positivos y negativos de hacer un cambio. No es raro para los individuos permanecer en esta etapa durante períodos largos de tiempo, a menudo años, titubeando entre querer y no querer un cambio.

Preparación

Cuando un individuo percibe que las ventajas previstas de cambio y las consecuencias adversas del uso de sustancias, sobrepasan cualesquiera características positivas de un uso continuo en el mismo nivel y de conservar el *status quo*, el balance decisional se balancea en favor del cambio. La preparación acarrea una planificación de cambio más específica, como por ejemplo, elegir el tratamiento que se necesita, y de ser así, qué clase. La preparación también acarrea un examen de las aptitudes percibidas por uno mismo - o autoeficacia - para el cambio. Los individuos en la etapa de preparación aún usan sustancias, pero generalmente pretenden dejar de usarlas pronto. Puede que ya

TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones se ha conceptualizado como una hoja de balance de posibles ganancias y pérdidas (Janis y Mann, 1977). Estas dos medidas decisionales - las ventajas y desventajas - se han vuelto un aspecto crítico en el modelo transteórico de las etapas del cambio. El peso que se le da a las ventajas y a las desventajas - o aspectos negativos o positivos del uso continuo y de cambiar por uno mismo - varía de acuerdo a los valores personales y la etapa de cambio del individuo. Durante la etapa de contemplación, las ventajas y desventajas tienden a balancearse, o invalidarse una a otra. Cuando se logra la etapa de preparación, las ventajas para cambiar el comportamiento sobrepasan las desventajas, y la balanza de la decisión se balancea hacia un compromiso de cambio.

hayan intentado reducir o detener el uso por su cuenta o podrían estar experimentando con formas de parar o reducir el consumo (DiClemente y Prochaska, 1998). Comienzan a fijarse metas por sí mismos y a comprometerse con detener el consumo, inclusive diciendo a sus allegados o personas significativas sus planes.

Acción

Los individuos en la etapa de acción escogen una estrategia para el cambio y comienzan a perseguirla. Están llevando a cabo cambios drásticos en su estilo de vida y podrían tener que afrontar situaciones particularmente retantes y los efectos psicológicos de la retirada. Los clientes podrían empezar a reevaluar su propia imagen según pasan del uso excesivo o dañino al no-uso o uso seguro. Para muchos, la etapa de acción puede durar de 3 a 6 meses luego de haber dejado de usar la sustancia o reducir el consumo. Para algunos, es un período de luna de miel antes de enfrentarse a retos más intimidantes y duraderos.

Mantenimiento

Durante la etapa de mantenimiento, los esfuerzos se hacen para mantener las ganancias logradas durante la etapa de acción. El mantenimiento es la etapa en la cual las personas trabajan para mantener la sobriedad y evitar la recurrencia (Marlatt y Gordon, 1985). Podría ser necesario tomar medidas adicionales para evitar un retroceso a los comportamientos problemáticos. Los individuos aprenden sobre cómo detectar, y protegerse de, situaciones peligrosas y de estímulos que podrían provocar volver al consumo de sustancias. En la mayoría de los casos, los individuos que tratan un cambio de comportamiento regresan al consumo por lo menos una vez y regresan a una de las etapas tempranas (Prochaska et al., 1992). La recurrencia de los síntomas se puede ver como parte del proceso de aprendizaje. El conocimiento sobre los indicios personales o situaciones peligrosas que contribuyen a la

recurrencia, es una información útil para los intentos de cambio futuros. El mantenimiento requiere un cambio de comportamiento prolongado (al mantenerse abstemio o con un consumo moderado a niveles aceptables y fijados) y estar constantemente atento por lo menos durante 6 meses hasta inclusive varios años, dependiendo del comportamiento objetivo (Prochaska y DiClemente, 1992).

Recurrencia

La mayoría de la gente no mantiene los nuevos cambios que intentan hacer inmediatamente, y la norma es un regreso al uso de sustancias después de un período de abstinencia, no la excepción (Brownell et al., 1986; Prochaska y DiClemente, 1992).

Estas experiencias contribuyen información que puede facilitar o detener el progreso en curso a través de las etapas del cambio. La recurrencia, a la que a menudo se hace referencia como recaída, es el suceso que dispara el regreso del individuo a las primeras etapas del cambio y a reciclar el proceso. Los individuos pueden aprender que ciertas metas no son realistas, ciertas estrategias son inefectivas, o ciertos ambientes no conducen a un cambio exitoso. La mayoría de los usuarios de sustancias necesitarán varias revoluciones a lo largo de las etapas de cambio para lograr una recuperación exitosa (DiClemente y Scott, 1997). Después de volver a usar sustancias, los clientes generalmente vuelven a la primera etapa de cambio; no siempre al mantenimiento o a la acción, sino con más frecuencia a cierto grado de contemplación. Podrían inclusive volver a la etapa de precontemplación, estar temporalmente reacios o ser incapaces de tratar un cambio pronto. Tal y como se describirá en los próximos capítulos, volver al consumo de sustancias y volver a una etapa anterior de cambio no se debe considerar un fracaso y no se tiene que convertir en una recurrencia desastrosa o prolongada. Una recurrencia de los síntomas no significa necesariamente que un cliente ha abandonado un compromiso al cambio.

Estímulos de Cambio

La naturaleza multidimensional queda encerrada, en parte, en la famosa frase de que una persona esta lista, dispuesta y capaz para cambiar. Esta expresión resalta tres elementos críticos de motivación; pero en el orden contrario a la forma en que la motivación generalmente evoluciona. La habilidad se refiere a hasta qué punto la persona tiene las destrezas, recursos y confianza necesarios (autoeficacia) para llevar a cabo el cambio. Uno puede ser capaz de cambiar, pero no estar dispuesto. El componente de estar dispuesto implica la importancia que una persona le da a cambiar: cuánto se quiere o desea un cambio. (Considere que es posible sentirse dispuesto y sin embargo incapaz para cambiar). Sin embargo, hasta la disponibilidad y la habilidad no siempre es suficiente. Usted probablemente puede considerar ejemplos de gente que está dispuesta y es capaz de cambiar, pero que todavía no está lista para cambiar. El componente de estar listo representa un paso final en el cual la persona decide finalmente cambiar un comportamiento particular. Estar dispuesto y ser capaz pero no estar listo, con frecuencia se puede explicar por la importancia relativa de este cambio comparado con otras prioridades en la vida de la persona. Inculcar la motivación al cambio, es ayudar al cliente a estar listo, dispuesto y capaz. Como se discute en los capítulos finales, su acercamiento clínico puede ser guiado para decidir cuál de los tres aspectos necesita reforzarse.

¿A Quién Aplica este “TIP”?

¿A qué poblaciones de clientes se puede aplicar el material que se cubre en este “TIP”? La entrevista motivacional se desarrolló originalmente para trabajar con bebedores de alcohol problemáticos, en sus primeras etapas (precontemplación y contemplación) de la preparación para el cambio y se concibió como una forma de iniciar el tratamiento (Miller, 1983, 1983; Miller et al., 1988). Sin embargo, pronto se hizo evidente que este acercamiento breve de consultoría constituía en sí una intervención. Los bebedores de alcohol problemáticos en la comunidad que recibían intervenciones motivacionales, rara vez iniciaban tratamiento, pero sí mostraban grandes reducciones en el consumo de alcohol (Heather et al., 1996b; Marlatt et al., 1998; Miller et al., 1993, Senft et al., 1997). En las pruebas clínicas más

significativas que se hayan llevado a cabo para comparar distintos métodos de tratamiento de alcoholismo, una terapia de aumento de motivación en cuatro sesiones rindió resultados generales a largo plazo, virtualmente idénticos a los métodos ambulatorios más largos (Proyecto “MATCH Research Group”, 1998a) y el acuerdo motivacional era considerablemente beneficioso para los clientes furiosos (Proyecto “MATCH Research Group”, 1997a). La población “MATCH” consistía de clientes en búsqueda de tratamiento con diferentes niveles de severidad en su problema, la gran mayoría cumplía los criterios de dependencia al alcohol. Los clientes representaban una gama de trasfondos culturales, particularmente los hispanos. Es notable que ni las muestras hispanas ni las afroamericanas, respondieron de forma diferente al acercamiento terapéutico de aumento motivacional.

Es más, los análisis de las pruebas clínicas de la entrevista motivacional que han incluido la representación sustancial de clientes hispanos, (Brown y Miller, 1993; Miller et al., 1988, 1993) no han encontrado ninguna indicación de que la autoidentificación étnica o situación socioeconómica, sean predictores del resultado. Un experimento sobre la entrevista motivacional en el manejo de diabetes y peso entre mujeres, de las cuales un 41 por ciento eran afroamericanas, demostró unos resultados positivos (Smith et al., 1997). La evidencia sugiere firmemente que la entrevista motivacional se puede aplicar con diferencias culturales y económicas.

Mientras que la consejería motivacional parecería ser suficiente para algunos clientes, para otros se puede combinar con métodos terapéuticos adicionales. Con los bebedores con una dependencia más severa, se ha encontrado que una sesión de entrevista motivacional al principio del tratamiento, dobla la tasa de abstinencia después de cumplir un tratamiento privado que incluye internarse (Brown y Miller, 1993) y programas ambulatorios para tratamiento de abuso de sustancias de Asuntos del Veterano (Bien et al., 1993a). Se han reportado beneficios con otras poblaciones con dependencia severa (por ej., Allsop et al., 1997). Los adolescentes que abusan de varias drogas permanecen en un tratamiento ambulatorio casi el triple de tiempo y demuestran una disminución considerable en el consumo de sustancias y sus consecuencias después del tratamiento, cuando han recibido una entrevista motivacional al inicio (Aubrey, 1998). Se han informado beneficios similares de

adicción al tratar problemas con heroína (Saunders et al., 1995), marihuana (Stephens et al. 1994), control de peso y manejo de la diabetes (Smith et al., 1997; Trigwell et al., 1997), y rehabilitación cardiovascular (Scales, 1998). Por lo tanto, está claro que el acercamiento motivacional que se describe en este "TIP" se puede combinar beneficiosamente con otras formas de tratamiento y se puede aplicar a problemas que van más allá del mero uso de sustancias.

El estilo motivacional de consejería, por lo tanto, puede ser útil, no sólo para inculcar la motivación en un principio, sino a lo largo de todo el proceso de tratamiento en las etapas de preparación, acción, y también mantenimiento. Esto se refleja en los próximos capítulos de este "TIP". Si la entrevista motivacional será suficiente para disparar el cambio en un caso específico, es difícil de predecir. Algunas veces, la consejería motivacional podría ser todo lo que se necesita. Otras veces, es sólo el principio. En un acercamiento de cuidado escalonado, que se describe en el capítulo 9, la cantidad de cuidado que se proporciona se ajusta a las necesidades del individuo. Si después de tan sólo una entrevista motivacional le sigue un cambio duradero, ¿quién podría estar insatisfecho? A menudo se necesita más. Sin embargo, por breve o extenso que sea el servicio que se provee, la evidencia indica que es más probable que usted ayude a sus clientes a cambiar su uso de sustancias al mantener un estilo motivacional empático. Se trata de conservar y apoyar cada cliente hasta que encuentren juntos lo que trabaja.

Resumen

Vincular la visión nueva de motivación, las estrategias descubiertas para aumentarla y el modelo de etapas de cambio, con el entendimiento

de lo que provoca el cambio, puede crear un acercamiento innovador para ayudar a los clientes usuarios de sustancias. Este acercamiento provoca menos resistencia o estimula los clientes a progresar a su propio ritmo para decidir acerca de la planificación, formación y mantenimiento del cambio positivo de comportamiento. En este modelo de tratamiento, que se describe en el próximo capítulo, la motivación se ve como un estado dinámico que el clínico puede modificar o aumentar. El aumento motivacional ha evolucionado, mientras que varios mitos acerca de los clientes y lo que constituye una consejería efectiva, se han desvanecido. La noción de la personalidad adictiva ha perdido credibilidad, y muchos clínicos han descartado el uso de un estilo de confrontación. Otros factores en las prácticas de consejería modernas, han estimulado el desarrollo y la implementación de intervenciones motivacionales. Cada vez más, la consejería se ha ido volviendo optimista, concentrándose en las fortalezas de los clientes y centrándose en el cliente. Las relaciones de consejería tienen más probabilidad de depender de la empatía, en lugar de en la autoridad, para involucrar al cliente en el tratamiento. Los tratamientos menos intensivos también se han vuelto más comunes en la era del cuidado dirigido.

La motivación es lo que impulsa a los usuarios de sustancias a hacer cambios en sus vidas. Guía a los clientes a través de distintas etapas de cambio que son típicas de gente considerando, comenzando y manteniendo nuevos comportamientos. Cuando se aplica al tratamiento de abuso de sustancias, las intervenciones motivacionales pueden ayudar a los clientes a pasar de ni siquiera considerar cambios en su comportamiento a estar listos, dispuestos y capaces para hacerlo.

2 Motivación e Intervención

Usar la perspectiva transteórica...busca ayudar a los clientes a pasar de las etapas tempranas del cambio...a la determinación o acción. Usa estrategias específicas de cada etapa para promover un compromiso de tomar acción para el cambio...[y] ayuda a los clientes a convencerse de que el cambio es necesario.

La intervención motivacional se define en términos generales como cualquier estrategia clínica diseñada para aumentar la motivación del cliente hacia el cambio. Puede incluir consejería, evaluación del cliente, varias sesiones, o una intervención breve de 30 minutos. Este capítulo examina los elementos de los acercamientos motivacionales efectivos y la investigación que los apoya. Las estrategias motivacionales se correlacionan con el modelo de etapas de cambio (un marco de trabajo que se discute en el Capítulo 1 y sobre el cual se elabora en los siguientes) para resaltar acercamientos que son apropiados en distintas etapas. Las recomendaciones se presentan para proporcionar intervenciones motivacionales que funcionan como una respuesta y que son sensibles a las distintas necesidades culturales y de diagnóstico, así como a diferentes ambientes y formatos. Este capítulo termina con una descripción de una clase de intervención cada vez más aceptada, conocida como una intervención breve, la cual es útil fuera de los ambientes tradicionales de tratamiento de sustancias. Para una discusión más abarcadora de las terapias e intervenciones breves, refiérase al próximo “TIP”, *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* (“CSAT”, en imprenta).

Elementos de Intervenciones Motivacionales Efectivas

Para entender qué impulsa una persona a reducir o eliminar el uso de sustancias, los investigadores han buscado los componentes críticos – los elementos más comunes e importantes que inspiran el cambio positivo- de las intervenciones efectivas. A

Noonan y Moyers, 1997

continuación están los elementos importantes de los acercamientos motivacionales actuales:

- El acercamiento MARCOS (FRAMES en inglés)
- Ejercicios de balance decisional
- Desarrollo de discrepancia
- Ritmo flexible
- Contacto personal con clientes que no están activos en el tratamiento

Estos elementos se describen en las siguientes subdivisiones.

Acercamiento de MARCOS (“FRAMES”)

Se han identificado seis elementos que estaban presentes en las pruebas clínicas breves, y el acrónimo “FRAMES” se acuñó en inglés para resumirlos (Miller y Sánchez, 1994). Estos elementos se definen a continuación:

- (*Feedback*) *Retroalimentación* en cuanto al riesgo personal o al impedimento- se le da al individuo después de una evaluación de los patrones de uso de sustancias y los problemas asociados con el mismo.
- (*Responsibility*) *Responsabilidad* para el cambio- se fija firme y explícitamente con el individuo (y con respecto al derecho del cliente de tomar sus propias decisiones en cuanto a sí mismo).
- (*Advice*) *Consejería* sobre cambiar (reducir o parar) el uso de sustancias- se le da al clínico al cliente, con claridad, sin emitir juicio.

- (*Menu*) Menú de opciones de cambio auto-dirigidas y alternativas al tratamiento- se le ofrece al cliente.
- (*Empathic counseling*) Consejería empática, demostrando calidez, respeto y entendimiento – se enfatiza.
- (*Self-efficacy*) Autoeficacia o autorización optimista- se genera en la persona para estimular el cambio.

La Figura 2-1 detalla 32 experimentos y sus elementos de MARCOS, según examinadas por Bien y sus colegas (Bien et al., 1993b). Desde que la construcción de MARCOS se desarrolló, se ha expandido la investigación clínica y la experiencia y se han refinado elementos de este modelo motivacional. Estos componentes se han combinado en diferentes formas y se han probado en diferentes ambientes y contextos culturales. En consecuencia, en la actualidad hay distintos bloques o herramientas disponibles que se pueden diseñar a la medida para satisfacer las necesidades de sus clientes.

Feedback (Retroalimentación)

La literatura que describe las intervenciones motivacionales exitosas, confirma lo persuasivo de la retroalimentación personal, individualizada (Bien et al., 1993b; Edwards et al., 1977; Kristenson et al., 1983). Proveer retroalimentación constructiva, no confrontativa, sobre el grado y tipo de impedimento del cliente basándose en información de evaluaciones estructuradas y objetivas, es particularmente valioso (Miller et al., 1988). Esta clase de retroalimentación generalmente se compara con las puntuaciones, tasas de exámenes o instrumentos estandarizados con datos normativos de una población general, o de grupos en tratamiento (para ejemplos, véase las Figuras 4-1 y 4-2). Las evaluaciones pueden incluir medidas relacionadas con los patrones de consumo de sustancias, problemas relacionados con el uso de sustancias, salud física, factores de riesgo incluyendo un historial familiar de uso de sustancias o trastornos

afectivos, y varias pruebas médicas (Miller et al., 1995c). (Las evaluaciones y la retroalimentación se describen en más detalle en el Capítulo 4). Al proporcionar retroalimentación a su cliente, es crucial que lo haga de una forma respetuosa. Un acercamiento de confrontación o emitiendo juicio, puede dejar al cliente irreceptivo.

No presente la retroalimentación como evidencia que pueda usarse en contra del cliente. Sino por el contrario, ofrezca la información en una forma directa, respetuosa, usando un lenguaje fácil de entender y culturalmente apropiado. El punto es presentar información en una forma que ayude al cliente a reconocer la existencia de un problema de uso de sustancias y la necesidad de cambiarlo. Escuchar atentamente y con un estilo empático, ayuda al cliente a entender la retroalimentación, interpretar el significado, lograr una nueva perspectiva acerca del impacto personal del uso de sustancias, expresar preocupación, y comenzar a considerar un cambio.

No todos los clientes responden de la misma forma a la retroalimentación. Una persona puede alarmarse al descubrir que bebe más que sus compañeros en alguna semana en específico, pero estar despreocupada acerca de los riesgos potenciales a la salud. Otra podría preocuparse sobre los posibles riesgos a la salud en cierto nivel de consumo de bebidas. Y aún así podría no estar impresionada por esos aspectos del consumo de sustancias, una posible impotencia, o el nivel de impedimento – especialmente en lo que se refiere a la habilidad para beber- provocado por inclusive concentraciones bajas de alcohol en la sangre (BACs, por sus siglas en inglés, *Blood Alcohol Concentrations*). La retroalimentación personalizada también se puede aplicar a otros aspectos del estilo de vida, y se puede usar a lo largo del tratamiento. La retroalimentación sobre las mejorías es especialmente valiosa como método para reforzar el progreso

FIGURA 2-1 COMPONENTES ESPECÍFICOS DE MARCOS DE LOS 32 EXPERIMENTOS BREVES EVALUADOS

	Retroalimentación	Responsabilidad	Consejería	Menú	Empatía	Autoeficacia	Resultado
Anderson y Scott, 1992*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Breve> No consejería
Babor y Grant, 1992*	Sí	Sí	Sí	Manual	Sí	Sí	Breve> No consejería
Bien, 1992*	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve> No consejería
Brown y Miller, 1992*	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve> No consejería
Carpenter et al., 1985*	Sí	No	Sí	No	No	No	Breve = cons. extendida
Chapman y Huygens, 1988*	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Breve = ATA = ATI
Chick et al., 1985*	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve> No consejería
Chick et al., 1985*	No	Sí	Sí	No	No	No	Breve<Cons.motivacional extendida
Daniels et al., 1992	Sí	No	Sí	Manual	No	No	Consejería + Manual = No consejería
Drummond et al., 1990	Sí	No	Sí	No	No	No	Breve = ATI
Edwards et al., 1997	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve = ATI/ATA
Elvy et al., 1988	Sí	No	Sí	No	No	No	Breve> No consejería
Harris y Miller, 1990*	No	Sí	Sí	Manual	Sí	Sí	Breve = Extendido > No Rx
Heather et al., 1986*	Sí	Sí	Manual	Manual	No	No	Manual> No manual
Heather et al., 1987*	Sí	Sí	Sí	Manual	No	No	Breve = No consejería
Heather et al., 1990*	Sí	Sí	Sí	Manual	No	No	Manual> No manual
Kristenson et al., 1983	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve > No consejería
Kuchipudl et al., 1990	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Breve = No consejería
Maheswaran et al., 1992	Sí	No	Sí	No	No	No	Breve> No consejería
Miller y Taylor, 1980*	No	Sí	Sí	Manual	Sí	Sí	Breve = Cons. de comportamiento
Miller et al., 1980*	No	Sí	Sí	Manual	Sí	Sí	Breve = Cons. de comportamiento
Miller et al., 1981*	No	Sí	Sí	Manual	Sí	Sí	Breve = Cons. de comportamiento
Miller et al., 1988*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Breve> No consejería
Miller et al., 1993*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Breve> No consejería
Persson y Magnusson, 1989*	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve> No consejería
Robertson et al., 1986*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Breve < Cons. de comportamiento
Romelsjo et al., 1989*	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve = tratamiento ATI
Sannibale, 1988*	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Breve = tratamiento ATI
Scott y Anderson, 1990*	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Breve = No consejería
Skutle y Berg, 1987*	No	Sí	Sí	Sí+	Sí	Sí	Breve = Cons. de comportamiento
Wallace et al., 1988*	Sí	Sí	Sí	Manual	Sí	Sí	Breve > No consejería
Zweben et al., 1988*	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Breve = terapia conjunta
Porcentaje con componentes de MARCOS	81	81	100	59	63	69	

*Información adicional en los estudios escritos por los autores.

Abreviaturas: Manual: terapia con guía manual; ATA: ambiente de tratamiento ambulatorio; ATI: ambiente de tratamiento ambulatorio; cons: consejería; >: más efectivo que; <: no tan efectivo como; = tan efectivo como.

Fuente: Bien et al., 1993b; Miller et al., 1995c.

Responsabilidad

Los individuos tienen la elección de continuar con su comportamiento o cambiar. Un acercamiento motivacional permite a los clientes estar activos en lugar de pasivos al insistir en que escojan el tratamiento y que asuman responsabilidad por el cambio. No imponga a los clientes puntos de vistas o metas; a cambio, pida permiso a los clientes para hablar sobre el consumo de sustancias e invítelos a considerar la información. Si los clientes son libres de escoger, se sentirán con menos necesidad de resistir o descartar sus ideas. Algunos clínicos comienzan una intervención señalando claramente que no le pedirán a la clienta hacer nada a menos que ella no esté dispuesta a hacerlo, pero que como quiera tratarán de negociar una agenda en común en lo que se refiere a las metas de tratamiento. Cuando los clientes entienden que son responsables del proceso del cambio, se sienten con fuerza y más investidos de poder. Esto produce mejores resultados (Deci, 1975, 1980). Cuando los clientes hacen su elección, usted se sentirá menos frustrado y más satisfecho pues el cliente está haciendo su trabajo. De hecho, las clientas son las mejores especialistas en cuanto a sus necesidades.

Consejería

El simple acto de dar un consejo amable puede promover un cambio de comportamiento positivo. Como ya se ha discutido, la investigación demuestra que las sesiones cortas en las que usted ofrece sugerencias, pueden ser efectivas en cambiar comportamientos como fumar, beber alcohol y otros consumos de sustancias (Drummond et al., 1990; Edwards et al., 1977; Miller y Taylor, 1980; Sannibale, 1988; Wallace et al., 1988). Al igual que con la retroalimentación, la *forma* en que se usted dé consejería a los clientes, determina cómo se usara esa consejería. Es mejor no *decir* a la gente lo que debe hacer: *sugerir* produce mejores resultados. Un acercamiento motivacional para ofrecer consejería puede ser o directivo (hacer una sugerencia) o educacional (explicar información). La consejería educacional está basada en evidencia científica verosímil apoyada con literatura. Los hechos que aplican a las condiciones del cliente. Como los niveles de “BAC” en el momento de un accidente o los límites seguros recomendados en el consumo de alcohol por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, se pueden presentar en una

forma no amenazante. Plantee cuidadosamente el comportamiento del cliente diciendo: “¿Puedo decirle lo que veo en el pasado en lo que se refiere a estas situaciones?” o “Déjeme explicarle algo acerca de la tolerancia.”

Esas preguntas proporcionan una oportunidad no-directa para compartir su conocimiento acerca del uso de sustancias en una forma amable y respetuosa. Si la clienta pide dirección, redirija sus preguntas para poder aclarar lo que se quiere en lugar de dar consejería inmediatamente. Cualquier consejería que usted ofrezca debe ser simple, no abrumadora, y debe ir a la par con el nivel de entendimiento y la preparación del cliente, la urgencia de la situación y su cultura. (En algunas culturas, un acercamiento más directivo es necesario para transmitir adecuadamente la importancia de la consejería o de la situación; en otras culturas, un estilo directivo se considera grosero e inmiscuido.) El estilo de dar consejería requiere paciencia. El momento oportuno para cualquier consejo, también es importante, contando con su habilidad para “oír” –en todo el sentido de la palabra– lo que el cliente está pidiendo y está dispuesto a recibir.

Opciones

El cumplimiento con las estrategias de cambio aumenta cuando los clientes escogen - o perciben que pueden escoger – de un menú de opciones. Por tanto la motivación para participar en el tratamiento se intensifica al dar a los clientes elecciones en cuanto a las metas del tratamiento y las clases de servicios que se necesitan. Ofrecer un menú de opciones ayuda a disminuir las tasas de deserción y la resistencia al tratamiento, y aumenta la efectividad general del tratamiento (Costello, 1975; Parker et al., 1979). Mientras describa los acercamientos alternativos al tratamiento o al cambio que sean apropiados para sus clientes, proporcione información precisa en cuanto a cada una de las opciones y una mejor conjetura en cuanto a las implicaciones de escoger un camino en particular. Saque a sus clientes lo que consideren que es efectivo o lo que haya trabajado para ellos en el pasado. Proporcionar un menú de opciones es consistente con el principio motivacional de que los clientes tienen que escoger y hacerse responsables de sus elecciones. Su papel es aumentar la habilidad de sus clientes para que puedan tomar decisiones informadas. Cuando los clientes toman decisiones independientes, es mayor la probabilidad de que estén más comprometidos con las mismas.

UN MODELO DE CAMBIO REALISTA: CONSEJERÍA A LOS CLIENTES

A lo largo del proceso de tratamiento, es importante dar a los clientes permiso para hablar sobre sus problemas con el uso de sustancias. Durante esta clase de diálogos, a menudo señalo algunas de las realidades del proceso de recuperación:

- La mayoría de los cambios no ocurren de la noche a la mañana.
- El cambio se debe considerar mejor como un proceso gradual con retrasos, algo así como subir una cuesta empinada.
- Las dificultades y los retrasos se pueden enmarcar como experiencias de aprendizaje, no como fracasos.

Linda C. Sobell, Miembro del Panel de Consenso

Consejería empática

La empatía no es exclusiva de las intervenciones motivacionales, sino que más bien aplica a muchas clases de terapias (Rogers, 1959; Truax y carkhuff, 1967). La empatía durante la consejería se ha interpretado en términos de características del terapeuta tales como cordialidad, respeto, atención, compromiso e interés activo (Miller y Rollnick, 1991). La empatía generalmente acarrea escuchar atentamente cada planteamiento del cliente y repetirlo en diferentes palabras de forma que el cliente sepa que usted entiende el significado.

El cliente habla la mayor parte del tiempo cuando un clínico usa el estilo empático. Es su responsabilidad crear un ambiente seguro que estimule el flujo libre de información por parte del cliente. Su mensaje implícito al cliente es: “Veo donde está, y no estoy pasando juicio. ¿Hacia dónde se quiere mover ahora?” La suposición es que, con el apoyo empático, un cliente se moverá naturalmente en una dirección saludable. Permita que este proceso se manifieste, en lugar de dirigirlo o manifestarlo. A pesar de que un estilo empático parece fácil de adoptar, en realidad exige un adiestramiento cuidadoso y un esfuerzo significativo de su parte. Este estilo puede ser particularmente efectivo con clientes que parecen estar molestos, reacios o a la defensiva.

Autoeficacia

Para tener éxito con el cambio, los clientes deben creer que son capaces de emprender tareas específicas y tienen que poseer las destrezas necesarias y confianza (Bandura, 1989; Marlatt y Gordon, 1985). Uno de los papeles más importantes

es fomentar la esperanza y el optimismo al reforzar la confianza de sus clientes en sus propias habilidades y capacidades (Yahne y Miller, 1999). Este papel tiene más posibilidad de ser exitoso si usted cree en la habilidad de cambio de su cliente (Leake y King, 1977). Usted puede ayudar a sus clientes a que identifiquen cómo han lidiado en el pasado con sus problemas de una forma exitosa preguntándoles: “¿Cómo saliste de donde estabas para llegar hasta aquí?” Una vez identifique las fortalezas, puede ayudar a sus clientes a construir con base en sus éxitos pasados. Es importante afirmar los pasos pequeños que se estén tomando y reforzar cualesquiera cambios positivos. La importancia de la autoeficacia se vuelve a discutir en los Capítulos 3 y 5. Ejercicios de Balance Decisional. El concepto de explorar las ventajas y desventajas – o los beneficios y los inconvenientes – del cambio no es nuevo y está bien documentado en la literatura (Colten y Janis, 1982; Janis y Mann, 1977). Los individuos naturalmente exploran las ventajas y desventajas de cualquier elección determinante en la vida como cambiar de trabajo o casarse. En el contexto de la recuperación del abuso de sustancias, el cliente sopesa las ventajas y desventajas de cambiar contra no cambiar el comportamiento por abuso de sustancias. Usted ayuda en este proceso al pedir a su cliente que articule los aspectos buenos y no tan buenos de usar sustancias y luego ponerlos en un papel a manera de listado. Este proceso generalmente se llama *balance decisional* y se describe más adelante en los Capítulos 5 y 8. El propósito de explorar las ventajas y desventajas de un problema de uso de sustancias, es inclinar la balanza hacia una decisión hacia un cambio positivo.

EL ACERCAMIENTO PIES

En la I Guerra Mundial, los psiquiatras militares fueron los primeros en darse cuenta de que las intervenciones motivacionales, hechas en el momento oportuno, podían lograr que un gran número de soldados con tensión disfuncional volvieron al servicio. El método podía ponerse en un acrónimo fácil de recordar: PIES.

- *Proximidad:* Proporciona tratamiento cerca del lugar de servicio; no trasladar a un hospital.
- *Inmediatez:* Intervenir y tratar tan pronto como se detecta el problema.
- *Expectativa:* Esperar que el tratamiento sea exitoso y devolver la persona al servicio.
- *Simplicidad:* Simplemente escuchar, mostrar empatía, y demostrar entendimiento funciona mejor.

Resaltar el hecho de que una persona es normal mientras la situación es anormal, y de que la persona se recuperará con descanso y alimentación. Para la gran mayoría de los casos no se necesita una terapia prolongada ni compleja. La ubicación a un nivel superior de cuidado se utilizó para un porcentaje bajo de individuos que no respondieron a este acercamiento directo.

Kenneth J. Hoffman, Investigador de Campo

La cantidad de razones que un cliente puede dar para un listado de dos columnas en una hoja de balance decisional, no es tan importante como el peso -o el valor personal - de cada una. Por ejemplo, un fumador de 20 años puede no darle tanto peso a enfermarse de cáncer del pulmón, pero podría estar realmente preocupado en la reducción de su capacidad pulmonar al jugar tenis o baloncesto.

Discrepancias entre las Metas y el Comportamiento Actual

Una forma de aumentar la motivación para el cambio, es ayudar a los clientes a reconocer una *discrepancia* o laguna entre sus metas futuras y su comportamiento actual. Usted podría aclarar esta discrepancia al preguntar: “¿Cómo encaja su consumo de bebida con tener una familia feliz y un trabajo estable?” Cuando un individuo ve que sus acciones presentes están en conflicto con metas personales importantes como la salud, el éxito, o la felicidad familiar, es más probable que ocurra un cambio (Miller y Rollnick, 1991). Este concepto se expande en los Capítulos 3 y 5.

Ritmo Flexible

Toda cliente se mueve a través de las etapas del cambio a su propio ritmo. Algunas pasarán por varias etapas una y otra vez, por ejemplo, entre la etapa de contemplación del cambio y comprometerse a hacerlo. Otras parecerán estancadas en una etapa ambivalente por mucho tiempo. Pocas están listas para empezar y actuar inmediatamente. Por lo tanto, evalúe la preparación de su cliente para el cambio. Al determinar dónde ha estado la persona y dónde está

ahora dentro de las etapas del cambio, usted puede facilitar mejor el proceso de cambio.

El concepto del ritmo requiere que usted se reúna con sus clientes en sus distintos niveles y que use tanto tiempo como sea necesario con las tareas esenciales de cada una de las etapas de cambio. Por ejemplo, con algunos clientes, usted puede que tenga que programar sesiones frecuentes al inicio del tratamiento y menos después. En otros casos, usted podría sugerir un “vacación terapéutica” para un cliente que tiene que tomar un descanso antes de continuar con algún aspecto difícil de su recuperación. Si obliga a los clientes a ir a un ritmo más rápido para el cual están listos, la alianza terapéutica podría romperse.

Contacto Personal con Clientes que no están Activos en el Tratamiento

Las intervenciones motivacionales pueden incluir actividades sencillas diseñadas para aumentar la continuidad del contacto entre usted y su cliente y fortalecer su relación. Esas actividades pueden incluir que usted escriba cartas a mano o haga llamadas telefónicas al cliente. La investigación ha demostrado que estas simples intervenciones para aumentar la motivación, son efectivas para estimular a los clientes a que vuelvan a otra consulta clínica, a volver al tratamiento luego de haber pasado una cita por alto, y a aumentar su continuidad en el mismo (Intagliata, 1976; Koumans y Muller, 1965; Nirenberg et al., 1980; Panepinto y Higgins, 1969). Este concepto se discute en el capítulo 7.

Intervención Motivacional y las Etapas de Cambio

Los clientes necesitan y usan diferentes clases de apoyo motivacional de acuerdo a la etapa de cambio en la que se encuentran y hacia la que se mueven. Si trata de usar estrategias adecuadas de una etapa distinta a la que está atravesando el cliente, el resultado podría ser una resistencia al tratamiento o no cumplir con el mismo. Por ejemplo, si su cliente esta en la etapa de contemplación, sopesando las ventajas y desventajas del cambio contra el uso continuo de las sustancias, y usted emplea estrategias adecuadas para la etapa de acción, su cliente se resistirá con toda probabilidad. La simple razón para esta reacción es que usted ha tomado el lado positivo (cambio) del argumento, dejando al cliente el otro lado (no cambio) para argumentar; esto da como resultado un retraimiento.

Para considerar el cambio, los individuos en la etapa de precontemplación, tienen que haber aumentado su estado de alerta. Para resolver su ambivalencia, los clientes en la etapa de contemplación necesitan ayuda para escoger el cambio positivo por encima de su situación actual. Los clientes en la etapa de preparación necesitan ayuda para identificar las estrategias de cambio potenciales y escoger la más adecuada de acuerdo a sus circunstancias. Los clientes en la etapa de acción (la etapa en la cual ocurre la mayor parte del tratamiento formal), necesitan ayuda para poder llevar a cabo las estrategias de cambio y para cumplir con éstas. Durante la etapa de mantenimiento, los clientes podrían desarrollar nuevas destrezas para mantener la recuperación y un estilo de vida sin consumo de sustancias. Es más, si los clientes regresasen al uso de sustancias, se les podría ayudar a recuperarse tan rápido como sea posible y a volver al proceso de cambio.

La Figura 2-2 proporciona ejemplos de estrategias motivacionales apropiadas que usted puede usar en cada una de las etapas del cambio. Por supuesto, no son las únicas para aumentar la motivación y lograr un cambio beneficioso. El Capítulo 3 describe algunos de los principios fundamentales de la

entrevista motivacional que aplican a todas las etapas. De los Capítulos 4 al 7, se describe con más detalles las estrategias motivacionales más adecuadas para estimular el progreso en cada una de las etapas nuevas del cambio. Los Capítulos 4 al 8 presentan algunas de las herramientas para ayudarle a reconocer la preparación de los clientes para cambiar de acuerdo a la etapa en la que se encuentren.

Catalíticos para el Cambio

En la búsqueda por procesos comunes - modelos integrativos - de crecimiento personal y cambio entre las psicoterapias y los acercamientos de comportamiento, Prochaska (Prochaska, 1979) inicialmente aisló los acercamientos centrales de muchos sistemas terapéuticos y después los desarrolló en un estudio analítico de factores (Davidson, 1994; Prochaska y DiClemente, 1983). Estos procesos fundamentales representan factores cognoscitivos, afectivos, de comportamiento y ambientales, que influyen el cambio a medida que surgen en los sistemas principales de terapias (DiClemente y Scott, 1997). Estos catalíticos del cambio se derivan de estudios al examinar dejar de fumar, la abstinencia al alcohol, problemas psicoterapéuticos generales, pérdida de peso, y comenzar un régimen de ejercicios (Prochaska et al., 1992b). Para cada uno de los 10 catalíticos, se pueden usar diferentes intervenciones para estimular el cambio. La Figura 2-3 describe estos catalíticos para el cambio e ilustra unas cuantas intervenciones que se usan con frecuencia para cada uno.

Generalmente, los procesos cognoscitivo-experimentales se usan en el ciclo temprano (por ejemplo, contemplación, preparación), y los procesos de comportamientos son críticos para las etapas tardías (por ej., acción, mantenimiento) (Prochaska y Goldstein, 1991).

La Figura 2-4 sugiere que los catalíticos son sumamente beneficiosos en cada una de las etapas de cambio. Para evitar la confusión tanto para el cliente como para el clínico, sólo los catalíticos que tengan más apoyo o sean más lógicos, se recomiendan en una etapa en particular; sin embargo, esto no implica que el resto de los catalíticos no sean relevantes

FIGURA 2-2 ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES PARA CADA ETAPA DE CAMBIO

Etapa de Cambio del Cliente	Estrategias Motivacionales Adecuadas para el Clínico
<p style="text-align: center;">Precontemplación</p> <p>El cliente aún no está considerando o está dispuesto o capacitado para cambiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer afinidad, pedir permiso y establecer confianza ▪ Plantear dudas o preocupaciones en el cliente acerca de los patrones de uso de sustancias al: <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el significado de los sucesos que llevaron al cliente al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores • Extraer las percepciones del clientes sobre tratamientos anteriores • Ofrecer información objetiva acerca de los riesgos del uso de sustancias • Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los hallazgos de la evaluación • Explorar las ventajas y desventajas del uso de sustancias • Ayudar a intervenir a otras personas significativas • Examinar las discrepancias entre las percepciones del cliente y los demás en cuanto al uso de sustancias • Expresar interés y dejar la puerta abierta
<p style="text-align: center;">Contemplación</p> <p>El cliente reconoce preocupaciones y está considerando la posibilidad de cambiar, pero es ambivalente e inseguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normalizar la ambivalencia. ▪ Ayudar al cliente a “sopesar el balance decisional” hacia el cambio al: <ul style="list-style-type: none"> • Extraer y poner en una balanza las ventajas y desventajas del uso de sustancias y el cambio • Cambiar la motivación extrínseca por intrínseca • Examinar los valores personales del cliente en relación a un cambio • Enfatizar la libre elección, responsabilidad y autoeficacia del cliente para el cambio ▪ Extraer planteamientos automotivacionales en cuanto a la intención y el compromiso del cliente. ▪ Extraer ideas acerca de la autoeficacia que percibe el cliente y las expectativas en cuanto al tratamiento. ▪ Resumir los planteamientos de auto-motivación.
<p style="text-align: center;">Preparación</p> <p>El cliente se compromete con el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aclarar las metas y estrategias del cliente para el cambio. ▪ Ofrecer un menú de opciones para el cambio o el tratamiento. ▪ Con permiso, ofrecer la pericia y consejería. ▪ Negociar un plan de cambio – o tratamiento – y contrato de comportamiento. ▪ Considerar y reducir las barreras del cambio. ▪ Ayudar al cliente a conseguir apoyo social. ▪ Explorar expectativas del tratamiento y el papel del cliente. ▪ Sacar del cliente lo que ha funcionado en el pasado para él o para otros que conoce. ▪ Ayudar al cliente a negociar finanzas, cuidado de niños, trabajo, transportación, u otras barreras potenciales.

FIGURA 2-2 ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES PARA CADA ETAPA DE CAMBIO	
Etapa de Cambio del Cliente	Estrategias Motivacionales Adecuadas para el Clínico
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer que el cliente anuncie públicamente sus planes de cambio.
<p>Acción El cliente está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprometer al cliente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener la recuperación ▪ Apoyar un punto de vista realista de cambio a través de pasos pequeños. ▪ Reconocer las dificultades para el cliente en las etapas iniciales del cambio. ▪ Ayudar al cliente a identificar las situaciones de alto riesgo por medio de lidiar adecuadamente con las estrategias para vencerlas. ▪ Ayudar al cliente a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo. ▪ Ayudar al cliente a evaluar cuando tiene un apoyo familiar y social fuerte.
<p>Mantenimiento El cliente ha alcanzado las metas iniciales como la abstinencia y ahora está trabajando para mantener lo ganado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar al cliente a identificar y examinar fuentes de placer libres ▪ de drogas (por ej., nuevos refuerzos). ▪ Apoyar los cambios en el estilo de vida. ▪ Afirmar la resolución del cliente y la autoeficacia. ▪ Ayudar al cliente a practicar y usar nuevas estrategias para lidiar con evitar el regreso al consumo. ▪ Mantener un contacto de apoyo (por ej., explicar al cliente que usted está disponible para hablar entre sesiones). ▪ Desarrollar un plan de “escape” si el cliente vuelve al consumo de sustancias. ▪ Repasar con el cliente las metas a largo plazo
<p>Recurrencia El cliente ha experimentado una recurrencia de síntomas y tiene que lidiar ahora con las consecuencias y decidir qué hacer ahora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar el cliente a reentrar al ciclo de cambio y alabar cualquier disposición para reconsiderar un cambio positivo ▪ Explorar el significado y la realidad de la recurrencia como una oportunidad de aprendizaje. ▪ Ayudar al cliente a encontrar alternativas a las estrategias de manejo. <p>Mantener un contacto de apoyo.</p>

Usos especiales de las Intervenciones Motivacionales

Los principios fundamentales del aumento motivacional se han aplicado en diferentes culturas, a distintas clases de problemas, en varios ambientes de tratamiento, y con muchas poblaciones diferentes. La literatura de investigación sugiere que las intervenciones motivacionales están asociadas con una gama de resultados exitosos, incluyendo la

facilitación de referidos para el tratamiento, disminución o terminación del uso de sustancias, y una participación y cumplimiento en aumento para el tratamiento especializado (Bien et al., 1993b; Noonan y Moyers, 1997). Las intervenciones motivacionales han sido probadas en por lo menos 15 países, incluyendo Canadá, Inglaterra, Escocia, Gales, los Países Bajos, Australia, Suecia, Bulgaria, Costa Rica, Kenia, Zimbaue, México, Noruega, la antigua Unión Soviética y los Estados Unidos (Bien et al., 1993; Miller y Rollnick, 1991). Las estrategias motivacionales se han usado

principalmente con bebedores de alto consumo y fumadores de cigarrillos, pero también ha producido resultados estimulantes en usuarios de marihuana y derivados del opio con serios problemas asociados al consumo de las sustancias (Bernstein et al., 1997a; Miller y Rollnick, 1991; Noonan y Moyers, 1997; Sobell et al., 1995).

Los usos especiales de los acercamientos motivacionales han sido y son explorados en la actualidad con pacientes diabéticos, para el manejo del dolor, en la rehabilitación de enfermedades coronarias, para reducir el riesgo del HIV, con transgresores sexuales, con bebedoras de alcohol embarazadas, con veteranos con un consumo de alcohol severo e incapacitante, con personas con trastornos alimenticios, y con individuos con trastornos coexistentes de uso de sustancias y psiquiátricos (Carey, 1996; Noonan y Moyers, 1997; Ziedonis y Fisher, 1996). Las poblaciones que han

respondido a las intervenciones motivacionales incluyen personas arrestadas por conducir en estado de embriaguez y otros ofensores no-violentos, adolescentes (Colby et al., 1998), adultos de edad avanzada, empleados, parejas casadas, clientes dependientes de derivados de opio que reciben mantenimiento con metadona y trasgresores de violencia doméstica (bernstein et al., 1997a; Miller y Rollnick, 1991; Noonan y Moyers, 1997). La literatura también describe un uso exitoso de estas técnicas motivacionales en facilidades de cuidado primario (Daley et al., 1998), salas de emergencia en hospitales (Bernstein et al., 1997a; D'Onofrio et al., 1998), ambientes de tratamiento tradicionales ambulatorios y con pacientes internados, cortes de drogas y esfuerzos de prevención comunitarios. Estas intervenciones han sido usadas con individuos, parejas, grupos y en sesiones cara a cara o por medio de materiales enviados por correo (Miller y Rollnick, 1991; Sobell y Sobell, 1998).

FIGURA 2-3 DIEZ CATALÍTICOS EFECTIVOS PARA EL CAMBIO

1. **Elevación de la conciencia** es aumentar la información sobre el problema. Las intervenciones podrían incluir observaciones, interpretaciones y biblioterapia.
2. **Auto-reevaluación** implica evaluar cómo se siente y piensa uno sobre sí mismo en lo que se refiere a los comportamientos problemáticos. Las intervenciones podrían incluir aclarar valores y retar las creencias o expectativas.
3. **Autoliberación** significa escoger y comprometerse a actuar o creer en la habilidad para cambiar. Las intervenciones podrían incluir técnicas para aumentar el compromiso, terapia sobre toma de decisiones, y resoluciones de Año Nuevo.
4. **Contra-acondicionamiento** implica substituir las alternativas para lidiar con la ansiedad provocada por comportamientos asociados con el uso de sustancias. Las intervenciones podrían incluir adiestramiento en relajación, desensibilizar, afirmar y auto-planteamientos positivos.
5. **Control de estímulo** significa evitar o contrarrestar los estímulos que hacen surgir los problemas de comportamiento. Las intervenciones podrían incluir evitar aspectos de alto riesgo y eliminar las sustancias del medio ambiente de uno.
6. **Manejo de refuerzos** es recompensarse a uno mismo o ser recompensado por los demás al hacer cambio. Las intervenciones podrían incluir contratos de contingencia y refuerzos evidentes y discretos.
7. **Relaciones de ayuda** creadas al manifestar y confiar los problemas a la gente que siente interés. Las intervenciones podrían incluir grupos de autoayuda, apoyo social o relaciones terapéuticas.
8. **Despertar emocional y alivio dramático** implica experimentar y expresar sentimientos acerca de los problemas de uno y soluciones para los mismo. Las intervenciones podrían incluir desempeñar papeles y el psicodrama.
9. **Reevaluación ambiental** es el proceso de evaluar cómo el problema de uno afecta el ambiente personal y físico. Las intervenciones podrían incluir adiestramiento en empatía y documentales.
10. **Liberación social** implica aumentar las alternativas para comportamientos no-problemáticos. Las intervenciones podrían incluir abogar por los derechos de los oprimidos e intervenciones políticas.

Fuente: Adaptada de DiClemente y Scott, 1997.

La simplicidad y universalidad de los conceptos de las intervenciones motivacionales implícitas, permiten una aplicación abarcadora y ofrecen un gran potencial de llegar a los clientes con varias clases de problemas y en diferentes culturas o ambientes.

Respondiendo a Distintas Necesidades

Los clientes en tratamiento por abuso de sustancias, tienen diferentes trasfondos culturales y étnicos, posición socioeconómica, educación, género, edad, orientación sexual y salud psicológica. Como se ha señalado anteriormente, la investigación y la experiencia sugieren que el proceso de cambio es el mismo o parecido a lo largo de distintas poblaciones. Por tanto, los principios y los mecanismos para aumentar la motivación para cambiar, parecen ser ampliamente aplicables. Sin embargo, podría haber diferencias importantes entre las poblaciones y contextos culturales en cuanto a la expresión de la motivación para el cambio y la importancia de los sucesos críticos en la vida. En consecuencia, familiarícese con las poblaciones con las que espera establecer relaciones terapéuticas y use sus clientes como maestros en cuanto a su propia cultura.

Puesto que las estrategias motivacionales enfatizan la responsabilidad del cliente para manifestar las metas y valores personales, así como seleccionar entre las opciones para el cambio, un clínico sensible entenderá e, idealmente, responderá sin emitir juicios a las diferencias culturales. Las diferencias culturales podrían reflejarse en el valor de la salud, el significado del tiempo, el estigma de consumir alcohol en exceso, o las responsabilidades hacia la comunidad y la familia. Trate de entender la perspectiva del cliente en lugar de imponer los valores de la cultura dominante o emitir juicios rápidos. Esto exige conocimiento de las influencias que promueven o sostienen el uso de sustancias en las distintas poblaciones. Las estrategias de aumento de motivación, deberían ser congruentes con los principios sociales y culturales, los estándares y las perspectivas del cliente. Por ejemplo, los adultos de edad avanzada a menudo luchan contra la pérdida de estatus y de identidad personal cuando se retiran, y podrían no saber cómo ocupar su tiempo libre. Ayude a los clientes retirados a entender su necesidad de tener actividades nuevas y cómo su uso de sustancias es un mecanismo de defensa. Del mismo modo, cuando trate de aumentar la motivación para el cambio en adolescentes, considere de qué forma sus compañeros de la misma edad influyen en su comportamiento y valores, y cómo las familias pueden limitar su autonomía.

Además de entender y usar los valores de una población en específico para estimular el cambio,

identifique cómo esos valores pueden presentar potenciales barreras para el cambio. Algunos clientes se identificarán fuertemente con tradiciones culturales o religiosas y trabajarán diligentemente para ganar el respeto de sus mayores u otros grupos de líderes; otros encontrarán la membresía o participación en grupos como un anatema. Algunas poblaciones están dispuestas a involucrar a los miembros de la familia en la consejería; otros lo encuentran irrespetuoso, o sino vergonzoso. La etiqueta de “alcohólico” la adoptan orgullosa y voluntariamente los miembros de AA, pero otros la ven como deshumanizante. El mensaje es simple: Conozca y sea sensible a las preocupaciones y valores de sus clientes.

Otra área sensitiva es la de emparejar el cliente con el clínico. A pesar de que la literatura sugiere que la calidez, empatía y el respeto genuino, son aspectos más importantes al construir una relación terapéutica que el adiestramiento profesional o la experiencia (Najavatis y Weiss, 1994), aún así, los programas pueden identificar los clínicos que podría ser los óptimos debido a la identificación cultural, idioma u otras semejanzas o trasfondo, para trabajar con clientes de poblaciones específicas. Los programas encontrarán útil desarrollar una red de trabajo de clínicos o intérpretes que se puedan comunicar con clientes que no hablen español.

Finalmente, sepa qué recursos personales y materiales están disponibles para sus clientes y sea sensible a los temas de pobreza, aislamiento social y pérdidas recientes. En particular, reconozca que el acceso a los recursos financieros y sociales, es una parte importante de la motivación y el progreso hacia el cambio. La pobreza prolongada y la falta de recursos hacen el cambio difícil, tanto porque muchas alternativas no son posibles, como porque la desesperación puede ser perdurable. Es un reto afirmar la autoeficacia y estimular la esperanza y el optimismo en clientes a los que les faltan recursos materiales y que hayan sufrido los efectos de la discriminación. Los hechos de la situación se deberían reconocer firmemente. Sin embargo, la capacidad de resistir y de crecimiento personal de los clientes frente a circunstancias difíciles, se puede respetar y afirmar, y después sacar de esto una fortaleza para intentar un cambio.

FIGURA 2-4 CATALÍTICOS Y ETAPAS DE CAMBIO	
Estado de Cambio	Catalíticos
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevación de la conciencia. ▪ Reevaluación ambiental ▪ Despertar emocional y alivio dramático
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto-reevaluación ▪ Despertar emocional y alivio dramático ▪ Reevaluación ambiental
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoliberación ▪ Contra-afectación ▪ Relaciones de ayuda
Acción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contra-afectación ▪ Control de estímulo ▪ Manejo de refuerzos ▪ Relaciones de ayuda ▪ Autoliberación
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reevaluación ambiental ▪ Autoliberación ▪ Manejo de refuerzos ▪ Relaciones de ayuda

MEDIDAS CULTURALES PERTINENTES

En mi práctica con personas que tienen diferentes puntos de vista del mundo, he hecho una serie de observaciones sobre las formas en que la cultura influencia el proceso de cambio. Trato de estar pendiente de los efectos culturales en el estilo de una persona para recibir y procesar información, tomar decisiones, tener un ritmo y estar lista para actuar. Cuanto más asimilados estén los clientes a la cultura que les rodea, más probable será que estén listos para procesar información, responder y hacer elecciones que sean congruentes con las creencias y estilos de la cultura dominante. La responsabilidad de estar consciente de los sistemas de valores culturales diferentes, reside en que el especialista, no el cliente, es el que se pone a prueba.

Más detalladamente, la forma en que una persona se comunica, verbal y no-verbalmente, a menudo está relacionada directamente con la cultura. Un joven nativoamericano señaló en el primer contacto que él “podría no regresar pues sus zapatos estaban demasiado apretados”. Era su forma de decir que no tenía dinero.

Sin embargo, la etnicidad no siempre determina la cultura o los valores por los que uno escoge vivir. Por ejemplo, los norteamericanos blancos podrían adoptar puntos de vista mundiales y sistemas de valores. Los asiáticoamericanos o afroamericanos que tienen una buena educación escogen vivir de acuerdo a su sistema de valores culturales tradicionales y procesar la información para el cambio de acuerdo a éste.

La cultura es un contribuyente poderoso para definir la identidad de uno. No tener un sentido étnico saludable de sí mismo afecta todas las etapas del proceso de cambio. Como escribió Maslow, para tener un sentido firme de uno mismo, hay que ser poderoso en las áreas de ser, saber, hacer y tener. Los americanos que pertenecen a algún grupo étnico que los ha criado en ambientes que los aíslan de sus propias culturas, podrían no tener información precisa sobre su etnicidad y podrían no desarrollar un sentido étnico de sí mismo saludable.

MEDIDAS CULTURALES PERTINENTES

Creo que los clínicos que usan terapia de aumento motivacional, necesitan conocer diferentes sistemas de valores culturales y tener una sensibilidad cultural. Si pone en duda las creencias del cliente, explórelas con éste. Reconocer y honrar los diferentes puntos de vista culturales, influye enormemente tanto en el estilo motivacional, como en el resultado de la terapia.

Rosalyn harris -Offut, Miembro del Panel de Consenso

Intervenciones Breves

En las últimas dos décadas, una tendencia a nivel mundial ha ido en aumento: ver los problemas relacionados con sustancias en un contexto mucho más abarcador que el abuso diagnosticable y los síndromes de dependencia. El reconocimiento de que las personas con problemas relacionados con las sustancias, forman un grupo mucho más grande - y representan una amenaza de salud pública seria y costosa - que la cantidad pequeña de personas que necesitan tratamiento tradicional y especializado, no se refleja siempre en la organización y disponibilidad de los sistemas de tratamiento. Como parte de un movimiento para identificar pronto patrones de consumo de bebida peligrosos, y el desarrollo de métodos efectivos y a bajo costo para mejorar este

difundido problema, se han iniciado y evaluado intervenciones breves, principalmente en el Reino Unido (Instituto de Medicina, 1990a) y Canadá, pero también en otros países. (Para información más detallada de la intervención breve y la terapia breve, refiérase al próximo "TIP", *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* ("CSAT", en imprenta). Han sido probadas en los Estados Unidos Unidos y otros lugares con un gran éxito, a pesar de que no se hayan adoptado fuera de ambientes de investigación (Drummond, 1997; Kahan et al., 1995). Los impulsos para expandir el uso de esta forma de tratamiento más corta, es una respuesta a:

INTERVENCIÓN BREVE EN EL AREA DE EMERGENCIA

Cuando utilizo un estilo de entrevista motivacional en mi práctica de medicina de emergencia, experimento una satisfacción profesional considerable. Sinceramente, es una lucha por no dejarse llevar por esa necesidad de ser el experto a cargo. Ayuda a reconocer que la persona con la que estoy hablando en estos encuentros médicos, es también un experto: un experto en su propio estilo de vida, necesidades y elecciones.

Después de haber aprendido sobre los principios de "FRAMES" en 1987, los trate una o dos veces, y funcionaron, así que los volvía a tratar una y otra vez. Esto no es para decir que no vuelvo a caer en métodos viejos y alguna vez le pregunte a alguien: "¿Quiere ir a un centro para desintoxicarse?" Pero con más frecuencia que lo contrario, trato de pedir permiso para discutir el uso de sustancias individual. Le pido a los pacientes que me ayuden a entender lo que se disfrutan de usar sustancias, y entonces lo que menos les gusta. Con frecuencia los pacientes me dicen que les gusta ennotarse porque les ayuda a relajarse, se olvidan de sus problemas y es parte de su vida social. Pero dicen que no les gusta enfermarse por usar drogas. No les gusta que sus familias los rechacen o tener accidentes automovilísticos o dolores de pecho después de consumir "crack". Les escucho con atención y les repito lo que he entendido de acuerdo a lo que cada persona me haya dicho, resumo y pregunto: "¿Dónde lo deja esto? También les pregunto sobre cuán listos están para cambiar su consumo de sustancias en una escala del 1 a 10. Si alguien está bajo en esa escala, pregunto que haría que se moviera hacia adelante. Si alguien da un número alto en la escala, indicativo de su preparación para cambiar, pregunto a esta persona qué cree que podría moverlo hacia adelante. Si alguien da un número alto en la escala, le pregunto qué cree que podría cambiar su consumo de sustancias.

Si un paciente demuestra interés en el tratamiento, exploro las ventajas y desventajas de las distintas opciones. Un especialista en trastornos por uso de sustancias del departmaneto de emergencia, trabaja entonces con el personal para encontrar ubicación en un programa y, de ser necesario, proporciona un

INTERVENCIÓN BREVE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA

vale de transportación. Este acercamiento sistemático, el cual incorpora los principios de entrevista motivacional, me es útil en nuestro ambiente de práctica frenético. No sólo es seguro étnicamente, basado como está en el respeto por la autonomía individual, sino que consume menos tiempo y es menos frustrante. Toda persona hace su parte del trabajo al nombrar su problema e identificar posibles soluciones. Mi papel es facilitar ese proceso.

Ed Bernstein, Miembro del Panel de Consenso

- La necesidad para una base más abarcadora de elementos de tratamiento y prevención para servir a todos los segmentos de la población que tengan, desde problemas mínimos relacionados con sustancias y patrones de consumos, hasta severos.
- La necesidad de las intervenciones eficaces en función de los costos que no vacíen más las arcas públicas y que satisfagan las políticas de reducción de costos en una era de cuidado de salud coordinado (a pesar de que las investigaciones indican que el tratamiento intensivo para la dependencia de nicotina, es más eficaz en función del costo [“Agency for Health care Policy and Research, 1996])
- Una cuerpo de hallazgos investigativos cada vez mayor, que demuestra consistentemente la eficacia de las intervenciones relativamente breves contrario a ninguna.

Usos de Intervenciones Breves

Las intervenciones breves para los individuos usuarios de sustancias, se aplican principalmente fuera de ambientes de tratamiento tradicionales (a los que generalmente se hace referencia como ambientes *oportunistas*), donde los clientes no están buscando ayuda para su trastorno por uso de sustancias, pero que han venido, por ejemplo, a buscar ayuda médica, a recoger su cheque de beneficiencia, o a responder a una citación judicial. Estos ambientes proporcionan una oportunidad para conocer y relacionarse con individuos con trastornos por uso de sustancias “justo donde están”. En estas situaciones, las personas que buscan servicios se les podría cernir para problemas relacionados con el uso de sustancias o preguntarles sobre sus patrones de consumo. (Para más detalles sobre cómo puede funcionar esto en es e ambiente, refiérase al “TIP” 24, *Una Guía de Servicios de Abuso de Sustancias para Clínicos de Cuidado primario*

[“CSAT”, 1997]. A los que se les determine que tienen patrones riesgosos o excesivos de uso de sustancias o problemas relacionados, reciben una intervención breve de una o más sesiones, cada una con una duración de unos minutos a una hora. El cuidado urgente podría implicar tan solo un encuentro breve, con un posible referido para otros servicios. Estas intervenciones breves las llevan a cabo generalmente profesionales del área de servicio donde la persona busca servicio, no por especialistas en tratamiento de abuso de sustancias. El propósito de una intervención breve, generalmente es aconsejar a los individuos acerca de los patrones de consumo de sustancias peligrosos y aconsejarles limitar o parar su consumo, dependiendo de las circunstancias. Si la intervención inicial no da por resultado un mejoramiento sustancial, el profesional puede hacer un referido para otro tratamiento de sustancias profesional. Una intervención breve también puede explorar las ventajas y desventajas de entrar en un tratamiento y presentar un menú de opciones de tratamiento, así como facilitar contacto con el sistema de tratamiento.

Las intervenciones breves se han usado efectivamente dentro de ambientes de tratamiento de abuso de sustancias con personas que buscaban ayuda, pero que caían en listas de espera, como un preludeo motivacional al compromiso y participación en un tratamiento más intensivo, y como un primer intento para facilitar el cambio de comportamiento con un poco de ayuda clínica adicional. Una serie de intervenciones breves pueden formar una terapia breve, una estrategia de tratamiento que aplica a técnicas terapéuticas específicamente orientadas a un tratamiento con una duración limitada, haciéndolas particularmente útiles para ciertas poblaciones (por ej., adultos en edad avanzada, adolescentes).

3 Entrevista Motivacional como un Estilo de Consejería

La entrevista motivacional es una forma de ser con un cliente, no sólo un conjunto de técnicas para dar consejería.

Miller y Rollnick, 1991

La intervención motivacional es una técnica en la cual usted se vuelve un ayudante en el proceso de cambio y expresa la aceptación de su cliente. Es una forma de interactuar con los clientes usuarios de sustancias, no meramente como un accesorio de otros acercamientos terapéuticos, y un estilo de consejería que puede ayudar a resolver la ambivalencia que evita que los clientes cumplan con sus metas personales. La entrevista motivacional construye sobre las teorías optimistas y humanistas de Carl Rogers acerca de las capacidades de la gente para ejercer libre albedrío y cambiar por medio de un proceso de auto-entendimiento. La relación terapéutica, tanto de entrevistas rogerianas como motivacionales, es una asociación democrática. Su papel en la entrevista motivacional es directiva, con la meta de extraer planteamientos auto-motivacionales y cambio de comportamiento del cliente, además de crear la discrepancia del cliente para aumentar la motivación hacia el cambio positivo (Davidson, 1994; Miller y Rollnick, 1991). Esencialmente, la entrevista motivacional activa la capacidad para el cambio beneficioso que todo el mundo posee (Rollnick y Miller, 1995). A pesar de que alguna gente puede continuar el cambio por su cuenta, otros necesitan más tratamiento formal y apoyo a lo largo del largo viaje de recuperación. Aún para clientes con poca preparación, la entrevista motivacional funciona como un prelude vital del trabajo terapéutico en el futuro.

La entrevista motivacional es un estilo de consejería basado en las siguientes suposiciones:

- La ambivalencia sobre el uso de sustancias (y cambio) es normal y constituye un obstáculo motivacional importante en la recuperación.
- La ambivalencia se puede resolver al trabajar con las motivaciones y valores intrínsecos del cliente.
- La alianza entre usted y el cliente es una asociación colaborativa a la cual usted aporta una experiencia importante.
- Una consejería empática, de apoyo, y sin embargo directiva, proporciona las condiciones bajo las cuales ocurre el cambio. (La argumentación directa y la confrontación agresiva tienden a aumentar la defensividad del cliente y reducir la posibilidad del cambio de comportamiento.)

Este capítulo discute brevemente la ambivalencia y su papel en la motivación del cliente. Se presentan entonces cinco principios básicos de la entrevista motivacional para lidiar con la ambivalencia y facilitar el proceso de cambio. También se presentan, las estrategias de apertura para usar con los clientes en las primeras etapas del tratamiento. El capítulo concluye con el resumen de una publicación de Noonan y Moyers, del 1997, la cual estudiaba la efectividad de la entrevista motivacional.

Ambivalencia

Los individuos con trastornos por uso de sustancias, generalmente están conscientes de su comportamiento como usuarios de sustancias,

pero aún así continúan usándolas. Podrían querer dejar de usarlas, pero a la vez no saben que lo quieren hacer. Entran a programas de tratamiento, pero alegan que los problemas no son tan serios. Estos sentimientos desiguales se pueden caracterizar como ambivalencia, y son naturales, independientemente del estado de preparación del cliente. Es importante entender y aceptar la ambivalencia de su cliente pues ésta es a menudo el problema central; y la falta de motivación puede ser una manifestación de esa ambivalencia (Miller y Rollnick, 1991). Si interpreta la ambivalencia como una negación o

resistencia, habrá una tendencia a que surja fricción entre usted y el cliente.

El estilo de entrevista motivacional facilita la exploración de los conflictos motivacionales específicos a cada etapa, los cuales posiblemente puedan evitar el progreso. Sin embargo, todo dilema también ofrece una oportunidad para usar el estilo motivacional para ayudar a su cliente a explorar y resolver actitudes contradictorias. Los ejemplos de cómo estos conflictos podrían expresarse en diferentes etapas de cambio, se proporcionan en la Figura 3-1.

FIGURA 3-1 CONFLICTOS MOTIVACIONALES ESPECÍFICOS A CADA ETAPA	
Etapas de Cambio	Conflicto del Cliente
Precontemplación	No veo cómo mi uso de cocaína justifica preocupación, pero espero que al estar de acuerdo de hablar sobre éste, mi esposa se sienta más tranquila.
Contemplación	Puedo visualizar cómo dejar la heroína mejorará mi autoestima, pero no me puedo imaginar sin inyectarme nunca más.
Preparación	Me siento bien con fijar una fecha para dejar el consumo, pero me pregunto si tendré el valor de cumplirla.
Acción	Mantenerme limpios durante las últimas 3 semanas me hace sentir realmente bien, pero una parte de mí quiere celebrar cogiendo una nota.
Mantenimiento	Estos meses que he pasado en abstinencia me han hecho sentir que estoy progresando hacia la recuperación, pero todavía me estoy preguntando si la abstinencia es necesaria.

Cinco Principios de la Entrevista Motivacional

En su libro, *“Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior”* (Entrevista motivacional: preparando la gente a cambiar su comportamiento adictivo) Miller y Rollnick escribieron:

La entrevista motivacional ha sido práctica para concentrar... Las estrategias de la entrevista motivacional, son más persuasivas que obligatorias, más de apoyo que de argumentación. El entrevistador motivacional tiene que actuar con un fuerte sentido del propósito, con estrategias y destrezas claras para lograr su propósito, y un sentido de lo oportuno para intervenir de formas particulares en

momentos decisivos (Miller y Rollnick, págs. 51-52).

El clínico practica la entrevista motivacional con los cinco principios generales en mente:

6. Expresar empatía por medio de escuchar atentamente.
7. Desarrollar discrepancia entre las metas o valores del cliente y su comportamiento actual.
8. Evitar el argumento y la confrontación directa.
9. Adaptarse a la resistencia del cliente en lugar de oponérsele directamente.

10. Apoyar la autoeficacia y el optimismo.

Expresa Empatía

con atención cada uno de los planteamientos del cliente nuevo, y la creación continua de hipótesis

en cuanto a la intención implícita” (Miller y Rollnick, 1991, p. 20). Un estilo empático

- Comunica respeto y aceptación a los clientes y sus sentimientos
- Estimula una relación sin juicios, colaborativa
- Le permite a usted ser un consultor que apoya y está bien informado

La empatía “es una destreza especificable y aprendible para entender la intención de otro al escuchar con atención... Exige escuchar

- Felicita sinceramente en lugar de denigrar
- Escucha en lugar de hablar
- Persuade amablemente, con el entendimiento de que la decisión de cambiar le pertenece al cliente
- Proporciona apoyo a lo largo del proceso de recuperación

EXPRESANDO EMPATÍA

- La aceptación facilita el cambio.
- Escuchar con atención y diestramente, es fundamental para expresar empatía.
- La ambivalencia es normal.

Fuente: Miller y Rollnick, 1991. Reimpreso con autorización.

La entrevista motivacional empática establece un ambiente seguro y abierto que conduce a examinar problemas y conseguir razones personales y métodos para cambiar. Un componente fundamental de la entrevista motivacional, es comprender la perspectiva especial, los sentimientos y valores de cada cliente. Su actitud debe ser de aceptación, pero no necesariamente de aprobación o acuerdo, reconociendo que la ambivalencia en cuanto al cambio es de esperarse. La entrevista motivacional es sumamente exitosa cuando se establece una relación de confianza entre usted y su cliente.

A pesar de que la empatía es la base de un estilo de consejería, “no se debe confundir con el significado de la empatía como identificación con el cliente o el compartir experiencias pasadas en común. De hecho, una historia personal reciente del mismo tipo de problema...podría comprometer la habilidad del consejero para proporcionar condiciones de cambio críticas” (Miller y Rollnick, 1991, p.5). El componente clave para expresar empatía, es escuchar atentamente.

EXPRESANDO EMPATÍA HACIA LOS CLIENTES NATIVOAMERICANOS

Para muchos grupos tradicionales de nativoamericanos, expresar empatía empieza con la presentación. Los nativoamericanos generalmente esperan que el clínico esté consciente de las normas aceptadas culturalmente y que las utilice al presentarse y demostrar respeto. Por ejemplo, en el primer encuentro con un navajo, con frecuencia se espera de la persona que diga la relación del clan o el origen étnico, y el lugar de origen. El contacto físico es mínimo, excepto por un breve apretón de manos, que bien podría no ser más que un leve toque de las palmas.

Ray Daw, Miembro del Panel de Consenso

Si usted no está escuchando reflexivamente, sino que está imponiendo dirección y juicio, usted estará creando barreras que impiden la relación terapéutica (Miller y Rollnick, 1991). El cliente con toda probabilidad reaccionará deteniéndose, desviándose o cambiando de dirección. Se han identificado doce ejemplos de respuestas no-empáticas (Gordon, 1970):

1. *Ordenando o dirigiendo* .La dirección se da con una voz de autoridad. El

interlocutor podría estar en una posición de poder (por ej., padre, patrono) o las palabras podrían simplemente ser parafraseadas y expresadas de una forma autoritaria.

2. *Advirtiendo o amenazando*. Estos mensajes son parecidos a ordenar, pero llevan una amenaza discreta o evidente de consecuencias negativas inminentes de no seguir el consejo o la dirección. La amenaza podría ser un acto que el clínico llevaría a

cabo o simplemente una predicción de un resultado negativo si el cliente no cumpliera; por ejemplo: “Si no me escucha, se va a arrepentir”.

3. *Dar consejería, hacer sugerencias, o proporcionar soluciones prematuramente o sin que se le pidan.* El mensaje recomienda un curso de acción basado en el conocimiento y la experiencia personal del clínico. Estas recomendaciones a menudo empiezan con frases como: “Lo que yo haría sería...”
4. *Persuadir con lógica, argumentando, o dando una lección.* La suposición implícita de estos mensajes, es que el cliente no ha razonado a lo largo del problema adecuadamente y necesita ayuda para hacerlo.
5. *Moralizar, sermonear o decir a los clientes cuál es su deber.* Estos planteamientos contienen palabras como “debería” o “convendría” para transmitir instrucciones morales.
6. *Juzgar, criticar, diferir o culpar.* Estos mensajes implican que algo está mal con el cliente o con lo que ha dicho el cliente. Hasta un simple desacuerdo podría interpretarse como crítico.
7. *Concordar, aprobar, o alabar.* Sorpresivamente, alabar o aprobar también puede ser un obstáculo si el mensaje sanciona o implica acuerdo con lo que haya dicho el cliente. La aprobación no solicitada puede interrumpir el proceso de comunicación entre el interlocutor y el oyente. Escuchar atentamente no exige un acuerdo.
8. *Maldecir, ridiculizar, etiquetar o llamar por nombres.* Estos mensajes expresan desaprobación abiertamente y tienen la

intención de corregir un comportamiento o actitud específica.

9. *Interpretar o analizar.* Los clínicos son tentados frecuente y fácilmente para imponer sus propias interpretaciones a los planteamientos de un cliente y encontrar algún significado escondido y analítico. Los planteamientos interpretativos podrían implicar que el clínico sabe cuál es el verdadero problema del cliente.
10. *Reafirmar, consolar o simpatizar.* Los clínicos a menudo quieren hacer sentir mejor al cliente ofreciéndole consuelo. Esa reafirmación puede interrumpir el flujo de la comunicación e interferir con escuchar atentamente.
11. *Cuestionar o tantear.* A menudo los clínicos confunden cuestionar con escuchar bien. A pesar de que el clínico puede hacer preguntas para aprender más del cliente, el mensaje implícito es que el clínico podría encontrar la respuesta adecuada a todos los problemas del cliente si se hacen suficientes preguntas. De hecho, cuestionar intensivamente puede interferir con el flujo de comunicación espontáneo y desviarse en direcciones de interés para el clínico y no para el cliente.
12. *Retractar, distraer, adaptarse o cambiar de tema.* A pesar de que el humor puede representar un intento para alejar de la mente del cliente temas emocionales o problemas amenazantes, también puede ser una distracción que interfiera con la comunicación y que implique que los planteamientos del cliente no son importantes.

Las diferencias étnicas y culturales, se tienen que considerar al expresar empatía ya que influyen cómo, tanto usted como su cliente, interpretan las comunicaciones verbales y no-verbales.

EXPRESANDO EMPATÍA POR LOS CLIENTES AFROAMERICANOS

Una de las formas en que establezco empatía con los clientes afroamericanos es, ante todo, ser una persona genuina (no sólo un consejero o clínico). El cliente podría empezar la relación haciendo preguntas sobre usted como persona, no como profesional, en un intento por localizarlo en el mundo. Es como si el diálogo interno del cliente dijese: “Mientras usted trata de entenderme, ¿por cuáles caminos, perspectivas, experiencias de vida, y valores está logrando ese entendimiento?” Las preguntas típicas que me han hecho clientes afroamericanos son:

- ¿Es cristiano?
- ¿De dónde es?
- ¿En qué parte de la ciudad vive?

EXPRESANDO EMPATÍA POR LOS CLIENTES AFROAMERICANOS

- ¿Quiénes son sus padres?
- ¿Está casado?

Cada una de ellas son preguntas razonables que trabajan para establecer una relación real, no artificial, con el clínico. Como parte de una relación democrática, el cliente tiene derecho a, en algunos casos, una expectativa cultural de conocer al que le proporciona ayuda.

En otro plano, los afroamericanos son personas muy espirituales. Esta espiritualidad se expresa y se practica de diferentes formas que substituyen las afiliaciones religiosas. La gente joven se golpea el pecho y dice: “te siento”, como una forma de expresar esa empatía. Entender y trabajar con esto, puede aumentar la expresión de empatía por parte del clínico. En otras palabras, la alianza terapéutica entre el cliente y el clínico se puede profundizar. Permitiendo otro nivel de conexión empática que alguien podría llamar un entendimiento intuitivo y otros una conexión espiritual con el cliente. Lo que surge es una alianza terapéutica - una conexión espiritual – que va más allá de lo que pueden decir meramente las palabras. Cuanto más expresen el lado de sí mismos los clínicos, ya sea llamándolo intuición o espiritualidad, más intensa se sentirá la conexión empática con el cliente afroamericano.

Cheryl Grills, Miembro del Panel de Consenso

Desarrollo de Discrepancia

La motivación para el cambio se aumenta cuando los clientes perciben discrepancias entre su situación actual y sus esperanzas futuras. Su tarea es ayudar a concentrar la atención del cliente en cómo los 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 uso de sustancias que contribuye a estas consecuencias. A pesar de que ayudar al cliente a percibir la discrepancia puede ser difícil, escoger

hacerlo cuidadosamente y reflejando una estrategia puede acentuar las incongruencias. Separe el comportamiento de la persona y ayude a su cliente a explorar de qué forma las metas personales importantes (por ej., buena salud, felicidad marital, éxito financiero) se están afectando por los patrones actuales de uso de sustancias. Esto exige que escuche atentamente a los planteamientos de su cliente en cuanto a sus valores y relación con la comunidad, familia e iglesia. Si el cliente demuestra preocupación acerca de los efectos del comportamiento personal, resalte esta preocupación para aumentar la percepción del cliente y reconocer la discrepancia.

DESARROLLANDO DISCREPANCIA

- Desarrollar conciencia sobre las consecuencias para ayudar a los clientes a examinar su comportamiento.
- Una discrepancia entre el comportamiento actual y las metas importantes, motiva el cambio.
- El cliente debe presentar los argumentos para el cambio.

Fuente: Miller y Rollnick, 1991.

Una vez que el cliente comienza a entender de qué forma las consecuencias o las posibles consecuencias de su comportamiento actual confligen con los valores personales significativos, expanda y concéntrese en este desacuerdo, hasta que el cliente pueda articular preocupación consistente y compromiso hacia el cambio. Una táctica útil para ayudar a un cliente a que perciba la discrepancia, algunas veces se llama “el acercamiento de Columbo” (Kanfer y Schefft, 1988). Este acercamiento es

particularmente útil cuando un cliente prefiere estar en control. Esencialmente, el clínico manifiesta entendimiento y busca constantemente aclaraciones acerca de los problemas del cliente, pero parecería incapaz de percibir una solución. Una instancia de incertidumbre o confusión, puede motivar al cliente a tomar control de la situación al ofrecerle al clínico una solución (Van Bilsen, 1991).

EL ACERCAMIENTO “COLUMBO”

Algunas veces uso a lo que me refiero como acercamiento “Columbo” para desarrollar discrepancia con los clientes. En la vieja serie de televisión “Columbo”, Peter Falk hacía el papel de un detective que tenía una noción de lo que realmente había ocurrido, pero usaba un estilo socrático algo balbuceante, sin presunciones, para poner en duda a su sospechoso principal, haciendo preguntas estratégicamente y haciendo reflexiones para armar un rompecabezas sobre lo que realmente pasó. Según las piezas iban cayendo en su lugar, el objeto de la investigación de “Columbo” a menudo revelaría la verdadera historia.

Usando el acercamiento de “Columbo”, el clínico hace el papel de un detective tratando de resolver un misterio, pero que está teniendo dificultades porque las claves no encajan. El clínico “Columbo”, hace partícipe al cliente de la solución del misterio:

Ejemplo No. 1: “Hummm. Ayúdeme a entender esto. Usted me ha dicho que mantener la custodia de su hija, y ser una buena madre, son las dos cosas más importantes para usted. ¿Cómo encaja con esto su uso de heroína?”

Ejemplo No. 2: “Así que algunas veces cuando bebe durante la semana no se puede levantar por la mañana para ir a trabajar. El mes pasado, faltó 5 días. Pero le gusta su trabajo, y hacerlo bien es muy importante para usted.”

En ambos casos, el clínico expresa confusión, lo que la permite al cliente tomar la palabra y explicar cómo los dos deseos conflictivos encajan.

El valor del acercamiento ‘Columbo’ es que obliga a los clientes, en lugar de a los clínicos, a abordar las discrepancias y a tratar de resolverlas. Este acercamiento refuerza la noción de que los clientes son los expertos en cuanto a su propio comportamiento y valores. Son verdaderamente los únicos que pueden resolver la discrepancia. Sin embargo, si el clínico intenta hacerlo por el cliente, éste se arriesga a interpretar erróneamente, sacando sus conclusiones en lugar de escuchar la perspectiva del cliente, y a lo mejor lo más importante, hacer del cliente un participante pasivo en lugar de uno activo en el proceso.

Cheryl Grill, Miembro dle Panel de Consenso

Para revelar la discrepancia, se pueden usar otras herramientas a parte de hablar. Por ejemplo, muestre un video y entonces discútalos con el cliente, permitiéndole asociarlo con su propia situación. La yuxtaposición de diferentes mensajes por medio de audiovisuales o imágenes que sean significativas para un cliente, también puede ser efectiva. Esta estrategia podría ser particularmente efectiva para los adolescentes pues proporciona la estimulación para discutir y reaccionar.

Usted puede ayudar a su cliente a percibir la discrepancia en distintos niveles, desde físico hasta espiritual, y en diferentes terrenos, desde la actitud hasta el comportamiento. Para hacerlo, es útil entender no sólo lo que un individuo valora sino también lo que valora la comunidad. Por ejemplo, el uso de sustancias podría ser conflictivo con la identidad y los valores personales y los valores de la comunidad; podría confligir con las creencias espirituales o religiosas; o podría confligir con los valores de los miembros de la familia del cliente. Por tanto, la discrepancia se puede aclarar al contrastar el comportamiento por uso de sustancias con la importancia que los clientes dan a sus relaciones

con la familia, los grupos religiosos y la comunidad.

El trasfondo cultural del cliente puede afectar las percepciones de la discrepancia. Por ejemplo, los afroamericanos pueden considerar la adicción como “esclavitud química”, lo cual puede confligir con su orgullo étnico y deseo de vencer una opresión colectiva de la historia. Es más, los afroamericanos podrían identificarse más que los blancos con valores expresados por parte de una comunidad religiosa o espiritual. En un estudio reciente con un grupo focal de adolescentes, los afroamericanos jóvenes tendrían más a ver el fumar cigarrillos como conflictivo con su orgullo étnico (Luke, 1998). Señalaron este conflicto como una razón importante para no fumar.

Evitando la Argumentación

Usted podría verse tentado de vez en cuando a discutir con el cliente que no está seguro o reacio a cambiar, especialmente si el cliente es hostil, desafiante o provocativo. Sin embargo, tratar de convencer a un cliente de que el problema existe o de que se necesita un cambio, podría desatar aún más resistencia. Si usted trata de probar su punto, predeciblemente el cliente tomará el bando

contrario. La argumentación con el cliente puede degenerar rápidamente en una lucha de poder y no aumenta la motivación por un cambio beneficioso. Cuando es el cliente, y no usted, el que manifiesta argumentos para el cambio, se puede progresar. La meta es “caminar” con los clientes (por ej., acompañar a los clientes a lo largo del tratamiento), no “arrastrarlos” (por ej., dirigir el tratamiento de los clientes). Una área común de la argumentación, es la falta de disposición del cliente para aceptar una etiqueta como “alcohólico” o “vicioso de sustancias”. Miller y Rollnick señalaron que no existe una razón en particular por la que el terapeuta deba fastidiar a los clientes para que acepten una etiqueta, o ejercer un gran esfuerzo de persuasión

en esa dirección. Acusar a los clientes de estar *en negación* o *reacios* o *adictos* lo más probable aumente su resistencia en lugar de inculcar motivación para el cambio. Abogamos por empezar con los clientes donde se encuentren, y cambiar sus auto-percepciones, sin discutir de etiquetas, sino por medios considerablemente más eficaces. (Miller y Rollnick, 1991, p.5). A pesar de que esto conflige con la creencia de algunos clínicos de que los clientes tienen que ser persuadidos hacia la auto-etiqueta, el acercamiento que se defiende en el “Gran Libro” de los Alcohólicos Anónimos (AA), es que las etiquetas no sean impuestas (AA, 1976). Sino más bien, una decisión personal de cada individuo.

EVITANDO ARGUMENTOS

- Los argumentos son contraproductivos.
- Defenderse germina defensividad.
- La resistencia es una señal de las estrategias del cambio.
- Etiquetar es innecesario.

Fuente: Miller y Rollnick, 1991. Reimpreso con autorización.

Muévase con la Resistencia

La resistencia es una preocupación legítima para el clínico puesto que predice resultados pobres para el tratamiento y falta de involucración en el proceso de tratamiento. Un punto de vista de la resistencia, es que el cliente se esté compartando a la defensiva. Otro punto de vista, quizás más constructivo, es que la resistencia es una señal de

que el cliente ve la situación de forma diferente. Esto exige de usted que entienda la perspectiva de su cliente y parta desde ese punto. La resistencia es su señal para que usted cambie la dirección o escuche con más atención. La resistencia realmente le ofrece una oportunidad para responder en una forma nueva, quizás sorprendente, y tomar ventaja de la situación sin confrontar.

MOVIÉNDOSE CON LA RESISTENCIA

- El impulso se puede usar para su beneficio.
- Las percepciones se pueden cambiar.
- Las perspectivas nuevas se fomentan, pero no se imponen.
- El cliente es un recurso valioso para encontrar soluciones al problema.

Fuente: Miller y Rollnick, 1991. Reimpreso con autorización.

FIGURA 3-2 CUATRO CLASES DE RESISTENCIA DEL CLIENTE

<p>Argumentar</p> <p>El cliente cuestiona la precisión, experiencia, o integridad del clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Retar.</i> El cliente reta directamente la precisión de lo que el clínico está diciendo. ▪ <i>Menosprecio.</i> El cliente cuestiona la autoridad personal y la experiencia del clínico. ▪ <i>Hostilidad.</i> El cliente expresa hostilidad directa hacia el clínico.
<p>Interrumpir</p> <p>El cliente interrumpe al clínico de una manera defensiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hablar por encima.</i> El cliente habla mientras el clínico aún está hablando, sin esperar por una pausa adecuada o silencio. ▪ <i>Cortar el discurso.</i> El cliente interrumpe con palabras con la intención obvia de hacer callar al clínico (por ej.: “Espere un momento. Ya he oído suficiente.”)
<p>Negar</p> <p>El cliente manifiesta renuencia a reconocer los problemas, cooperar, aceptar la responsabilidad, o aceptar consejo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Culpabilizar.</i> El cliente culpa a otra gente de sus problemas. ▪ <i>Diferir.</i> El cliente difiere con una sugerencia que ha hecho el clínico, sin ofrecer ninguna alternativa constructiva. Esto incluye el familiar: “Sí, pero ...,” lo cual explica qué esta mal con las sugerencias hechas. ▪ <i>Excusarse.</i> El cliente se excusa por su comportamiento. ▪ <i>Clamar impunidad.</i> El cliente clama que ella no corre ningún peligro. ▪ <i>Minimizar.</i> El cliente sugiere que el clínico está exagerando los riesgos o peligros y que en realidad no es tan malo. ▪ <i>Pesimismo.</i> El cliente hace planteamientos sobre sí mismo o los demás que son de tono pesimistas, derrotistas o negativos. ▪ <i>Renuencia.</i> El cliente expresa reservas y renuencia acerca de la información o consejo que se le da. ▪ <i>Desgano hacia el cambio.</i> El cliente expresa una falta de deseos o una renuencia hacia el cambio.
<p>Ignorar</p> <p>El cliente demuestra evidencia de ignorar o no seguir al clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Desatención.</i> La respuesta de la clienta indica que no ha estado prestando atención al clínico. ▪ <i>Sin contestar.</i> Al constestar una pregunta del clínico, el cliente da una respuesta que no es una contestación a la pregunta. ▪ <i>Sin reacción.</i> El cliente no da respuesta verbal ni no verbal a la pregunta del clínico. ▪ <i>Desviar.</i> El cliente cambia la dirección de la conversación que el clínico estaba presentando.
<p><i>Fuente:</i> Miller y Rollnick, 1991. Adaptado de un sistema de código de comportamiento de Chamberlain et al., 1984. Reimpreso con autorización.</p>

Ajustarse a la resistencia, se parece a evitar la argumentación en que ofrece otra oportunidad para expresar empatía al permanecer sin emitir juicio y siendo respetuoso, estimulando al cliente a hablar y mantenerse involucrado. Trate de

evitar evocar reistencia siempre que sea posible, y desvíe o transforme la energía que el cliente esté invirtiendo en la resistencia en un cambio positivo.

¿Cómo reconoce la resistencia? La Figura 3-2 ilustra cuatro comportamientos comunes que indican que un cliente se resiste al tratamiento. ¿Cómo evita argumentar y, a cambio, adaptarse a la resistencia? Miller y sus colegas han identificado y proporcionando ejemplos de al menos siete formas de reaccionar adecuadamente a la resistencia de los clientes (Miller y Rollnick, 1991; Miller et al., 1992). Estos se describen más adelante.

Reflejo simple

El más sencillo de todos los acercamientos para responder a la resistencia es con la no-resistencia, al repetir el planteamiento del cliente en una forma neutral. Esto reconoce y valida lo que el cliente ha dicho y puede hacer surgir una respuesta opuesta.

Cliente: No planeo dejar de beber por ahora.

Clínico: No cree que la abstinencia funcione para usted en este momento.

Reflejo ampliado

Otra estrategia es reflejar el planteamiento del cliente de una forma exagerada – señalar de una manera más extrema, pero sin sarcasmo. Esto puede hacer pasar al cliente hacia un cambio positivo en lugar de a la resistencia.

Cliente: No sé por qué mi esposa está preocupada con esto. Yo no bebo más que ninguno de mis amigos.

Clínico: Así que su esposa se está preocupando innecesariamente

Reflejo desde dos ángulos

Una tercera estrategia implica reconocer lo que el cliente ha dicho, pero también señalar después las contradicciones del pasado. Esto exige el uso de información que el cliente ha ofrecido anteriormente, a pesar de que quizás no en la misma sesión.

Cliente: Yo sé que usted quiere que deje de beber completamente, ¡pero yo no voy a hacer eso!

Clínico: Puede ver que hay unos verdaderos problemas, pero no está dispuesto a pensar en dejar de beber de una vez por todas.

Cambio de enfoque

Usted puede difuminar la resistencia ayudando al cliente a desviar el enfoque en los obstáculos y barreras. El método ofrece una oportunidad para afirmar la elección personal del cliente en cuanto a cómo manejar su propia vida.

Cliente: No puedo dejar de fumar motos cuando todos mis amigos lo están haciendo.

Clínico: Se me está adelantando. Todavía estamos explorando sus preocupaciones en cuanto a si puede o no entrar a la universidad. Aún no estamos listos para decidir en qué forma encaja la marihuana con sus planes.

Acuerdos con un giro

Una estrategia sutil es estar de acuerdo con el cliente, pero con un ligero giro o cambio de dirección que impulsa la discusión futura.

Cliente: ¿Por qué usted y mi esposa están tan obsesionados con lo que bebo? ¿Qué pasa con todos los problemas de ella? Usted bebería también si su familia estuviese fastidiándolo todo el tiempo.

Clínico: Tiene un buen punto, y es importante. Hay algo más grande que poner en perspectiva, y quizás no le haya estado dando suficiente atención. No es tan fácil como el consumo de bebida de alguien. Estoy de acuerdo en que no deberíamos estar buscando a quién culpar. Los problemas de bebida como éstos involucran a toda la familia.

Reformular

Una buena estrategia para usarse cuando un cliente niega los problemas personales es reformular – ofrecer una interpretación nueva y positiva de la información negativa que ha proporcionado el cliente. Reformular “reconoce la validez de las observaciones crudas del cliente, pero ofrece un nuevo significado... a las mismas” (Miller y Rollnick, 1991, p. 107).

Cliente: Mi esposo siempre está fastidiándome con la bebida - llamándome alcohólica siempre. Realmente me molesta

Clínico: Parecería que realmente se interesa por usted y que está preocupado, a pesar de que lo exprese de una forma en que la enfada. Quizás podamos ayudarlo a aprender. cómo decirle que la ama y que se preocupa por usted en una forma más positiva y aceptable. En otro ejemplo, el concepto de la tolerancia relativa al alcohol proporciona una buena oportunidad para reformular la información con los bebedores problemáticos (Miller y Rollnick, 1991). Muchos bebedores fuertes creen que no son alcohólicos pues pueden “resistir el alcohol.” Cuando usted explica que la tolerancia es un factor de riesgo y una señal de advertencia, no una fuente de orgullo, usted puede cambiar la perspectiva de su cliente acerca de la significación de no sentir

los efectos. Por tanto, reformular no es sólo educativo sino que imparte nuevas luces a la experiencia del cliente con el alcohol.

Tomado el bando de lo negativo

Otra estrategia para adaptarse a la resistencia del cliente es “tomar el bando de lo negativo”: asumir la voz negativa en la discusión. Esto no es “psicología inversa”, ni tampoco implica dilemas éticos por establecer más el síntoma, como en una “paradoja terapéutica”. Generalmente, tomar el bando de la negativo, es señalar lo que el cliente ya ha dicho mientras argumentaba en contra del cambio, quizá una reflexión ampliada. Si su cliente es ambivalente, al usted tomar el bando negativo del argumento, evoca un “Sí, pero...” por parte del cliente, quien entonces expresa el otro lado (el opuesto). Sin embargo, sea cauteloso, al usar esto demasiado pronto en el tratamiento o con clientes deprimidos.

Cliente: Bueno, yo sé que alguna gente piensa que bebo demasiado, y que puedo estar haciéndole daño a mi hígado, pero aún así no creo que sea alcohólico o que necesite tratamiento.

Clínico: Hemos pasado bastante tiempo repasando sus sentimientos positivos y sus

preocupaciones sobre el consumo de bebida, pero aún así usted no cree que esté listo o que quiera cambiar sus patrones de consumo. Quizás cambiar sería muy difícil para usted, especialmente si se quiere quedar igual. De todas formas, no estoy seguro de que crea que podría cambiar aún si quisiera.

Apoyo de la Autoeficacia

Muchos clientes no tienen un sentido de autoeficacia bien desarrollado y encuentran difícil creer que pueden comenzar un cambio de comportamiento o mantenerlo. Mejorar la autoeficacia requiere hacer surgir y mantener la esperanza, el optimismo y la viabilidad al cambio. Esto exige de usted que reconozca las fortalezas del cliente y que las saque a flote cada vez que sea posible. A no ser que un cliente crea que el cambio es posible, la discrepancia percibida entre el deseo por el cambio y los sentimientos de desesperanza sobre lograr el cambio, posiblemente resulten en racionalizaciones o negación para poder reducir la incomodidad. Puesto que la autoeficacia es un elemento crítico del cambio del comportamiento, es crucial que usted como clínico también crea en la capacidad de sus clientes para alcanzar sus metas.

Autoeficacia

- Creer en la posibilidad de cambio es un motivador importante.
- El cliente es responsable de escoger y llevar a cabo el cambio personal.
- Hay esperanza en la gama de acercamientos disponibles como alternativa.

Fuente: Miller y Rollnick, 1991. Reimpreso con autorización.

Discutir las opciones de tratamiento o de cambio que podrían seguir siendo atractivas para su cliente generalmente es útil, aún cuando hayan abandonado otros programas de tratamiento o regresado al uso de sustancias después de un período de no haberlas consumido. También es beneficioso hablar de cómo personas en la misma situación han cambiado exitosamente su comportamiento. Otros clientes pueden servir como modelos a seguir y ofrecer estímulo. Sin embargo, los clientes deben finalmente llegar a la conclusión de que el cambio es su responsabilidad y de que el éxito a largo plazo comienza con un simple paso hacia adelante. El lema de AA “un día a la vez”, puede ayudar a los clientes a concentrarse y lanzarse a los cambios inmediatos y pequeños que crean son viables. La educación puede aumentar el sentido de

autoeficacia de los clientes. La información verosímil, comprensible y precisa, ayuda a los clientes a entender cómo el uso de sustancias progresa del abuso a la dependencia. Exponer la biología de la adicción y los efectos médicos del uso de sustancias con relevancia para la experiencia de los clientes, puede aliviar la vergüenza y la culpa, e inculcar la esperanza de que la recuperación se puede lograr al usar métodos y herramientas que sean adecuados. Un proceso que inicialmente se sienta abrumador y desesperante, se puede eliminar para transformarlo en pasos pequeños logrables para lograr la recuperación.

Cinco Estrategias de Apertura para las Primeras Sesiones

Los clínicos que adoptan la entrevista motivacional como un estilo preferido, han encontrado que las cinco estrategias que se discuten a continuación, son particularmente útiles en las etapas iniciales del tratamiento. Están basadas en los cinco principios que se describen en la sección anterior: expresar empatía, desarrollar discrepancia, evitar la argumentación, ajustarse a la resistencia del cliente en lugar de oponerse, y apoyar la autoeficacia. Ayudar a los clientes a lidiar con su ambivalencia natural, es un buen punto para comenzar. Estas estrategias de apertura aseguran su apoyo al cliente y ayudan a éste a explorar la ambivalencia en un ambiente seguro. Las primeras cuatro estrategias, las cuales se derivan de una consejería centrada en el cliente, ayudan a los clientes a explorar su ambivalencia y las razones para el cambio. La quinta estrategia es específica para la entrevista motivacional e integra y guía a las otras cuatro.

En las primeras sesiones del tratamiento, determine la preparación de su cliente para

cambiar o su etapa en el cambio (refiérase a los Capítulos 1, 4 y 8). Tenga cuidado de evitar concentrarse prematuramente en una etapa de cambio en particular o asumir que el cliente está en una etapa específica debido al ambiente en que se reúnen. Como ya habrá notado, usar estrategias inadecuadas para una etapa en particular de cambio o formar una percepción inadecuada en cuanto a los deseos o necesidades del cliente, podría ser perjudicial. Por lo tanto, trate de no identificar las metas de la consejería hasta tanto explore a cabalidad la preparación del cliente.

Formule Preguntas Abiertas

Formular preguntas abiertas, le ayuda a entender los puntos de vista de sus clientes y hace manifestar sentimientos en cuanto a un tema o situación específica. Las preguntas abiertas facilitan el diálogo; no se pueden contestar con una sola palabra o frase y no necesitan ninguna respuesta en particular. Son una forma de solicitar información adicional de una forma neutral. Las preguntas abiertas estimulan al cliente a hablar prácticamente todo el tiempo, le ayudan a evitar emitir juicios prematuros y mantienen la comunicación fluyendo (véase la Figura 3-3).

FIGURA 3-3 CÓMO FORMULAR PREGUNTAS ABIERTAS

Preguntas Cerradas	Preguntas Abiertas
Así que está aquí porque le preocupa su uso de alcohol, ¿correcto?	Dígame, ¿qué le trae hoy por aquí?
¿Cuántos hijos tiene?	Hábleme de su familia.
¿Esta de acuerdo en que sería una buena idea desintoxicarse?	¿Qué cree usted sobre la posibilidad de pasar por una desintoxicación?
En primer lugar, me gustaría que me hablara de su consumo de marihuana, En un día típico, ¿cuánto fuma?	Hábleme de su consumo de marihuana en una semana típica.
¿Le gusta fumar?	¿Cuáles son las cosas que le gustan de fumar?
¿Cómo ha sido su consumo de drogas esta semana, comparada a la pasada: más, menos o casi lo mismo?	¿Cómo ha sido su consumo de drogas durante esta última semana?
¿Cree que use anfetaminas con demasiada frecuencia?	¿De qué formas está preocupado por su consumo de anfetaminas?
¿Cuánto hace que bebió por última vez?	Cuénteme de la última vez que bebió.
¿Está seguro de que su oficial de probatoria le dijo que lo único que le preocupa de sus análisis de orina es la cocaína?	¿Cuáles son exactamente las condiciones que su oficial de probatoria quiere que usted siga?
¿Cuándo planea dejar de beber?	¿Entonces qué cree que le gustaría hacer en cuanto a su consumo de bebida?

Escuche atentamente

Escuchar atentamente, un componente fundamental de la entrevista motivacional, es una destreza retante con la cual usted demuestra que ha escuchado con precisión y entendido lo que el cliente le ha comunicado, al volver a plantear su significado. Es decir, usted se aventura a formular lo que cree que el cliente quiere dar a entender y lo expresa en un señalamiento responsivo, no en una pregunta. “Escuchar atentamente es una forma de revisar en lugar de una forma de asumir lo que usted *sabe* que se quiere decir” (Miller y Rollnick, 1991, p. 75). Este proceso tiene una gran flexibilidad, y usted puede escuchar atentamente para reforzar las ideas positivas del cliente (Miller et al., 1992). El siguiente diálogo proporciona algunos ejemplos de las respuestas del clínico que ilustran escuchar atentamente de forma efectiva. Esencialmente, escuchar con atención, de verdad, exige un seguimiento alerta y continuo de las respuestas verbales y no-verbales del cliente y sus posibles significados, la formulación o las proyecciones de su nivel de complejidad adecuado, y un ajuste de las hipótesis sobre la marcha.

Clínico: ¿Qué más le preocupa sobre su consumo de bebida?

Cliente: Bueno, no estoy seguro de que esté preocupado, sino que a veces me pregunto si estoy bebiendo demasiado.

Clínico: ¿Demasiado para ...?

Cliente: Para mí mismo, creo. O sea no es que sea nada serio, pero algunas veces me levanto por las mañanas y me siento fatal, y no puedo pensar con claridad la mayor parte de la mañana.

Clínico: Le afecta su claridad, su concentración.

Cliente: Sí, y algunas veces, tengo problemas para recordar cosas.

Clínico: ¿Y se pregunta si será porque está bebiendo demasiado?

Cliente: Bueno, yo sé que a veces sí.

Clínico: Está bien seguro de eso. Pero quizás hay más...

Cliente: Sí, inclusive cuando no estoy bebiendo, algunas veces enredo las cosas, y me pregunto por qué.

Clínico: ¿Se pregunta si...?

Cliente: Si el alcohol me está consumiendo el cerebro, creo.

Clínico: Cree que eso le puede pasar a la gente, quizás a usted.

Cliente: Bueno, ¿puede o no? He oído que el alcohol destruye células cerebrales.

Clínico: Ya veo. Puedo entender lo que le preocupa.

Cliente: Pero no creo que sea alcohólico o algo parecido.

Clínico: No cree que esté tan mal, pero se pregunta si quizás se está pasando o lastimándose en el proceso.

Cliente: Pues sí.

Clínico: Un pensamiento que mete bastante miedo. ¿Qué más le preocupa?

Resumir

La mayoría de los clínicos, encuentran útil resumir periódicamente lo que ha ocurrido en una sesión de consejería. Resumir consiste de sacar la esencia de lo que ha expresado el cliente y repetírselo. “Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho, demostrando que ha estado escuchando atentamente, y preparan al cliente para seguir adelante” (Miller y Rollnick, 1991, p. 78). Un resumen que vincula los sentimientos positivos y negativos del cliente sobre el consumo de sustancias, puede facilitar un entendimiento de la ambivalencia inicial y promover la aceptación de la discrepancia. Resumir también es una buena forma de empezar y terminar cada una de las sesiones de consejería y proporcionar un puente natural cuando el cliente está en transición entre etapas de cambio.

Resumir también sirve para propósitos estratégicos. Al presentar un resumen, puede seleccionar qué información se debe incluir y qué se debe minimizar o dejar fuera. Se debe invitar a la corrección de un resumen por parte del cliente, y esto lleva con frecuencia a más comentarios y discusión. Resumir ayuda a los clientes a considerar sus propias respuestas y a contemplar su propia experiencia. También le da a usted y a su cliente una oportunidad para señalar qué se pueda haber pasado por alto, así como qué se haya señalado incorrectamente.

Afirmar

Cuando se hace sinceramente, afirmar a su cliente apoya y promueve la autoeficacia. Más aún, su afirmación reconoce las dificultades que

ha experimentado su cliente. Al afirmar, usted está diciendo, “Oigo, entiendo”, y validando las experiencias y sentimientos del cliente. Afirar ayuda a los clientes a que se sientan seguros de clasificar sus recursos internos para tomar acción y cambiar su comportamiento. Enfatizar sus experiencias pasadas que demuestren fortaleza, éxito o poder, pueden evitar el descorazonamiento. Para algunos clientes, como por ejemplo los afroamericanos, la afirmación tiene un contexto espiritual. Afirar su espíritu de guía interno y su fe, puede ayudar a resolver su ambivalencia. A continuación hay varios ejemplos de planteamientos de afirmación (Miller y Rollnick):

- Aprecio lo duro que debe haber sido para usted decidirse a venir. Dio un gran paso.
- Creo que es grandioso que usted haga algo acerca de su problema.
- Debe haber sido muy difícil para usted.
- Usted es ciertamente una persona de muchos recursos para haber sido capaz de vivir con este problema por tanto tiempo y sin haberse desmoronado.
- Eso es una buena sugerencia.
- Debe ser difícil para usted aceptar un día a día tan tenso. Tengo que decirle, si yo estuviera en su lugar, también lo encontraría bien difícil.

Extraer Pensamientos Automotivacionales

Hacer partícipe al cliente del proceso de cambio, es la tarea fundamental de la entrevista motivacional. En lugar de identificar el problema y promover formas de solucionarlo, su tarea es ayudar al cliente a reconocer cómo podría ser mejor la vida y a escoger métodos para lograrlo.

Recuerde que su papel es tentar al cliente para que exprese sus preocupaciones e intenciones, no convencerlo de que es necesaria una transformación. La entrevista motivacional exitosa exige que los clientes, no el clínico, sean los que en última argumenten a favor del cambio y se persuadan de que quieren y pueden mejorar. Una señal de que la ambivalencia y resistencia del cliente están disminuyendo, es el planteamiento auto-motivacional.

Se pueden identificar cuatro clases de planteamientos motivacionales (Miller y Rollnick, 1991):

- Reconocimiento cognoscitivo del problema (por ej.: “creo que esto es más serio de lo que pensaba.”)
- Expresión afectiva de la preocupación acerca del problema percibido (por ej.: “Estoy realmente preocupado acerca de lo que me está pasando.”)
- Intención directa o implícita para cambiar el comportamiento (por ej.: “Tengo que hacer algo”.)
- Optimismo acerca de la habilidad de uno para cambiar (por ej.: “sé que si trato, realmente puedo hacerlo.”)

FIGURA 3-4 CÓMO RECONOCER LOS PLANTEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES

Planteamientos Auto-motivacionales	Afirmaciones Anti -motivacionales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creo que me ha estado afectando más de lo que me había dado cuenta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No tengo ningún problema con la marihuana.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algunas veces cuando he estado usando sustancias, simplemente no puedo ni pensar ni concentrarme. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando tengo una nota, me siento más relajado y creativo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creo que me pregunto si he estado quemándome el cerebro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puedo beber toda la noche sin emborracharme
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me siento fatal en cuanto a como mi consumo de bebida ha afectado a mi familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yo no soy el que tiene el problema.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No sé qué hacer, pero algo tiene que cambiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De ninguna forma voy a dejar la coca.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dígame que tendría que hacer si entrara en tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yo no voy al hospital.

FIGURA 3-4 CÓMO RECONOCER LOS PLANTEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creo que podría limpiarme y estar sobrio si lo intentara. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ He tratado de dejarlo, pero simplemente no puedo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si realmente me propongo hacer algo, lo puedo lograr. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengo tantas cosas a la vez en este momento que no puedo pensar en dejar el consumo.

La figura 3-4 ilustra cómo puede usted diferenciar un planteamiento auto-motivacional de una afirmación anti-motivacional. Usted puede reforzar los planteamientos auto-motivacionales de su cliente al reflejarlos, asintiendo con la cabeza, o haciendo expresiones faciales de aprobación. Estimule a los clientes a continuar explorando la posibilidad del cambio. Esto se puede hacer pidiéndoles que elaboren, den ejemplos explícitos, o más detalles acerca de las preocupaciones que sigan teniendo.

Las preguntas que empiezan con: “Qué más”, son efectivas para invitar a detallar más. Algunas veces, pedir a los clientes que identifiquen los extremos de sus problemas (por ej.: ¿Qué es lo que más le preocupa?”), ayuda a aumentar su motivación. Otro acercamiento efectivo es pedir a los clientes que vislumbren qué les gustaría para su futuro. Desde ese punto, los clientes podrían ser capaces de establecer metas específicas.

FIGURA 3-5

PREGUNTAS SENCILLAS PARA EVOCAR PLANTEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES

<p>Reconocimiento del Problema</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué cosas le hacen pensar que esto es un problema? ▪ ¿Qué dificultades ha tenido que estén relacionadas con su consumo de sustancias? ▪ ¿De qué formas cree que usted u otras personas han sufrido debido a su consumo de bebida? ▪ ¿De qué forma esto ha sido un problema para usted? ▪ ¿Cómo su uso de tranquilizantes ha impedido que usted haga lo que ha querido?
<p>Preocupación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué presenta su consumo de bebida que pueda representar razones de preocupación para usted u otras personas? ▪ ¿Qué le preocupa acerca del consumo de drogas? ¿Qué se imagina que podría pasarle? ▪ ¿Cuánto le preocupa esto? ▪ ¿De qué forma le preocupa esto? ▪ ¿Qué cree que podría pasarle si esto no cambia?
<p>Intención de Cambiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El hecho de que usted esté aquí es indicativo de que al menos una parte de usted cree que es hora de hacer algo. ▪ ¿Cuáles son las razones que ve usted para hacer algo? ▪ ¿Qué le hace creer que usted podría necesitar hacer un cambio? ▪ Si usted fuese exitoso en un 100 por ciento y las cosas salieran exactamente como usted quiere, ¿qué sería diferente? ▪ ¿Qué cosas le hacen creer que debería seguir bebiendo en la forma en que lo ha hecho? ¿Y qué hay de la otra parte? ¿Qué le hace pensar que hay tiempo para cambiar? ▪ Veo que se siente atrapado en este momento. ¿Qué es lo que va a tener que cambiar?

FIGURA 3-5

PREGUNTAS SENCILLAS PARA EVOCAR PLANTEAMIENTOS AUTO-MOTIVACIONALES

Optimismo

- ¿Qué le hace pensar que si decidiera hacer un cambio, podría hacerlo?
- ¿Qué lo estimula a que si quisiera cambiar podría hacerlo?
- ¿Qué cree que podría trabajar para usted, si necesitara cambiarlo?

Fuente: Miller y Rollnick, 1991. Reimpreso con autorización.

La Figura 3-5 proporciona una lista de preguntas

útiles que puede hacer para extraer de su cliente planteamientos auto-motivacionales.

Efectividad de la Entrevista Motivacional

Una revisión reciente de 11 experimentos clínicos sobre entrevista motivacional, concluyó que es una “intervención clínica útil...[y] parece ser un estilo terapéutico efectivo, eficiente y adaptable, del que vale la pena seguir su desarrollo, aplicación e investigación” (Noonan y Moyers, 1997, p.8). La entrevista motivacional es un acercamiento de consejería que afecta más de cerca a los principios del aumento motivacional que a la variedad de intervenciones breves que se examinaron en el Capítulo 2, y también vincula estos preceptos básicos del modelo de las etapas de cambio.

De los 11 estudios que se examinaron, 9 encontraron la entrevista motivacional más efectiva que ningún tratamiento, cuidado estándar, cuidado extendido, o estar en una lista de espera antes de recibir la intervención. Dos de los 11 estudios, no apoyaron la efectividad de la entrevista motivacional, a pesar de que los examinadores de campo sugirieron que el *espíritu* de este acercamiento podría no haberse seguido, pues los proveedores proporcionaron consejería de una forma autoritaria y podrían no haber sido adiestrados adecuadamente (Noonan y Moyers, 1997). Es más, un estudio presentó una tasa de deserciones alta. Dos estudios apoyaron la eficacia de la entrevista motivacional como una intervención por sí sola para los bebedores preocupados con su auto-identificación y que recibieron retroalimentación en cuanto a sus patrones de consumo de bebidas, pero que no recibieron ninguna otra atención clínica. Tres experimentos confirmaron la utilidad de la entrevista motivacional para aumentar el tratamiento tradicional, cinco apoyaron la efectividad de la entrevista motivacional para reducir los patrones de uso de sustancias en pacientes que llegaban a los ambientes médicos para otras condiciones médicas relacionadas con sustancias, y un experimento comparó favorablemente una

entrevista motivacional breve con una alternativa de tratamiento más intensa para usuarios de marihuana.

Entrevista Motivacional y Cuidado Coordinado

Además de su efectividad, la entrevista motivacional es beneficiosa en que se puede aplicar fácilmente en un ambiente de cuidado coordinado, donde los aspectos del costo implican una gran consideración. Los acercamientos de la entrevista motivacional, son particularmente adecuados para el cuidado combinado de las siguientes formas:

- **Bajo costo.** La entrevista motivacional se diseñó en un principio para ser una intervención breve y normalmente se practica en de dos a cuatro sesiones ambulatorias.
- **Eficacia.** Existe evidencia sustancial de que la entrevista motivacional hace surgir el cambio en los comportamientos con un estilo de vida altamente riesgoso.
- **Efectividad.** Los efectos principales de la consejería motivacional breve, se han probado a lo largo de una variedad de ambientes clínicos de la vida real.
- **Movilización de los recursos del cliente.** La entrevista motivacional se concentra el movilizar los propios recursos del cliente para el cambio.
- **Compatibilidad con proveer cuidado de salud.** La entrevista motivacional no asume una relación de cliente-terapeuta a largo plazo. Aún en una sola sesión se ha encontrado que invoca el cambio de comportamiento, y la entrevista motivacional se puede llevar a cabo dentro del contexto de sistemas de cuidado de salud más abarcadores.
- **Enfatizar la motivación del cliente.** La motivación del cliente es un predictor fuerte de cambio, y este acercamiento pone un énfasis principal en construir en primer lugar, la motivación del cliente para el cambio. Por tanto,

aún si los clientes no permanecen a lo largo de todo el tratamiento (como es con frecuencia el caso entre los usuarios de sustancias), se les ha dado algo que es probable que les ayude durante las primeras sesiones.

- **Aumento de la constancia.** La entrevista motivacional es también un preludio sensible para otras intervenciones del cuidado de salud, puesto que ha demostrado que aumenta el apego al tratamiento, el cual a su vez mejora los resultados del tratamiento.

4 Desde la Precontemplación hasta la Contemplación: Construyendo el Estado de Preparación

Existe un mito...al lidiar con varios problemas serios de adicción relacionados con la salud..., más es siempre mejor. Más educación, más tratamiento intenso, más confortación, necesariamente provocarán un cambio mayor. Nada es menos cierto con los precontempladores que esto. Una intensidad mayor a menudo trae menos resultados con este grupo. Así que es particularmente importante usar estrategias motivacionales cautelosas, en lugar de preparar programas de una gran intensidad...los cuales ignorarán a los que no estén interesados en cambiar... un comportamiento problemático... No podemos hacer que los precontempladores cambien, pero podemos ayudarlos a motivarse para pasar a la contemplación.

DiClemente, 1991

Antes de que la gente entre a tratamiento por uso de sustancias o deje o disminuya el consumo de sustancias por su cuenta, puede haber tenido una advertencia por una crisis o una serie de incidentes en ascenso que hacen de su patrón de uso actual un problema – al menos para alguien. Si otra persona significativa o un miembro de la familia describe su comportamiento por uso de sustancias como problemático, los usuarios de sustancias pueden reaccionar con sorpresa, hostilidad, negación, incredulidad y – ocasionalmente – aceptación. De acuerdo a las etapas del modelo de cambio (presentadas en el Capítulo 1), los que aún no están preocupados por los patrones actuales de consumo, o están considerando el cambio, están en la etapa de precontemplación – independientemente de cuánto o con qué frecuencia ingieran o cuán serios sean los problemas relacionados con el uso de sustancias. Es más, estos usuarios de sustancias pueden permanecer en una etapa de precontemplación o en una etapa temprana de contemplación durante años,

considerando rara vez o posiblemente nunca un cambio. Los estudios epidemiológicos indican que sólo de un 5 a 10 por ciento de las personas con trastornos activos por uso de sustancias, están bajo tratamiento o en grupos de auto-ayuda durante algún tiempo (Stanton, 1997). Un estudio calculó que al menos un 80 por ciento de las personas con trastornos por abuso de sustancias, en la actualidad están en una etapa de precontemplación o de contemplación (DiClemente y Prochaska, 1998).

Muchos escenarios presentan una oportunidad para que el clínico ayude a alguien que esté abusando o tenga dependencia de alguna sustancia, a comenzar los primeros pasos hacia el cambio – a pasar de la precontemplación a la contemplación. Por definición, nadie en la etapa de precontemplación llega voluntariamente a un programa de tratamiento por abuso de sustancias sin ciertas reservas, pero los que están en esta etapa o bien son llevados al tratamiento o llegan por su cuenta a los programas de

tratamiento. Las situaciones a continuación podrían dar como resultado que un usuario llamara a alguna facilidad de tratamiento, o bien que otra persona haga un referido para alguien que se encuentra en esta etapa:

- Un entrenador universitario refiere un atleta a tratamiento luego de una prueba positiva a la cocaína.
- Una esposa está desesperada por el consumo de bebida de su marido e insiste en que va a pedir el divorcio si éste no busca tratamiento.
- Un inquilino es desahuciado de un proyecto de vivienda pública debido a su consumo de sustancias.
- Un conductor es referido a tratamiento por haber conducido en estado de embriaguez.
- Una mujer da positivo a una prueba de sustancias durante una visita para cuidado prenatal en una clínica de asistencia pública.
- Un patrono manda a una empleada, cuyo rendimiento laboral se ha deteriorado al programa de asistencia al empleado de la compañía, y ella a su vez recibe un referido para tratamiento por abuso de sustancias.
- Un médico de un departamento de emergencia, trata a un conductor que participó en un accidente de tránsito serio y descubre alcohol en su sistema.
- Un médico de familia encuentra en un paciente padece síntomas físicos que indican una dependencia al alcohol y sugiere tratamiento.
- Una madre cuyos hijos están bajo la custodia de una agencia de servicios de protección a la niñez pues ésta los desatendía, es informada de que no los recuperará hasta que deje de consumir sustancias y busque tratamiento.

En cada una de estas situaciones, los que tienen una relación importante con los usuarios de sustancias, han planteado que el uso de sustancias es riesgoso, peligroso, aberrante, o dañino para la persona o para

los demás. Las reacciones de los usuarios de sustancias dependen, en parte, de su percepción de las circunstancias, así como la forma en que se presentan los hechos. Estarían más motivados a moderar el uso de sustancias, o a abstenerse (ya sea mediante su propio esfuerzo exclusivamente o con la ayuda de un programa de tratamiento), si estas personas claves ofrecen información relevante en una forma que apoyo y que sea empática, en lugar de emitiendo juicios, siendo terminante o confrontativo. Los usuarios de sustancias a menudo responden a la persuasión evidente con ciertas muestras de resistencia (Rollnick et al., 1992a).

Este capítulo discute una variedad de técnicas demostradas y de tácticas moderadas que usted, el clínico en una facilidad de tratamiento, puede usar para hacer surgir el tema entre gente que no está considerando el cambio, para crearle la duda al cliente en cuanto a la creencia corriente de que el abuso de sustancias es “inofensivo”, y para convencer al cliente de que el abuso de sustancias está provocando, o lo hará en el futuro, resultados negativos significativos. Un proceso de avalúo y de retroalimentación, es una parte importante de la estrategia motivacional, le informa a sus clientes sobre sus patrones de consumo personales comparados con las normas, los riesgos específicos que acarrea, y qué daño exista ya o pueda ocurrir de no hacer cambios. Muchos clínicos han tenido éxito al ayudar a otras personas significativas a que actúen como mediadores y usen estrategias motivacionales adecuadas para intervenir con los usuarios de sustancias con los que mantienen relaciones estrechas. Este capítulo también discute las siguientes estrategias para ayudar a los que están en la etapa de precontemplación a construir su preparación para el cambio: terapia familiar unilateral, acercamiento de refuerzo comunitario y acercamiento de refuerzo comunitario para adiestrar a la familia. Los medios constructivos para estimular a los clientes cuyos tratamientos son obligados, también se describen en este capítulo.

TRANSPLANTE DE HÍGADO: PRECONTEMPLACIÓN A CONTEMPLACIÓN

El cliente en precontemplación podría aparecer en ambientes médicos sorprendentes. No me resulta poco común encontrarme sentado frente a un paciente con una enfermedad del hígado terminal que se está evaluando para un trasplante. Desde una perspectiva médica, la etiología del hígado del paciente parece ser la de una hepatitis alcohólica, que llevó a una cirrosis. Una gama de otra información del laboratorio y colateral, demuestra un historial de años de un alto consumo de alcohol. El diagnóstico de dependencia al alcohol, no sólo está secundado por la información médica, sino que se clarifica aún más cuando la familia del paciente indica años de un consumo elevado a pesar de las consecuencias negativas intensas, como haber recibido cargos por conducir en estado de embriaguez y problemas matrimoniales relacionados con el consumo de bebida. Aún así, a pesar de lo que parecería ser una montaña de evidencia abrumadora, el paciente en sí, por una serie de razones motivacionales y dinámicas, no se puede ver como que tiene un problema con el alcohol. El paciente puede sentirse culpable por haber causado daños a su hígado y piensa que no merece esta oportunidad de salvar su vida. O puede temer que si examina su uso de alcohol detalladamente y comparte su historial, podría quedar descartado para un trasplante. Puede que inclusive se le haya informado que de continuar su uso de alcohol, podría no ponerse en las listas de trasplantes.

En este punto, es particularmente importante para mí como clínico, no sorprenderme de, o juzgar, la renuencia del cliente a ver su relación problemática con el alcohol. El hecho simple es que nunca ha relacionado sus problemas de salud con su consumo de alcohol. Confrontar al paciente con la evidencia abrumadora sobre su consumo problemático de bebida, sólo lo vuelve más defensivo, refuerza su negación, e intensifica sus sentimientos de culpa y vergüenza.

Durante el avalúo, aprovecharé toda oportunidad para vincular el historial del paciente y su situación actual sin revelar demasiado. Al ser particularmente sensible hacia lo que el paciente necesita o a lo que le teme, ayudaré a apoyar la alianza terapéutica pidiéndole que comparta el lado positivo de su consumo de alcohol y uso de drogas, reconociendo así que desde su perspectiva, el consumo tiene utilidad.

En una situación como ésta, no es poco común que, después de completar un avalúo abarcador, proporcione al cliente una perspectiva médica de la dependencia al alcohol. Hablaré sobre la variación en la química del cerebro, sistemas de recompensarse, temas de tolerancia, variables genéticas, y diferentes respuestas encimáticas al alcohol, sí como otros procesos biológicos que apoyan la enfermedad adictiva, dependiendo del transfondo educativo del cliente y su entendimiento médico. Podría entrar en una serie considerable de detalles. Si el paciente es menos sofisticado, haré analogías con otras enfermedades comunes como la diabetes mellitus. Mientras el paciente va haciendo preguntas, empieza a crear un cuadro de la enfermedad adictiva que le permite verse retratado. Al hacer una presentación a la medida de cada paciente y estimulando las preguntas abarcadoras, le proporciono a él y a su familia, de estar presente, información importante acerca de los factores biológicos que sostienen la dependencia del alcohol. Este conocimiento a menudo conduce a un auto-diagnóstico.

Este reestructurar psicoeducacional da al cliente una perspectiva diferente de su relación con el alcohol, quitando algo de culpa y vergüenza que está basada en un entendimiento más realista de la enfermedad. El simple acto de un auto-diagnóstico es el pasar de la precontemplación a la contemplación. Se puede lograr por una simple reestructuración cognoscitiva dentro del contexto de un avalúo abarcador y cuidadoso que se lleve a cabo de una forma profesional y genuinamente compasivo.

Jeffrey M. Georgi, Miembro del Panel de Consenso

Sacando a Relucir el Tema

Puede que encuentre difícil creer que algunas personas que entran a tratamiento no están

conscientes de que su problema de sustancias es peligroso, o está causándoles problemas. Es tentador asumir que el cliente con señales clínicas obvias de uso de alcohol intenso o a largo plazo, tiene que estar

en contemplación o listo para el cambio. Sin embargo, esas presunciones pueden ser equivocadas. El cliente nuevo podría estar en cualquier punto entre la continuidad severa (desde un uso problemático mediano hasta una dependencia más severa), podría tener pocos o varios problemas de salud o sociales, y podría estar en cualquier etapa de preparación para el cambio. Las estrategias que use al comenzar un diálogo terapéutico, deberían tener las mismas guías que su avalúo sobre la motivación y preparación del cliente

En las sesiones de apertura es importante:

- Establecer afinidad y confianza
- Explorar sucesos que precipiten la entrada al tratamiento
- Alabar a los clientes por venir

Estas recomendaciones se discuten más adelante.

Establecer Afinidad y Confianza

Antes de traer el tema del cambio con personas que no están considerándolo, establezca afinidad y confianza. El reto es crear un ambiente seguro y de apoyo en el cual el cliente pueda sentirse a gusto en cuanto a participar en un diálogo auténtico. Una forma de fomentar esa afinidad es pedir al cliente permiso para tocar el tema de cambio antes que nada; esto demuestra respeto hacia la autonomía del cliente.

Después, diga al cliente algo sobre usted o sobre cómo funciona su programa y cómo pueden trabajar juntos usted y su cliente. Este es el momento para señalar cuánto durará la sesión y qué espera lograr tanto en este momento como después de un período de tiempo. Trate de no abrumar al cliente nuevo en este momento con todas las reglas y regulaciones del programa. Especifique qué avalúos u otros arreglos formales se necesitarán, de ser apropiados. De haber aspectos de confidencialidad (se discuten más detalladamente después en este mismo capítulo), se deberían introducir a inicios de la sesión. Es crítico que usted informe al cliente sobre qué información se mantendrá en privado, cuál se revelará con su autorización, y cuál se devolverá a la agencia que hizo el referido.

Puesto que usted está usando un acercamiento motivacional, explique que no le dirá al cliente qué hacer ni cómo, o cuándo debe cambiar. Sino más bien, le pedirá al cliente que hable la mayor parte del tiempo – dándole su perspectiva sobre lo que esté pasando así sobre cómo se siente. También puede dar la bienvenida a comentarios sobre lo que el cliente espera o desea lograr.

Luego pregúntele a la cliente por qué ha venido o menciónale lo que sabe acerca de las razones, y pídale su versión o que elabore (Miller y Rollnick, 1991). Si la cliente aparenta estar particularmente reservada o a la defensiva, una estrategia sería escoger un tema de posible interés para la cliente que se pueda vincular con el uso de sustancias. Una clave para ese tipo de interés, podría proporcionarla la fuente de referencia o podría averiguarse al preguntar si la cliente ha experimentado tensiones como enfermedades, discordias maritales o exceso de trabajo. Esto puede llevar naturalmente a preguntas como: “¿Cómo encaja su uso... en todo esto?” o “¿Cómo su uso... afecta a su salud?” Evite referirse al “problema” o “abuso de sustancias” de la cliente, pues esto podría no reflejar su perspectiva sobre el uso de sustancias (Rollnick et al., 1992a). Usted está tratando de entender el contexto en el cual las sustancias se usan y si esta cliente está lista para cambiar. Por supuesto, si usted descubre que está preparada o comprometida con el cambio, puede pasar inmediatamente a estrategias más apropiadas para etapas de cambio más avanzadas (refiérase a los Capítulos 5 y 6).

Un punto importante para señalar en la primera sesión es si usted va a trabajar o no con un cliente que esté obviamente bebido o enotado durante las sesiones de consejería. Es poco probable que reciba información precisa y confiable de alguien que hace poco haya ingerido una sustancia que altere la mente (Sobell et al., 1994). Muchos programas suministran pruebas de aliento para el alcohol o pruebas de orina para drogas y vuelven a programar las sesiones de consejería si se detectan sustancias a un nivel específico, o si el cliente parece estar bajo la influencia de cierta sustancia (Miller et al., 1992).

Explorar Sucesos que Precipiten la Entrada al Tratamiento

El estado emocional en el que llegue el cliente al tratamiento, es una parte importante del *gestalt* o contexto en el que comienza la consejería. Los clientes que son referidos al tratamiento, exhibirán una gama de emociones asociadas con las experiencias que los llevaron a la consejería – un arresto, una confrontación con su pareja o patrono, o una crisis de salud. Las personas llegan al tratamiento debilitadas, molestas, retraídas, avergonzadas, atemorizadas o aliviadas; con frecuencia experimentan una combinación de sentimientos. Las emociones fuertes pueden bloquear el cambio si usted, el consejero, no las reconoce por medio de escuchar atentamente. La situación que llevó a un individuo al tratamiento, puede aumentar o disminuir la defensividad hacia el cambio.

Es importante que su diálogo inicial esté basado en la experiencia reciente del cliente o que usted aproveche las oportunidades proporcionadas para aumentar la motivación. Por ejemplo, es más probable que un atleta esté preocupado por su participación continua en los deportes, así como por su desempeño atlético; la empleada puede querer mantener su trabajo; y el conductor probablemente esté preocupado por la posibilidad de perder su licencia para conducir, ir a la cárcel o herir a alguien. La mujer embarazada quiere un hijo saludable; la madre negligente probablemente quiera recuperar la custodia de sus hijos; y el esposo preocupado necesita guías específicas para convencer a su esposa de que entre a tratamiento.

Sin embargo, los clientes a veces culpan a la fuente que refiere o alguien más por obligarlos a recibir consejería. A menudo, la implicación es que este individuo o agencia no ve la situación con precisión. Para encontrar medios para motivar el cambio, cerciórese de lo que el cliente ve y considera como la verdad. Por ejemplo, si la esposa del cliente ha insistido en que el cliente venga y éste niega algún problema, podría preguntarle: “¿Qué clase de cosas son las que parecen molestarle a ella?” O: “¿Qué cree usted que la hace creer que hay un problema asociado con su consumo de bebida?” Si las percepciones de la esposa son inconsistentes con las del cliente, usted podría sugerir que la esposa venga al tratamiento para que se puedan entender mejor las diferencias. Del mismo modo, usted podría tener que reexaminar y confirmar la narración de una agencia que refiere, o la evidencia física proporcionada por un médico para ayudarle a presentar al cliente puntos de vista de formas no intimidantes. Si el cliente piensa que el problema es un oficial de probatoria, puede preguntar: “¿Por qué cree que el oficial de probatoria piensa que usted tiene un problema?” Esto permite al cliente expresar el problema desde la perspectiva de la parte que hace el referido. También le proporciona a usted una oportunidad para estimular al cliente a reconocer algo de verdad en la narración de esa otra persona (Rollnick et al., 1992a).

En las sesiones iniciales, recuerde utilizar todas las estrategias que se describen en el Capítulo 3: Formule preguntas abiertas, escuche atentamente, resume, afirme y extraiga pensamientos automotivacionales (Miller y Rollnick, 1991).

Alabar a los Clientes por Venir

Los clientes referidos a tratamiento, pueden sentirse con poco control sobre el proceso. Algunos esperarán que se les culpe o ser criticados; algunos esperarán que los cure. Otros esperarán que la consejería pueda solucionar todos sus problemas sin demasiado esfuerzo. Cualesquiera que sean las expectativas,

afirme su valentía por haber venido al decir: “Estoy impresionado de que haya hecho el esfuerzo de venir hasta aquí.” Alabar su demostración de responsabilidad aumenta su confianza en que el cambio es posible. También puede sugerir que venir a la consejería demuestra que está interesado en el tema y que hay interés de cambio. Por ejemplo, usted puede alabar la decisión de un cliente por haber venido al tratamiento en vez de arriesgarse a perder la custodia de su niño al decir: “Usted debe preocuparse mucho por su hijo”. Esas afirmaciones indican sutilmente a los clientes que son capaces de hacer buenas elecciones para su propio beneficio.

Estrategias Moderadas para Usarse con el Precontemplador

Una vez haya encontrado una forma de comprometer al cliente, las estrategias que aparecen a continuación, son útiles para aumentar la preparación del cliente hacia el cambio y para estimular la contemplación.

Concuerte con la Dirección

Al ayudar al cliente que aún no está considerando el cambio seriamente, es importante planear sus estrategias cuidadosamente y negociar un camino que sea aceptable para el cliente. Algunos concuerdan con una opción, pero no con otra. Usted honra su función como clínico al ser directo en cuanto al hecho de que está proporcionando un cambio positivo. También podría ser apropiado aconsejar basándose en su experiencia personal y preocupaciones. Sin embargo, pregunte si el cliente quiere oír lo que usted tenga que decir. Por ejemplo: “Me gustaría decirle qué podríamos hacer aquí. ¿Estaría bien?” Cada vez que exprese un punto de vista diferente al del cliente, deje claro que usted quiere ser un apoyo, no autoritario o confrontativo. El cliente sigue teniendo la opción de hacer caso o estar de acuerdo con un plan. En esta etapa temprana del proceso, no es necesario estar de acuerdo en las metas del tratamiento.

Clases de Precontempladores

Las personas con comportamientos adictivos que no estén contemplando el cambio, se pueden agrupar en cuatro categorías (DiClemente, 1991). Cada categoría le ofrece una guía sobre las estrategias adecuadas para pasar los clientes hacia otra etapa:

- *A los precontempladores reacios* les falta suficiente conocimiento acerca de las dimensiones del problema, o el impacto personal que puede tener pensar en que el cambio es necesario. A menudo responden a la

retroalimentación sensible acerca de cómo el uso de sustancias está afectando sus vidas en la actualidad.

- *Los precontempladores rebeldes* tienen miedo de perder control de sus vidas y tienen una gran inversión en su sustancia de elección. Su reto es ayudarlos a convertir esta energía en elecciones más positivas para ellos mismos, en lugar de revelarse contra lo que perciben como coerción. Enfatizar el control personal puede trabajar bien para esta clase de cliente.
- *Los precontempladores resignados* se sienten indefensos acerca del cambio y abrumados por la energía que requiere. Probablemente han estado en tratamiento varias veces, o han tratado en varias ocasiones de dejar el consumo por su cuenta y sin éxito. Este grupo tiene que recuperar la esperanza y el optimismo acerca de su capacidad para el cambio. Esto se puede lograr a veces explorando las barreras específicas que impiden comienzos nuevos.
- *Los precontempladores racionales* tienen todas las respuestas. El uso de sustancias puede ser un problema para otros, pero no para ellos, pues las probabilidades están en contra de que estén bajo riesgo. Reflexionar desde dos ángulos, en lugar de un argumento de razonamiento, parecería ser la estrategia más efectiva para esta clase de cliente. Reconozca lo que dice el cliente, pero añada cualesquiera dudas que haya mencionado anteriormente el cliente (refiérase al Capítulo 3).

Avalúe la Preparación para el Cambio

Cuando conozca al cliente por primera vez, cerciórese de su preparación para el cambio. Esto determinará qué estrategias de intervención probablemente tengan más éxito. Hay varias formas de evaluar la preparación de un cliente para el cambio. Más adelante se discuten dos métodos comunes (refiérase al Capítulo 8 para otros instrumentos de avalúo sobre la preparación para el cambio).

Medidor de Preparación

La forma más sencilla para evaluar la disponibilidad del cliente para el cambio, es usar un medidor de preparación (véase el Capítulo 8 y la Figura 8-2) o una escala del 1 al 10, sobre la que los números bajos no representan consideraciones de cambio y los altos representan planes específicos o intentos de cambiar. Pida al cliente que identifique la mejor respuesta en el medidor para la pregunta: “¿Cuán importante es para usted cambiar?” o “¿Cuán confiado está de que pueda cambiar si lo decide?” Los precontempladores estarán en la parte más baja de la escala, entre el 0 y

el 3. Entonces puede preguntar: “¿Qué haría falta para que se moviera de una x (un número bajo) a una y (número mayor)?”

Tenga presente que estos avalúos numéricos no son fijos, ni son siempre lineales. El cliente pasa al próximo paso o se queda entre etapas o salta de una parte a otra, en cualquier dirección y varias veces. Su función es facilitar el movimiento en una dirección positiva.

Descripción de un día típico

Otra forma, menos directa, para evaluar la preparación para el cambio, así como para crear afinidad y estimular a los clientes a hablar sobre los patrones de uso de sustancias, dentro de un marco de trabajo no-patológico, es pedirles que describan un día típico (Rollnick et al., 1992a). Este acercamiento también le ayuda a entender el contexto de uso de sustancias del cliente. Por ejemplo, podría revelar el mucho tiempo del día que se dedica a ganarse la vida y el poco a estar con los seres queridos. Al extraer información sobre los comportamientos, así como sobre los sentimientos, también puede averiguar lo que significa el uso de sustancias para el cliente y cuán difícil – o fácil – podría ser dejarlas. El uso de sustancias es el elemento más coherente en las vidas de algunos clientes, proporcionando literalmente una identidad. Para otros son los cambios poderosamente biológicos y químicos en el cuerpo lo que llevan a un uso continuo. El alcohol y las drogas disfrazan las heridas emocionales profundas, estimulan la amistad para unos, y ofrecen excitación a otros.

Comience diciéndole al cliente: “Vamos a pasar los próximos minutos repasando un día típico o una ...sesión de uso, desde el principio hasta el final. Vamos a empezar desde el principio.” Los clínicos con experiencia en el uso de esta estrategia, sugieren evitar cualquier referencia a “problemas” o “preocupaciones” cuando se haga la introducción del ejercicio. Siga al cliente a lo largo de la secuencia de los eventos de todo un día, concentrándose en los comportamientos tanto como en los sentimientos. Manténgase preguntando: “¿Qué pasa?” Mantenga el ritmo de preguntas cuidadosamente, y no interponga sus propias hipótesis acerca de los problemas o porque ciertos sucesos trascendieron. Deje que los clientes usen sus propias palabras y pida clarificaciones únicamente cuando usted no entienda una jerga específica o si falta algo.

Proporcione Información acerca de los Efectos y Riesgos del Uso de Sustancias

Proporcione información básica sobre el uso de sustancias al inicio del proceso de tratamiento, si los clientes no han estado expuestos a educación sobre

drogas y alcohol y parece interesarles. Diga directamente a los clientes: “Déjeme hablarle un poco acerca de los efectos de...” o pídale que le expliquen lo que sepan acerca de los efectos o riesgos de la sustancia de su elección. Para mantenerse neutral, ilustre lo que le suele pasar al usuario de alguna sustancia, en lugar de referirse al cliente. También señale lo que los *expertos* han descubierto, no lo que *usted* cree que pasa. Mientras proporcione información, pregunte: “¿Qué le parece todo esto?” (Rollnick et al., 1992a).

Algunas veces es práctico describir el proceso de adicción en términos biológicos a las personas que tienen dependencia a alguna sustancia y que les preocupa que estén locos. Entender los hechos acerca de la adicción, puede aumentar la esperanza así como la preparación para el cambio. Por ejemplo: “Cuando usted empezó a usar sustancias, le proporcionaba una sensación placentera. Al seguir usándolas, su mente comenzó a creer que las necesitaba de la misma forma que las que lo mantienen vivo- como la comida- para sobrevivir. Usted no es más fuerte que este proceso, pero puede ser más listo, y usted puede recuperar su independencia de las sustancias.”

Del mismo modo, las personas que han conducido bajo los efectos del alcohol, podrían sorprenderse al saber los pocos tragos que constituyen una intoxicación legal, y cómo beber bajo esos niveles afecta sus respuestas. Una mujer joven que espera tener hijos puede que no entienda de qué forma las sustancias pueden disminuir su fertilidad y aumentar la posibilidad de daños fetales, aún antes de quedar embarazada. Un cliente podría no entender cómo interactúa el alcohol con otros medicamentos que esté tomando para la depresión o la hipertensión.

Use Lenguaje Motivacional en Materiales Escritos

Recuerde que las estrategias efectivas para aumentar la motivación en contactos cara a cara, aplican también al lenguaje escrito. Los folletos, circulares, materiales educativos y publicidad, pueden influenciar un cliente a considerar el cambio. Sin embargo, el lenguaje sentencioso es tan irrelevante en este contexto como en la terapia. Por ejemplo, palabras como “abuso” o “negación” pueden desanimar. Toda la literatura sobre los servicios de consejería que usted proporcione, debe estar escrita teniendo la motivación en mente. Si su folleto comienza con una larga lista de reglas, el cliente podría asustarse en lugar de recibir estímulos para regresar al tratamiento. Repase los materiales escritos desde la perspectiva del cliente y tenga presente su función como compañero en un cambio de proceso por el cual el cliente tiene la responsabilidad final.

Cree la Duda y Evoque Preocupación

Mientras los clientes pasen la etapa de precontemplación y estén conscientes o reconozcan algunos problemas relacionados con su uso de sustancias, el cambio se vuelve una posibilidad en aumento. Esos clientes se vuelven más conscientes del conflicto y sienten una ambivalencia mayor (Miller y Rollnick, 1991). La estrategia principal para pasar a los clientes de la etapa de precontemplación a la de contemplación, es sacar a flote las dudas que tengan acerca de lo inefensivo de los patrones de uso de sustancias y evocar las preocupaciones de que *todo no está bien después de todo*.

Una forma de evocar la preocupación en el cliente, es explorar los aspectos *buenos y menos buenos* del uso de sustancias. Comience con las percepciones del cliente acerca de los posibles “beneficios” del alcohol o las drogas y pase a una continuidad de los aspectos menos beneficiosos, en lugar de afianzar una dicotomía de *las cosas malas o los problemas* asociados con el uso de sustancias. Si usted limita la discusión a los aspectos negativos del uso de sustancias, el cliente terminará por defender el uso de sustancias mientras usted se convierte en el abogado de un cambio indeseado. Además, el cliente podría no estar listo para percibir ningún efecto dañino en el uso de sustancias. Al demostrar que usted entiende por qué el cliente valora al alcohol o a las drogas, usted sienta las bases para un entendimiento mucho más abarcador de los problemas que surgen. Por ejemplo, usted podría preguntar: “Ayúdeme a entender lo que le gusta de su consumo de bebidas. ¿Qué es lo que disfruta?” Más adelante pregunte: “¿Qué es lo que menos le gusta de beber?” El cliente que no pueda reconocer las cosas que no le gustan en relación al uso de sustancias, probablemente no esté listo para considerar el cambio y podría necesitar más información. Después de esta exploración, resuma el intercambio en lenguaje personal, de modo que el cliente pueda oír claramente cualquier ambivalencia que se esté desarrollando: “Así que, usar... le ayuda a relajarse, disfruta ... con los amigos, y ... también le ayuda cuando está molesto. Por otro lado, usted dice que a veces resiente todo el dinero que está gastando, y que es difícil para usted ir a trabajar los lunes” (Rollnick et al., 1992a). El capítulo 5 proporciona guías para trabajar con la ambivalencia.

También puede pasar los clientes hacia la etapa de contemplación, al hacer que consideren las muchas formas en que el uso de sustancias puede afectar sus experiencias de vida. Por ejemplo, usted podría preguntar: “¿En qué forma su consumo de sustancias le afecta en sus estudios? ¿En qué forma su consumo de bebidas afecta su vida familiar?” Al explorar los efectos del uso de sustancias en la vida del individuo,

escuche atentamente de una forma balanceada: “Ayúdeme a entender. Usted ha estado diciendo que no ve la necesidad de cambiar, y también está preocupado ante la posibilidad de perder su familia. No veo cómo estas dos cosas puedan ir juntas. Debe ser confuso para usted.”

Evaluación y Proceso de Retroalimentación

Muchos programas de tratamiento exigen cuestionarios de evaluación y entrevistas como parte del proceso de ingreso. Algunas veces se administran todos a la vez, lo cual imparte una gran carga significativa para el cliente y representa un obstáculo para entrar a tratamiento. El programa puede exigir que el cliente vaya a uno o más sitios para completar la evaluación, exigiendo una inversión considerable de tiempo y energía. A pesar de que el consejero del tratamiento puede llevar a cabo evaluaciones internas, generalmente las evaluaciones las administra una persona que el cliente no conoce y que puede que no vuelva a ver o a relacionarse con ésta. Con demasiada frecuencia, los programas no usan los resultados de las evaluaciones internas para la planificación del tratamiento sino que, en cambio, se usan para confirmar un diagnóstico o medir problemas físicos o emocionales que no se pueden tratar.

Sn embargo, cada vez más programas enfatizan evaluaciones abarcadoras, junto a una cantidad de dimensiones, que ayudarán a los clínicos a hacer un cuidado a la medida de las necesidades individuales y a determinar las prioridades para el tratamiento. Las áreas evaluadas generalmente dependen de las clases de clientes tratados y las clases de servicios que se ofrecen. Por ejemplo, un programa para tratamiento de sustancias en una ciudad grande, probablemente tenga más interés en el historial criminal del solicitante, destrezas laborales, arreglos de vivienda, y resultados a pruebas de VIH, que un programa nocturno ambulatorio para profesionales de clase media que abusan del alcohol.

Los clínicos también han descubierto que dar resultados personales al cliente con base en una evaluación amplia y objetiva, especialmente si los hallazgos se interpretan cuidadosamente y se comparan con las normas o valores esperados, no sólo pueden resultar informativos, sino también motivantes (Miller y Rollnick, 1991; Miller y Sovereign, 1989; Miller et al., 1992; Sobell et al., 1996b). Esto es particularmente cierto para los clientes que hacen mal uso o abusan del alcohol, debido a que hay normas sociales para el uso de alcohol, y varios estudios investigativos demuestran

niveles, que al sobrepasarlos, el consumo es riesgoso en cuanto a problemas de salud específicos o reacciones físicas. Los datos no son tan abarcadores para las drogas ilegales, a pesar de que se ha usado un acercamiento parecido para usuarios de marihuana (Stephens et al., 1994). Al proporcionar a los clientes con datos personalizados acerca de los riesgos asociados con su *propio* uso de una sustancia en particular, y cómo su patrón de consumo se compara con las normas – especialmente dentro de sus grupos culturales y de género – es una forma poderosa para desarrollar un sentido de discrepancia que puede motivar el cambio. Cuando los clientes escuchan los resultados de su evaluación, y entienden los riesgos y las consecuencias, muchos se enfrentan con la brecha entre dónde están y dónde están sus valores.

Preparación para una Evaluación

Los hallazgos de una evaluación pueden volverse fácilmente parte del proceso terapéutico si el cliente entiende el valor práctico de la información objetiva y cree que los resultados serán beneficiosos. En consecuencia, usted determinará el itinerario de evaluaciones más adecuado una vez el cliente haya tenido al menos una sesión con usted, de manera que pueda conseguir un transfondo y determinar la preparación del cliente para el cambio y la comprensión hacia la retroalimentación personalizada. Usted puede explicar entonces qué clases de pruebas o cuestionarios se administrarán y que información revelarán las mismas. Usted puede calcular también cuánto tiempo toma esto generalmente y proporcionar cualquier otra clase de instrucciones necesarias. Si el cliente no está considerando el cambio y no ha reconocido ninguna preocupación o problema por uso de sustancias, usted puede concordar en que puede que no haya un problema sino que la evaluación está diseñada para evaluar exactamente lo que esté pasando. Al igual que un examen médico, la evaluación puede determinar dónde hay – o podría haber – preocupaciones y dónde se podrían considerar cambios.

Contenido de una Evaluación

Se pueden usar una variedad de instrumentos y procedimientos para evaluar a los clientes. Se han sugerido ocho campos de acción que se consideran con un alcance abarcador al evaluar a clientes con problemas, principalmente de consumo de alcohol (Miller y Rollnick, 1991). Estos ocho campos de acción se destacan a continuación.

Patrones de uso de sustancias

El principal campo de acción para la evaluación es el uso de drogas y alcohol, que incluye la cantidad típica que se consume en la actualidad; frecuencia de

uso; modo de uso (por ej., inyectada) y el historial de iniciación, aumento, tratamiento previo, y último consumo. Las preguntas deben abarcar todas las sustancias legales (incluyendo los medicamentos recetados y la nicotina) y las drogas ilegales. El Panel de Consenso recomienda enfáticamente que evalúe los patrones de fumar debido al vínculo bien documentado entre el uso de nicotina y alcohol (Hurt et al., 1996). Se calcula que de un 80 a un 90 por ciento de las personas con problemas de alcohol en los EEUU fuma cigarrillos, comparado con un 25 por ciento de la población adulta (Wetter et al., 1998). Es más, las enfermedades asociadas con el tabaco han demostrado ser la causa principal de muerte en pacientes que se han tratado por uso de sustancias (Hurt et al., 1996). Examinar el patrón total de uso de sustancias de su cliente, es esencial para evitar substituir una dependencia dañina por otra. Puesto que el alcohol y las drogas se usan con frecuencia en combinación, es importante que usted consiga toda la información en cuanto a las drogas que se usan, cómo se usan y cómo podrían interactuar.

Esta información se puede recopilar por medio de una variedad de métodos, incluyendo cuestionarios, entrevistas estructuradas que calculan los porcentajes al reconstruir una semana promedio de uso de sustancias y variaciones de ésta, reconstrucciones día a día guiadas por un calendario y estímulos de la memoria, o auto-monitoreo del cliente con un diario o un Seguimiento Cronometrado de Alcohol (Alcohol Timeline Followback) durante un período de tiempo seleccionado (Miller et al., 1992; Sobell y Sobell, 1995a). El "TIP" 24, Una Guía para los Servicios de Abuso de Sustancias para los Clínicos de Cuidado Principal (*A guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians*) ("CSAT", 1997), proporciona más avalúo e instrumentos de evaluación.

Síndrome de dependencia

Una dimensión asociada con la evaluación es la dependencia de sustancias, usando criterios especificados en el *Manual Diagnóstico y de Estadística de Trastornos Mentales*, 4ta edición ("DSM-IV") (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Los elementos usuales que se examinaron, son el desarrollo de la tolerancia demostrada por medio de la necesidad para aumentar las cantidades de la sustancia para lograr los mismos efectos; la manifestación de los síntomas característicos de la retirada si se deja de usar abruptamente (por ej., episodios de amnesia, desmayos, retirada de alcohol y delirium tremens); búsqueda de la sustancia a expensas de las actividades diarias usuales y a pesar de las consecuencias adversas a la salud y la seguridad; consumo de una cantidad mayor de la

sustancia y por un período de tiempo mayor que el intencionado; dedicar una cantidad excesiva de tiempo para conseguir la sustancia o recuperarse de haberla consumido; e intentos persistentes y fallidos para reducir o detener el uso. Es importante que usted conozca la severidad de la dependencia del cliente para planificar el posible tratamiento médico y como indicador importante para el resultado del tratamiento (Miller y Rollnick, 1991). Las preguntas de entrevista estructuradas, como las de la Entrevista Clínica estructurada para "DSM-IV", podrían dar un diagnóstico más confiable y defendible.

Problemas de funcionamiento cotidiano

La identificación de los problemas que ocurren en la vida del individuo, estén relacionados con el uso de sustancias o no, pueden indicar otras dificultades que necesiten intervención directa o inmediata. Podrían ir desde problemas maritales hasta la violencia doméstica, desempleo, cargos criminales y crisis financieras. Los instrumentos de cernimiento como la "Michigan Alcohol Screening Test (MAST), y "CAGE" no son buenos medidores de los problemas de vida cotidiana actuales, en parte porque mezclan una variedad de dimensiones (por ej., búsqueda de ayuda, uso patológico, dependencia y consecuencias negativas). Los instrumentos diseñados especialmente para evaluar los problemas asociados con el uso de sustancias son preferibles. (Para un resumen, véase Allen y Columbus, 1995; Miller et al., 1995b).

Análisis funcional

Un análisis funcional demuestra las situaciones que rodean al uso de drogas y alcohol. Específicamente, examina las relaciones entre los estímulos que incitan al uso y las consecuencias que le siguen. Este tipo de análisis proporciona al cliente pistas importantes en cuanto al significado del comportamiento, así como los posibles motivadores y barreras para el cambio. Refiérase al Capítulo 7 para más información del análisis funcional.

Efectos biomédicos

Desafortunadamente, el uso de drogas y alcohol no tiene efectos predecibles en la salud física debido a la gran variabilidad de respuestas personales. A pesar de que hay una variedad de medidas biomédicas sobre el impacto del alcohol, como por ejemplo el cernimiento de los químicos sanguíneos y la presión arterial, ninguna prueba diagnóstica en específico o conjunto de exámenes, pueden verificar un trastorno por abuso de sustancias (Eastwood y Avunduk, 1994). Sin embargo, ciertos indicadores pueden llevar a que el uso de drogas y alcohol en exceso, sea altamente sospechoso. Las elevaciones en la presión sanguínea o en ciertas enzimas, como la gamma -

glutamyltransferase, aspartate aminotransferase y alanina aminotransferase, son algunos ejemplos (Eastwood y Avunduk, 1994). Un sinnúmero de preocupaciones fisiológicas están asociadas con el uso abusivo de drogas y alcohol. Casi todos los sistemas en el cuerpo se pueden afectar.

Efectos neuropsicológicos

El deterioro de la memoria y otros efectos cognoscitivos pueden ser consecuencias temporeras o permanentes del uso de alcohol o drogas. Aunque las pruebas en este campo de acción pueden ser costosas y no se ordenan como rutina, la retroalimentación sobre el deterioro en estos medidores, puede proporcionar un poderoso impulso motivacional pues esta información es novedosa y no se hace disponible por medio de la experiencia de la vida cotidiana (Miller y Rollnick, 1991). Sin embargo, debido a que el deterioro que se detecta por medio de la evaluación, puede haberse desarrollado antes del uso de sustancias, tenga cuidado al proporcionar retroalimentación. (para repasar de las pruebas adecuadas, véase Miller, 1985a, y Miller y Saucedo, 1983). Se puede encontrar más información acerca de cómo cernir y evaluar los impedimentos, tanto físicos como cognoscitivos, que se puedan confundir por resultados asociados con el uso de sustancias, en el “TIP” 29, *Tratamiento para Trastornos por Uso de Sustancias para Gente con Impedimentos Físicos y Cognoscitivos* (“*Substance Abuse Use Disorder Treatment for People With Physical and Cognitive Disabilities*”) (“CSAT”, 1998).

Historial familiar

Debido a que el riesgo para el abuso y dependencia de las sustancias se debe, en parte, a la influencia de factores genéticos, un historial familiar completo de parientes que hayan experimentado problemas relacionados con el uso de sustancias o trastornos afectivos, trastorno de personalidad antisocial, o déficit de atención o hiperactividad, puede ser muy ilustrativo. La predisposición hacia los problemas asociados con el uso de sustancias, no predicen una consecuencia de trastorno por abuso de sustancia, pero el riesgo podría ser una señal de advertencia importante y un motivador para que los clientes escojan conscientemente liberarse de las sustancias adictivas.

Otros problemas psicológicos

El abuso de las drogas y el alcohol, frecuentemente se asocia con problemas psicológicos adicionales, incluyendo la depresión, trastornos de ansiedad, personalidad antisocial, problemas sexuales, y deficiencias de destrezas sociales (Miller y Rollnick, 1991). Debido a que los síntomas de intoxicación o retirada de ciertas drogas y del alcohol, pueden

disfrazar o imitar síntomas de algunos problemas psicológicos, es importante que un cliente se mantenga abstemio durante algún tiempo, antes de que se lleve a cabo un examen psicológico. Algunos trastornos psicológicos responden bien a distintas clases de medicamentos recetados, y se debe determinar si su cliente tiene un trastorno coexistente y se puede beneficiar de un tratamiento simultáneo para ambos impedimentos. Si usted no está adiestrado para evaluar clientes para trastornos psicológicos coexistentes, y su programa no tiene el personal para lidiar con esa clase de evaluación o tratamiento, deberá referir a los clientes a los programas de salud mental o clínicas adecuadas para que se practiquen las evaluaciones. Para más información en cuanto a la evaluación de clientes con un trastorno por abuso de sustancias y otro problema psicológico, véase el “TIP” 9, *Evaluación y Tratamiento de Pacientes con Enfermedades de Salud Mental Coexistentes y Abuso de Alcohol y Otras Drogas* (“*Assessment and Treatment of Patients With Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse*”) (“CSAT”, 1994b).

Personalización e Interpretación de la Retroalimentación sobre los Resultados de la Evaluación

La presentación y la discusión de los resultados de la evaluación puede ser esencial para aumentar la motivación; por tanto, estructure esta sesión cuidadosamente y establezca afinidad antes de proporcionar a los clientes puntuaciones individuales de las pruebas y cuestionarios que se les hasta administrado. Primero, exprese aprecio por los esfuerzos del cliente al proporcionar la información. Pregunte si hubo dificultades. Puesto que contestar preguntas o llenar formularios puede ser revelador por sí mismo, los clientes podrían tener ya una nueva impresión del papel de las sustancias en sus vidas. Usted puede traer este tema al preguntar: “Algunas veces las personas aprenden cosas sorprendentes al llenar una evaluación. ¿Cuáles fueron sus reacciones a la prueba?” Aclare que usted va a necesitar ayuda para interpretar los hallazgos con precisión. Estimúlelos a hacer preguntas: “Le voy a estar dando un montón de información. Por favor, páreme si no entiende algo o quiere que le explique mejor. Tenemos suficiente tiempo hoy y más en la próxima sesión, si fuese necesario.” Usted también podría querer enfatizar la objetividad de los instrumentos usados y proporcionar un poco de trasfondo, de ser adecuado, acerca de cómo se estandarizan y cuán difundidos están. También es útil proporcionar un resumen escrito de manera que los clientes tengan una copia.

Es útil proporcionar retroalimentación para comparar las puntuaciones personales de los clientes con los datos normativos u otra información interpretativa. Los clientes tienen que entender, por ejemplo, que su nivel de consumo usual de bebida está por encima del promedio y que esto predice un riesgo a largo plazo para consecuencias negativas, como un ataque al corazón, cirrosis del hígado, cáncer de seno para las mujeres, y todos los otros cánceres en los hombres (véase la Figura 4-1). Tanto la puntuación como la explicación interpretativa, son importantes; nada es ni interesante ni motivacional por separado. El entendimiento de que, por ejemplo, una puntuación alta de 23 puntos en la Prueba de Identificación de Trastornos por Abuso de Alcohol (AUDIT – por sus siglas en inglés *Alcohol Use Disorders Identification Test*), indica un consumo elevado – y problemático – que puede generar preguntas de los clientes sobre lo que solían considerar que era un comportamiento normal (véase la Figura 4-2). El “AUDIT” se reproduce en el Apéndice B.

A pesar de que a los clientes con frecuencia se les ha dado circulares con información abarcadora, hasta los datos más sencillos se deben presentar por escrito con explicaciones añadidas. Además, use un estilo motivacional al presentar la información. No presione a los clientes a aceptar el diagnóstico u ofrezca opiniones que no se hayan pedido acerca de lo que podría significar un resultado. En cambio, introduzca las explicaciones con señalamientos como: “No si esto le preocupe, pero...” o “No sé que le vaya a parecer este resultado, pero... Deje que formen sus propias conclusiones, pero ayúdeles en el proceso preguntando: “¿Qué le da a entender todo esto?” o “¿Cómo se siente ante todo esto?” Al pedir reacción a los clientes, esté pendiente de las respuestas no-verbales, como fruncir el ceño o el entrecejo, e inclusive lágrimas. Refléjelo en señalamientos como: “me parece que debe ser difícil para usted aceptarlo, pues confirma lo que su esposa ha estado diciendo” o, “esto le debe asustar” o, “Veo el trabajo que le está costando creer todo esto” (Miller y Rollnick, 1991).

Finalmente, resume los resultados, incluyendo los riesgos y problemas que hayan surgido, las reacciones de los clientes, y cualesquiera planteamientos auto-motivacionales que haya sacado a flote la retroalimentación. Luego pida a los clientes que añadan o corrijan su resumen.

Cuando se presentan con un estilo motivacional, los datos de avalúo pueden por sí solos hacer que los clientes tengan una nueva forma de pensar acerca del uso de sustancias y sus consecuencias. Si aún tienen dificultades en aceptar los resultados de la evaluación y sostienen que sus niveles de consumo no son inusuales, usted puede tratar “el acercamiento de Colombo” (véase el Capítulo 3): “Estoy confundido. Cuando estuvimos hablando antes, no parecía que hubiese ningún problema. Pero estos resultados demuestran que sí hay un problema, y usualmente se consideran unas pruebas muy confiables. ¿Qué cree usted de todo esto?”

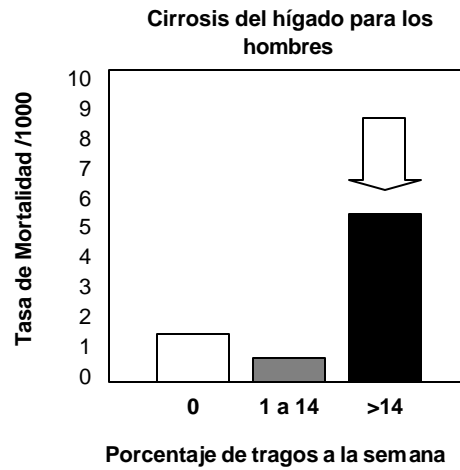
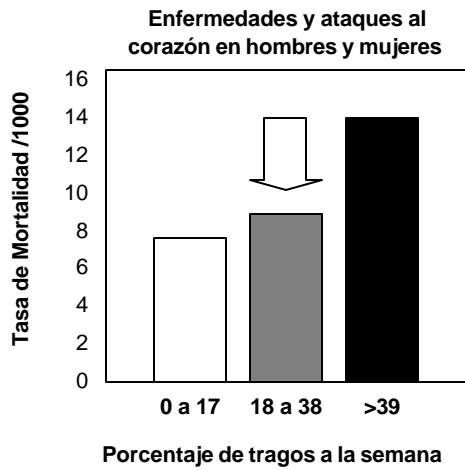
Un buen ejemplo de un formato y de una descripción del proceso de retroalimentación, se puede encontrar en el Informe sobre la Retroalimentación Personal Desarrollado por el Proyecto “MATCH: (Miller et al., 1995c), reproducido en el Apéndice B. Otro es el informe del resumen, *¿Dónde encaja su consumo de bebida?* (Sobell et al., 1996b) (se presentan secciones de este informe en las Figuras 4-1 y 4-2), dado a los individuos que participan en el Auto-Cambio Guiado – un programa de avalúo y retroalimentación, desarrollado para los que beben en exceso y que no ven su consumo de alcohol lo suficientemente serio como para concordar con un examen. Los materiales están diseñados con la intención de fomentar el auto-cambio, al estimular a los bebedores a ver su problema de alcohol desde una nueva perspectiva.

Para los profesionales trabajando con situaciones que no permiten un avalúo exhaustivo del consumo de bebida, hay un programa de retroalimentación de alcohol personalizado, gratis, en la Internet. Tres investigadores (los Drs. Cunningham, Humpries, y Koski-James) han desarrollado un programa basado en los materiales utilizados en el *Informe sobre la Retroalimentación Personal del Proyecto “MATCH”* (Miller et al., 1995c) y el informe *¿Dónde encaja su consumo de bebida?* (Sobell et al., 1996b). Este programa se puede acceder en el sitio electrónico de la Fundación de Investigación Científica, una división del Centro para la Adicción y la Salud Mental en Toronto, Canada: www.arf.org. El que responde contesta un breve cuestionario de 21 preguntas acerca de su consumo de alcohol y proporciona los datos. Se devuelve un informe de retroalimentación personalizado que compara el consumo de bebida del que responde, con otras personas de su misma edad, género, y país de

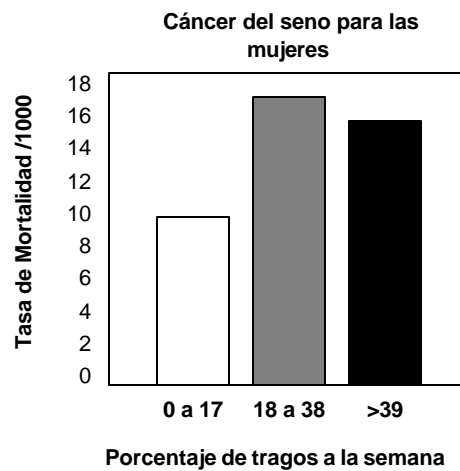
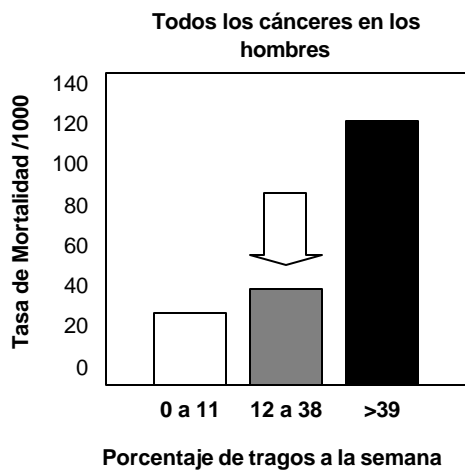
FIGURE 4-1 ¿CÓMO ENCAJA SU CONSUMO DE BEBIDA?: RIESGOS DE SALUD

RIESGOS DE SALUD

¿Su consumo de bebida lo expone a problemas de salud? La flecha en cada una de las gráficas indica los riesgos que se está corriendo. Usted tiene que decidir cuánta bebida es demasiado riesgosa para usted.



Su consumo promedio es de:
25 tragos a la semana

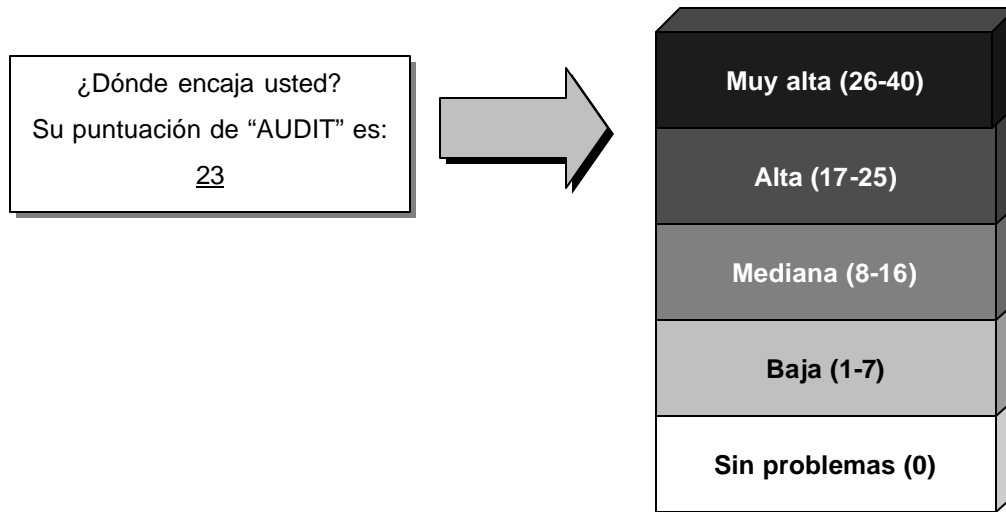


Fuente: Sobell et al., 1996b

FIGURA 4-2 ¿CÓMO ENCAJA SU CONSUMO DE BEBIDA?: PUNTUACIÓN DE “AUDIT”

PUNTUACION DE “AUDIT”

El cuestionario de “AUDIT” fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el uso de alcohol de una persona. Su puntuación en “AUDIT” demuestra si su consumo de alcohol se debe considerar un problema. Las puntuaciones elevadas generalmente reflejan problemas más serios.



CONSECUENCIAS ASOCIADAS CON EL ALCOHOL

Los distintos problemas asociados con el consumo de alcohol que usted mencionó están marcados con una marca de cotejo (✓) en la parte de abajo. Cuando la gente reduce o detiene el consumo elevado de alcohol, estas consecuencias suelen disminuir o desaparecer.

Sus Consecuencias Al Beber:

Problemas de salud físicos	Abusivo verbalmente o agresivo físicamente
Problemas de memoria o desmayos	Problemas laborales/educativos
Problemas emocionales	Problemas legales
Problemas al relacionarse	Problemas financieros

Fuente: Sobell et al., 1996b

origen (para gente que vive en Estados Unidos o en Canadá). Aunque sea breve, el programa de retroalimentación es una herramienta útil para que la usen los profesionales.

Proveer retroalimentación – sobre el nivel de alcohol o el uso de sustancias comparados con las normas, riesgos de salud asociados con el nivel de uso, costos del uso al nivel actual y otros factores similares – a veces es suficiente para pasar a los precontempladores a través de un proceso de cambio considerablemente rápido, sin mayor necesidad de consejería y guías. La retroalimentación proporcionada en un estilo motivacional, también aumenta el compromiso al cambio y mejora los resultados del tratamiento. Por ejemplo, un estudio en el cual las personas admitidas a un centro residencial de tratamiento, recibieron retroalimentación de avalúo y una entrevista motivacional, encontró que estos clientes participaban más en el tratamiento, según lo percibieron los clínicos, que un grupo control, y tenían una tasa de abstinencia dos veces mayor en el seguimiento (Brown et Miller, 1993).

Intervenir por Medio de Personas Significativas

Una cantidad considerable de investigaciones demuestra que la involucración de personas significativas (PS), puede ayudar a pasar a los usuarios de sustancias a la contemplación del cambio, a entrar a tratamiento, a la retención e involucración en el proceso terapéutico y a la recuperación exitosa. Una PS puede jugar un papel importante para aumentar el compromiso de un individuo hacia el cambio, al lidiar con el uso de sustancias del cliente de las siguientes formas:

- Proporcionando retroalimentación constructiva al cliente sobre los costos y beneficios asociados con su comportamiento por uso de sustancias

- Estimulando la resolución del cliente para cambiar el patrón de comportamiento negativo
- Identificando los obstáculos concretos y emocionales para el cambio
- Dejando saber al cliente los recursos sociales y de manejo individual que conducen a un estilo de vida libre del uso de sustancias.

Fortaleciendo al cliente para que use estos recursos sociales y de manejo para cambiar el comportamiento de uso de sustancias. Varios métodos reconocidos para involucrar PSs en intervenciones motivacionales, se discuten en esta sección: involucrándolos en la consejería, en una intervención cara a cara, en terapia familiar, o como parte de un acercamiento de refuerzo comunitario.

Personas Significativas y Consejería Motivacional

En general, la PS ayuda a movilizar los recursos internos del cliente para generar, implementar y mantener acciones que llevarán subsecuentemente a un estilo de vida que no implica el uso de sustancias. Se espera de la PS que impulse al cliente a generar sus propias soluciones para el cambio. Sin embargo, es importante recordar que la responsabilidad final para el cambio, recae en el cliente.

- Una PS generalmente es una esposa, compañero consensual, u otro miembro de la familia, pero puede ser cualquier otra persona con quien el cliente haya mantenido una relación personal estrecha. A pesar de que tener una relación estrecha es necesario, no es suficiente para involucrar a una PS significativa en una consejería motivacional. La evidencia indica que un candidato adecuado para el tratamiento con una PS involucrada, es un individuo que apoye una vida libre de consumo de sustancias y cuyo apoyo sea altamente valorado por el cliente (Longabaugh et al., 1993).

INVOLUCRANDO A UNA PERSONA SIGNIFICATIVA EN EL PROCESO DE CAMBIO

He descubierto que involucrar activamente una persona significativa (PS) como una esposa, un pariente, o un amigo en una consejería motivacional, puede ayudar realmente a facilitar el compromiso del cliente con el cambio. La PS puede proporcionar un empuje positivo cuando el cliente lucha con la ambivalencia ante cambiar su comportamiento adictivo. La retroalimentación de la PS, puede ayudar a aumentar la conciencia del cliente acerca de las consecuencias negativas de su consumo. Al mismo tiempo, la PS puede proporcionar el apoyo necesario para mantener el compromiso del cliente hacia el cambio.

Antes de involucrar a la PS, como rutina determino si la PS tiene una relación positiva con el cliente y un interés genuino en contribuir al proceso de cambio. Las PSs con vínculos fuertes con el cliente y un interés en ayudar al cliente a cambiar su comportamiento de uso de sustancias, pueden hacer una valiosa contribución hacia el cambio; los que carecen de esas cualidades pueden interferir con este proceso. Por lo tanto, antes de involucrar a la PS, evalúo las interacciones entre el cliente y la PS. Me intereso particularmente en determinar si los planteamientos motivacionales que hace el cliente las apoya la PS.

Siguiendo esta evaluación breve, empleo una variedad de estrategias para aumentar la motivación con la PS, para ayudarla a facilitar el proceso motivacional. Trato de hacer preguntas que promuevan el optimismo por parte de la PS, en lo que se refiere a la habilidad del cliente para cambiar. Por ejemplo, podría preguntar a la PS las siguientes preguntas:

- ¿Ha notado los esfuerzos de Jack para dejar de beber?
- ¿Qué ha resultado más útil para usted al ayudar a Jack a lidiar con su consumo de bebida?
- ¿Qué es diferente en este momento que le haga sentirse mejor en cuanto a la habilidad de Jack para cambiar?

Al usar técnicas como la de extraer planteamientos auto-motivacionales por parte del cliente, la PS se puede volver un co-facilitador en el proceso de cambio.

Allen Zweben, Miembro del Panel de Consenso

Oriente al cliente sobre el tratamiento en el que participa una PS

Pida a un cliente que invite a un PS a una sesión de tratamiento. Infórmele que una PS puede jugar un papel crucial al lidiar con su uso de sustancias, al proporcionar apoyo emocional, identificar problemas que podrían interferir con las metas del tratamiento, y participar en actividades que no impliquen sustancias, como ir a la iglesia juntos. Explíquele que a la PS no se le pide que monitoree el uso de sustancias del cliente, puesto que la responsabilidad final del cambio reside en el cliente. La función de la PS es completamente de apoyo, y las decisiones y elecciones le pertenecen al cliente totalmente. Repase los aspectos de confidencialidad y diga al cliente que la información que se comparta entre los compañeros, no se debe discutir con nadie más fuera de las sesiones, a no ser que ambas partes estén de acuerdo. Algunos ambientes pueden exigir un acuerdo escrito dando permiso a la PS a que participe.

Cree un ambiente de tratamiento cómodo, de apoyo y optimista

En la sesión inicial con la PS involucrada, felicite a la PS y al cliente por su disponibilidad a trabajar en colaboración y de forma constructiva para cambiar el patrón de consumo de sustancias del cliente. Reitere la razón fundamental para pedir a la PS que participe y explique los papeles y responsabilidad de cada uno de los compañeros, recordándoles que el cliente es el responsable final del cambio. Además, es esencial instalar un sentido de optimismo en la PS en cuanto a su propia habilidad para inculcar cambio en el cliente. A menudo, la PS entra al tratamiento sintiéndose frustrada o decepcionada; muchos no entienden lo crónico del problema o las fases de recurrencia y recuperación, llevando a una frustración en aumento. Como resultado, la PS puede sentirse indefensa acerca de su habilidad para influenciar el proceso de cambio. Para fortalecer la creencia de la PS sobre su capacidad para ayudar, puede usar las siguientes estrategias:

- Implique positivamente los pasos que han usado las PSs exitosamente, y defina exitoso ampliamente.
- Refuerce los comentarios positivos hechos por la PS acerca de los esfuerzos actuales del cliente para cambiar.
- Discuta métodos futuros con los que el cliente se podría beneficiar ante los esfuerzos de la PS para facilitar el cambio.

La meta general en este punto es facultar a la PS para ayudar al cliente a cambiar.

Proporcione retroalimentación constructiva

En las sesiones de consejería motivacional, un movimiento positivo hacia el cambio, ocurre con frecuencia después de que la PS ha tenido la oportunidad de señalar que continuar con un patrón actual de uso de sustancias, podría interferir potencialmente con mantener una relación altamente valorada. Un cliente es particularmente susceptible a la participación de una PS, pues puede hacerle perder o deteriorar relaciones importantes. Explique al cliente que los beneficios de un uso de sustancias, no se pueden conseguir sin aumentar los costos sociales. Los beneficios pueden incluir, desde aumentar las actividades placenteras o los recursos de manejo; el costo acarrea la pérdida o el deterioro de relaciones altamente valoradas. En consecuencia, el cliente puede sentir un estado de desequilibrio ante su uso continuo de sustancias. Para reducir el desconcierto, el cliente tiene que tomar una decisión acerca de detener su consumo. Dentro de este contexto, la retroalimentación de la PS se vuelve un vehículo principal para activar el proceso de cambio.

Por esta razón, pida a la PS que se involucre más en la consejería; por ejemplo, al compartir información relevante sobre los precipitadores y las consecuencias del problema de uso de sustancias del cliente y trabajar en colaboración con el cliente para encontrar estrategias para el cambio. Esa información se tiene que comunicar de una forma constructiva. Esto se logra al concentrar la discusión en las consecuencias o el daño que surge del consumo de alcohol o el uso de drogas (por ej., ruptura familiar) en lugar de culpar al cliente (por ej.: “Es una mala persona debido a su consumo de bebida”). La retroalimentación de una PS puede provocar un cambio en el balance decisional del cliente.

Mantener una alianza terapéutica

Se deben hacer esfuerzos especiales para fortalecer los vínculos entre la Ps y el cliente, especialmente si la PS es su esposo. Tener vínculos familiares fuertes

se considera un ingrediente activo para mantener el compromiso del cliente hacia el cambio (Zweben, 1991) Explore con la pareja varias actividades que puedan contribuir a mejorar la calidad de la relación matrimonial. Como irse de vacaciones o salir a cenar sin los niños. Para las PSs, llevar a cabo estas tareas se puede volver una causa de preocupación, especialmente si el cliente tiene un historial de interrumpir la armonía del hogar al consumir sustancias. La PS podría temer que el cliente vuelva a desestabilizar la situación familiar si se le da más responsabilidades en la casa. (Esa preocupación podría ser realista si el cliente ha tenido un patrón inestable de recuperación.) El consejero tiene que reconocer estas preocupaciones, normalizarlas, y desarrollar un plan cambiante para manejar los nuevos arreglos. Un acercamiento paso a paso se podría introducir, incluyendo un procedimiento para manejar la recurrencia de ésta ocurrir. Esto podría evitar que los miembros de la familia se sientan abrumados por la magnitud de las tareas que implica integrar el cliente a la vida doméstica.

PSs problemáticas

A pesar de participar un cernimiento adecuado, algunas PSs demuestran, o poco, o ningún compromiso hacia el cambio. Esta clase de PS con frecuencia faltan a sesiones de tratamiento, cancelan citas sin reprogramarlas, llegan tarde, y en términos generales, exhiben una actitud negativa hacia el cliente. Algunas personas interactúan negativamente con el cliente, proporcionando pocos comentarios constructivos sin que el consejero lo motive en exceso. Otros se niegan a participar en actividades libres del consumo de sustancias. Es importante idear con estas PSs antes de que representen problemas serios para el tratamiento. Bajo esas circunstancias, considere lo siguiente:

- Recuerde amablemente a la PS los propósitos de un tratamiento con PSs involucradas – sobre todo, ofrecer apoyo emocional, proporcionar retroalimentación constructiva, reforzar incentivos para el cambio, y en general, trabajar conjuntamente con el cliente para cambiar el comportamiento de uso de sustancias.
- Algunas PSs podrían estar conscientes de la ansiedad que están experimentando ante la habilidad y disponibilidad para cambiar del cliente, lo cual podría estar ocasionando a su vez los sentimientos negativos que se le manifiestan al cliente. Ante esas circunstancias, atienda estas preocupaciones subyacentes de la PS. Usando técnicas como escuchar atentamente, normalizar, aclarar y resumir, puede ayudar a la PS a explorar las razones escondidas para sus

reacciones negativas hacia el cliente. Esta estrategia da a la PS una oportunidad de ventilar sus ansiedades en cuanto al cliente. De otro modo, la PS podría continuar respondiendo negativamente (por ej., “representando” la ansiedad) hacia el cliente durante las sesiones. Estos aspectos generalmente se tratan en una sesión individual con la PS.

- Si los acercamientos mencionados no funcionan, considere limitar el papel de la PS a prácticamente tan solo compartir información. Informe a la PS sólo acerca del plan de tratamiento propuesto para el cliente, como por ejemplo asistir a grupos de apoyo, tomar medicamentos, y completar tareas específicas como encontrar un nuevo trabajo. Estos aspectos se pueden cubrir en una sola sesión con la opción de añadir otra cita si se justifica. No se hace ningún intento para involucrar a la PS en actividades de refuerzo o de toma de decisiones relacionadas con cambiar el comportamiento por uso de sustancias. A una PS que exija o solicite ayuda adicional, se debe referir a consejería individual, o podría funcionar un grupo de apoyo comunitario como “Al-Anon.” Esto puede ayudar a la PS a distanciarse de los problemas del cliente y evitar que debilite el proceso terapéutico.

Grupo de apoyo

Los estudios de consejería motivacional han sugerido que la participación de la PS (principalmente de un cónyuge), puede ser un importante factor que contribuya a la efectividad de la intervención (Longabaugh et al., 1995; Sisson y Azrin, 1986; Zweben et al., 1988). Comenzando por el trabajo de Edwards, la consejería motivacional breve que involucra a la PS, ha demostrado ser tan efectiva como, o más que, los acercamientos de tratamientos convencionales prolongados en una serie de medidas de resultados, como con consumo de alcohol y problemas relacionados (Edwards et al., 1977; Holder et al., 1991; Zweben y Barrett, 1993). Todos los estudios se llevaron a cabo con individuos que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, debido a los resultados favorables que se encontraron en los estudios mencionados, y las experiencias positivas que manifestaron los profesionales que usaron el modelo con clientes que estaban usando otras sustancias, se debe considerar añadir un elemento de involucración de una PS, en los acercamientos de consejería motivacional con individuos que tengan una gama de problemas por abuso de sustancias. Esto puede ayudar a aumentar la potencia de la intervención con ciertos clientes,

principalmente con los individuos que tienen fuertes vínculos positivos con sus familias.

Sin embargo, las contribuciones relativas de los diferentes elementos de la consejería motivacional breve (como la empatía del terapeuta, la retroalimentación y aconsejar, y la biblioterapia) para aumentar la motivación del cliente, aún no se han determinado (Zweben y Fleming, en imprenta); podría ser que factores como la empatía del terapeuta tuviese, un papel más sobresaliente que la involucración de la PS en lograr un cambio motivacional. La investigación futura tendrá que explorar más detalladamente la contribución relativa del componente de la involucración de la PS, comparado con otros componentes del tratamiento (por ej., la empatía del consejero) al facilitar el cambio.

La Intervención de Johnson

Desde que se introdujo en los años 60, el acercamiento diseñado por el Instituto Johnson se ha modificado de una técnica motivacional a una estrategia mucho menos severa con varias transformaciones (Stanton, 1997). La Intervención de Johnson es una técnica bien conocida en la cual los miembros de la familia y otras personas significativas de la red social del cliente, después de un adiestramiento formal y de práctica, confrontan al usuario de sustancias en presencia del clínico. Cogen turnos diciéndole al usuario cómo les ha afectado el uso de sustancias, exhortando al usuario a buscar ayuda, y especificando las consecuencias que se darán si el cambio – generalmente entrar al tratamiento – no tiene lugar. Un elemento sorpresa suele ser parte del plan. Las presunciones básicas resumidas por el originador de este método son las que siguen (Johnson, 1973):

- Las personas significativas e influyentes presentan al usuario con hechos o información personal.
- Los datos que se presentan tiene que ser específicos y descriptivos de los sucesos o condiciones actuales, no opiniones.
- El tono de la confrontación no debe juzgar, sino reflejar una preocupación.
- La evidencia que se presenta debe estar vinculada directamente al consumo de bebida o uso de otras sustancias y ser dada detalladamente.
- La meta es que el usuario de sustancias vea y acepte suficientes datos para reconocer que necesita ayuda.

- El usuario tiene que recibir suficientes opciones de tratamiento adecuadas y disponibles para que conserve la dignidad y se respete la capacidad para tomar decisiones.

A pesar de que el acercamiento originalmente aplicaba a referidos para cuidado internado (por ej., 28 días, programas modelo de Minesota), se ha usado posteriormente para facilidades ambulatorias. Sin embargo, no se ha evaluado ampliamente, y la poca investigación que existe, refleja una cantidad pequeña de participantes. Un estudio reciente de personas que estaban buscando ayuda desde un centro de tratamiento, encontró que los que habían experimentado una Intervención Johnson, tenían más probabilidades de entrar a tratamiento que los que estaban ahí como resultado de coerción (por ej., juez, patrono, asistencia pública) o referido voluntario (Loneck et al., 1996a, 1996b). Sin embargo, uno de los problemas principales es que tanto como un 75 por ciento de las familias que comenzaron consejería bajo la Intervención Johnson, la encontraron inaceptable o, por otras razones, no pasaron por la reunión de confrontación familiar (Liepman et al., 1989). Las familias que completaron una confrontación completa representaban por tanto una minoría, y de entre estas familias el 80 por ciento o más de los bebedores, entraron a tratamiento. También se ha reportado que los que entraron a tratamiento después de una Intervención Johnson, tenían más posibilidades de una recurrencia de beber y de síntomas, en comparación con los que entraron a tratamiento por medio de otras fuentes de referidos (Loneck et al., 1996b).

Terapia Familiar Unilateral

En la terapia familiar unilateral (TFU) (*Unilateral Family Therapy – UFT- en inglés*), un consejero ayuda a un cónyuge cooperativo, no-usuario a identificar y capitalizar oportunidades para estimular al compañero usuario de sustancias a que cambie. Este acercamiento asume que el cónyuge del usuario es “un punto crucial y potencialmente nivelador que podría ser la influencia disponible principal o única, de rehabilitación asequible al terapeuta” (Thomas y Ager, 1993). Actualmente, los clínicos usan diferentes formas de terapia familiar unilateral, según se describe a continuación.

El acercamiento de Thomas y Ager a la TFU

Este acercamiento incluye descripciones de tres focos de intervención para TFU por trastornos de uso de alcohol:

- *Un enfoque individual* aumenta las destrezas de manejo del cónyuge no-usuario y le ayuda a

encontrar formas específicas para tratar el problema de bebida.

- *Un enfoque interactivo* ayuda al cónyuge a mejorar el funcionamiento marital y familiar, al reducir las tácticas inefectivas de interacción con el compañero usuario de sustancias (como sermonear y vaciarle las botellas de licor) y facilitar comportamientos (como al comprar alcohol).
- *Un enfoque en un tercero* implica preparar al cónyuge y otros miembros de la familia a llevar a cabo intervenciones que puedan motivar a la persona a buscar tratamiento, a dejar de beber, o a ambas cosas (Thomas y Ager, 1993).

Según lo ponen en práctica Thomas y sus asociados, la TFU tienen tres fases. La primera fase, requiere de tres a ocho sesiones semanales, prepara al cónyuge a asumir un papel en la rehabilitación. El cónyuge se educa acerca de los efectos del alcohol; monitorea el alcance y los horarios de consumo del cónyuge; aprende a estimular la relación familiar, al tratar de reforzar comportamientos disfrutables cuando la persona no está bebiendo; elimina o modifica comportamientos de control del consumo de bebida viejos e inefectivos; y reduce los comportamientos facilitadores.

La Segunda fase, con una duración de 5 a 18 semanas, implica evaluar lo apropiado y posible de las diferentes clases de intervenciones dirigidas para el usuario, las cuales se diseñan a la medida de acuerdo a las características especiales del bebedor resistente, llevando a cabo después intervenciones no-confrontativas (por ej., apoyo a la sobriedad o examen de un médico por el consumo de alcohol) o confrontaciones más sistemáticas, bien ensayadas, o peticiones en presencia del clínico. Las intervenciones se distinguen por su tono firme y compasivo. Las intervenciones de seguimiento pueden tener lugar si el bebedor no se comporta de acuerdo a su compromiso.

La tercera fase, la cual conlleva de tres a seis sesiones semanales, se concentra en mantener las ganancias del cónyuge o compañera. El cónyuge no-bebedor recibe ayuda para ajustarse a la sobriedad del compañero – o a la reducción de consumo – y aprende a desempeñar un papel positivo y adecuado impedir un consumo de bebida renovado o en aumento (Thomas y Ager, 1993).

Dos estudios acerca de este acercamiento a la TFU, indican que las destrezas de manejo para los cónyuges participantes mejoraron, según lo indicó medir la alegría del cónyuge y su ajuste; y las bebedoras que tenían cónyuges mediadores también

entraron a tratamiento y moderaron su consumo de bebida o se volvieron abstemias con más frecuencia que las participantes de los grupos de control (Thomas y Ager, 1993).

Acercamiento Orford a la TFU

La Organización Mundial de la Salud ha utilizado el trabajo de Orford para guiar a los clínicos que responden a las necesidades y ruegos de los familiares y amigos de los usuarios de alcohol y drogas. Este acercamiento enfatiza que la familia y los amigos corren el riesgo de trastornos físicos y psicológicos asociados con el estrés (Orford, 1994). Para entender cómo capacitarlos a liderar efectivamente con su situación, así como ayudarlos a traer al usuario de sustancias a tratamiento, Orford estudió las estrategias de manejo usadas comúnmente por familias, cada una de las cuales posee ventajas y desventajas. Las ocho estrategias más comunes que identificó son las que siguen:

11. *Las reacciones emocionales* expresan emoción en cuanto al uso.
12. *Las estrategias de tolerancia* apoyan el uso.
13. *Los esfuerzos inactivos* ni apoyan ni desaniman el uso.
14. *Las técnicas de eludir* ponen distancia entre uno mismo y el usuario.
15. *Los acercamientos controladores* intentan controlar el uso directamente.
16. *Las tácticas confrontativas* comunican abiertamente sobre las necesidades de uno y los efectos del uso.
17. *Las estrategias de apoyo* ayudan a la persona que bebe o usa drogas a lograr metas alternativas como la involucración de la familia.
18. *Las reacciones independientes* demuestran una falta de dependencia en el bebedor o usuario de drogas.

Orford concluye que “algunas de las formas en que los familiares lidean, son mejores que otras para reducir los riesgos de mala salud para sí mismos” y para que el ser querido sea “influenciado a beber o usar drogas” (Orford, 1994, p. 428). Qué estrategias funcionan mejor depende de las circunstancias del familiar. Orford cree que el papel más importante del clínico, es ayudar a los familiares a encontrar formas de manejo que reduzcan el riesgo a su propia salud y que ayuden a reducir el uso excesivo del usuario de sustancias. Para lograrlo los clínicos deben:

- Escuchar sin emitir juicio y proporcionar seguridad.
- Proporcionar información útil.
- Aconsejar indirectamente acerca de métodos de manejo.
- Ayudar a fortalecer el apoyo social y unirse a la solución del problema familiar.

Acercamiento de Refuerzo Comunitario

El Acercamiento de Refuerzo Comunitario (ARC) (*Community Reinforcement Approach – CRA- en inglés*), es un sistema terapéutico abarcador, diseñado originalmente en los años 60 para liderar con un espectro amplio de áreas afectadas por el uso de alcohol, incluyendo el desempleo, problemas maritales, aislamiento social, redes sociales pobremente desarrolladas, y una falta de actividades recreativas positivas (Hunt y Azrin, 1973). Véase también el próximo “TIP” *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* (Intervenciones Breves y Terapias Breves de Abuso de Sustancias) (“CSAT”, en imprenta). El ARC pretende reducir o detener el consumo de bebida, abriéndose paso por medio del empleo legítimo, el apoyo familiar y las actividades sociales. En este programa de tratamiento de comportamiento, el clínico enseña a un miembro de la familia no-bebedor – generalmente el cónyuge – las siguientes destrezas:

- *Reducir el abuso físico* al reconocer posibles señales de violencia y tomar acciones auto-protectivas.
- *Estimular la sobriedad* al reforzar períodos de sobriedad por medio de comportamiento recompensador y al permitir al bebedor que experimente las consecuencias negativas de beber; siempre y cuando no represente una amenaza a la vida. El clínico aconseja al miembro de la familia sobre cómo comportarse cuando el cliente está bebiendo y proporciona sugerencias sobre actividades externas atractivas que no implican el consumo de alcohol.
- *Estimular al bebedor a buscar tratamiento* al identificar los mejores momentos para sugerir la búsqueda de ayuda profesional (por ej., después de ocasiones en que el uso del alcohol fue especialmente severo y el individuo está bien consciente de las consecuencias negativas del consumo). Cuando la persona que bebe está de acuerdo en entrar a tratamiento, el clínico está disponible para reunirse con la pareja matrimonial inmediatamente.

- *Ayudar en el tratamiento* al participar con el bebedor en consejería de parejas, y ayudándole a buscar empleo y descubrir actividades libres del consumo de alcohol. El bebedor también recibe un examen médico y disulfiram (Antabuse).

En un estudio acerca de su efectividad, este ACR necesitó un promedio de 7.2 sesiones comparadas con el 3.5 de un programa más tradicional, en el cual el clínico proporcionó al cónyuge una consejería de apoyo y emitió un referido a grupos de apoyo locales Al-anon. A pesar de que exige mucho más tiempo de compromiso, el acercamiento ACR dió como resultado que seis de cada siete personas bebedoras entraron a tratamiento, mientras que con el acercamiento tradicional de tratamiento, no entró ninguna (Sisson y Azrin, 1986). Véase el Capítulo 7 para discutir acerca del uso del ACR durante la etapa de mantenimiento.

Acercamiento de Refuerzo Comunitario para adiestrar a la familia

EL ACR ha sido modificado para aumentar sus características demostradas (Meyers y Smith, 1997). Conocido como el Acercamiento de Refuerzo Comunitario para el Adiestramiento Familiar (ACRAF) (*Community Reinforcement Approach to Family Training – CRAFT – en inglés*), este acercamiento argumenta que una PS puede tener un impacto en el consumo de bebida o uso de drogas de un ser querido, y que puede influir a que esa persona entre en tratamiento, de ser adecuado. Véase también el próximo “TIP” *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* (Intervenciones Breves y Terapias Breves de Abuso de Sustancias) (“CSAT”, en imprenta). Al usar este acercamiento, las tareas del clínico son:

- Estimular a la PS a expresar su frustración acerca del uso de sustancias del ser querido y también asegurar al participante que la responsabilidad para la situación, recae en la persona que bebe o consume drogas.
- Trabajar con la PS para identificar los disparadores del uso de sustancias y las consecuencias para el ser querido y analizarlas para encontrar formas con que la PS pueda modificar las estrategias de manejo.
- Identificar refuerzos positivos que pueda usar la PS cuando el usuario está sobrio o trabajando para lograr el cambio, y con las consecuencias negativas del uso de sustancias que la PS pueda haber estado apoyando sin haberlo sabido.
- Enseñar a la PS a reconocer el potencial de violencia doméstica como respuesta a los

cambios de comportamiento en el hogar y tomar precauciones necesarias para reducir el riesgo de daño.

- Adiestrar a la PS en las siete reglas de comunicación que han demostrado ser significativas para interactuar con las personas que hacen mal uso de las drogas y el alcohol:

Ser breve

Ser positivo

Ser específico y claro

Etiquetar sus sentimientos

Ofrecer un planteamiento aclaratorio una vez que un problema se haya observado desde la perspectiva del bebedor

Aceptar responsabilidad parcial, cuando sea apropiado

Ofrecer ayuda

- Estimular a la PS a encontrar actividades significativas y recompensantes que reduzcan el estrés y creen una mejor calidad de vida, independientemente de que el usuario de sustancias cambie.
- Preparar a la PS en formas no-amenazadoras para acercarse al ser querido y sugerir tratamiento por medio de asumir un papel, ensayando el lenguaje y el tono de voz para proporcionar una posibilidad mayor de triunfo y desarrollar un “plan de acción” de los mejores momentos para hablar con el usuario de sustancias.
- Asegurarse de que el tratamiento esté disponible cuando se tome una decisión de entrar a tratamiento y también ayudar a la PS a apoyar al cliente en el tratamiento.

Un experimento clínico del ACRAF, demostró que este acercamiento es considerablemente más efectivo que el Al-Anon o la Intervención Johnson, en cuanto a comprometer con el tratamiento a bebedores problemáticos y usuarios de drogas desmotivados (Miller y Meyers, en imprenta). La combinación de aumentar las destrezas de comportamiento, momentos bien escogidos para sacar a relucir el tema del cambio, técnicas que la PS puede usar para reforzar positivamente el comportamiento adecuado en el ser querido bebedor o usuario de sustancias, y una admisión temprana a consejería, son formas prometedoras de pasar a los precontempladores hacia una contemplación seria de cambio (Meyers y Smith, 1997).

Secuencia de Intervención para Compromiso Albany-Rochester

La Secuencia de Intervención para Compromiso Albany-Rochester (SICAR) (*Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement – ARISE – en inglés*), se desarrolló en una facilidad grande de tratamiento externo en Albany, Nueva York. Al seguir este acercamiento, el clínico interviene por medio de los miembros de la familia con personas que abusan de las drogas o del alcohol, utilizando una forma de presentarse más lenta, y menos angustiosa que la confrontación. Los desarrolladores de esta estrategia estaban respondiendo a tres limitaciones de técnicas similares, disponibles en la actualidad: el consumo de una cantidad de tiempo y esfuerzo considerables para preparar y ensayar encuentros con el usuario de sustancias; los ultimátums en las intervenciones desarrolladas y tradicionales; y un estudio reciente en el cual los clientes que participaban en intervenciones formales, eran dos veces más propensos a regresar al consumo de bebida o al uso de sustancias mientras se encontraban en tratamiento (Stanton, 1997).

El proceso de SICAR se desenvuelve por medio de tres etapas:

- *Etapas 1: Intervención informal sin un terapeuta presente.* Cuando una persona preocupada llama a la clínica, un especialista de intervención habla con ésta por teléfono para determinar la configuración familiar e identificar a quién se debe involucrar. El clínico fija una hora de reunión con todas las personas preocupadas, aclarando que el usuario de sustancias debe ser invitado siempre.
- *Etapas 2: Intervención informal con un terapeuta presente.* De una a tres sesiones, según se necesite, el clínico trabaja con la familia para determinar cuál es la mejor forma de instar al usuario de sustancias a que se comprometa con el tratamiento. Usualmente, el clínico sugiere que llamen por teléfono a esta persona desde la reunión.
- *Etapas 3: Intervención formal.* Si ni la Etapa 1 ni la Etapa 2, dan como resultado que el usuario entre a tratamiento, el clínico usa una intervención derivada del modelo del Instituto Johnson, pero menos negativo y más amable que el modelo original. Esta intervención también incorpora prestar atención a los patrones intergeneracionales de los problemas de alcohol.

En un análisis retrospectivo, 55 por ciento de los usuarios de drogas que participaron en alguna etapa de SICAR, entraron a tratamiento, así como el 70

por ciento de los que tenían problemas con la bebida. Las tasas de éxito para otros estudios pequeños de SICAR fluctuaron de 25 a 92 por ciento. Las conclusiones tentativas son que la estrategia trabaja mejor, cuando el clínico está disponible sin demora, para agarrar al usuario de sustancias identificado en el mejor momento para entrar a tratamiento y cuando una gran cantidad de personas se reunirán para la intervención (Stanton, 1997).

Mejoramiento Motivacional y Clientes Obligados: Consideraciones Especiales

A una cantidad de clientes cada vez mayor se le ordena que comiencen un tratamiento, ya sea un patrono o un programa de asistencia al empleado. A otros los influencia entrar a tratamiento las presiones legales. En esos casos, no entrar o permanecer bajo tratamiento puede traer como consecuencia sanciones específicas o consecuencias negativas (por ej., pérdida de trabajo, revocación de probatoria o libertad bajo palabra, persecución, prisión), a menudo durante un período específico o hasta que se complete de forma exitosa. A pesar de que las generalizaciones son difíciles de hacer sobre una serie de estudios por separado, la situación legal al momento de entrar a tratamiento, no parecía estar relacionada con el éxito del tratamiento (Anglin et al., 1992; “CSAT”, 1995b; Leukefeld y Tims, 1988). Los clientes a los que se les ordena recibir tratamiento, generalmente responden tan bien como los que se refieren a sí mismos.

Su reto es comprometer a los clientes obligados en el proceso del tratamiento. Como han señalado Leukefeld y Tims, las presiones externas (por ej., legales) sirven para influir un individuo a entrar a tratamiento, pero la motivación y el compromiso para cambiar tienen que venir del cliente (presión interna) para poder llevar a cabo la recuperación y mantenerla (Leukefeld y Tims, 1988). A pesar de que muchos de estos clientes están en la etapa de precontemplación del cambio, la tentación es usar inmediatamente intervenciones orientadas a la acción que no están sincronizadas con el nivel de motivación del cliente. Como ya se ha señalado, esto puede ser contraproducente. Los clientes llegan con fuertes emociones como resultado del proceso de referido y las consecuencias que enfrentarán de no triunfar en cambiar el patrón de uso, que lo podrían no considerar problemático. Como siempre, recuerde que sus percepciones podrían ser precisas. Podría ser cierto que rara vez beban en exceso, pero sí lo hicieron en un momento que condujo al referido.

A pesar de estos obstáculos, los clientes obligados son tan receptivos a un estilo de consejería motivacional como cualquier otro. Se proveen las intervenciones adecuadas a su etapa, se vuelven participantes en el proceso de cambio y se benefician de la oportunidad para considerar las consecuencias del uso y la posibilidad del cambio, a pesar de que la oportunidad no se haya escogido voluntariamente.

Usted podría tener que pasar la primera sesión con un cliente reprimido “descontaminando” el proceso de referido. Algunos clínicos dicen explícitamente: “Siento que haya llegado hasta aquí de esa forma.” Los principios importantes para tener en mente son los siguientes:

- Honre la rabia del cliente y el sentido de deshumanización.
- Evite asumir acerca de la clase de tratamiento necesario.
- Aclare que ayudará al cliente a derivar lo que perciva como necesario y útil del tiempo que pasen juntos.

El “TIP” 12, *Combining Substance Abuse Treatment With Intermediate Sanctions for Adults in the Criminal Justice System* (Combinando el Tratamiento de Abuso de Sustancias con Sanciones Intermedias para Adultos en el Sistema de Justicia Criminal) (“CSAT”, 1994e), ofrece sugerencias para comprometer a los clientes ofensores como participantes en pleno de su tratamiento y recuperación.

Un requisito imprescindible al trabajar con clientes obligados, es establecer qué información se compartirá con la agencia que lo refiere. Esto se tiene que formalizar tanto con los clientes, como con la agencia por medio de un consentimiento escrito para revelar información de acuerdo a las regulaciones federales de confidencialidad. Los clientes tienen que

UN DIÁLOGO DE APERTURA CON UN CLIENTE OBLIGADO

ser informados de esto y estar de acuerdo en qué información exactamente (por ej., asistencia, resultados de las pruebas de orina, participación del tratamiento) se revelará. Esté seguro de que entienden qué elecciones tienen en cuanto a qué información se va a divulgar y qué elecciones no son ni suyas ni de los clientes (por ej., información relacionada con abuso o negligencia infantil).

Es sabio tener en cuenta el papel del abogado defensor del cliente (de haber alguno) en revelar información. Finalmente, delinee claramente los diferentes niveles de autorización.

Otras publicaciones de la serie de “TIPs”, proporcionan más guías específicas en cuanto a los aspectos legales y éticos que afectan a los clientes reprimidos y cómo manejar los aspectos de confidencialidad. Véase el Capítulo 8 del “TIP” 17, *Planning for Alcohol and Other Drug Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System* (Planificando Tratamiento para el Abuso del Alcohol y Otras Drogas para Adultos en el Sistema de Justicia Criminal) (“CSAT”, 1995b); Capítulo 5 del “TIP” 11, *Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse and Infectious Diseases* (Instrumentos Simples de Cernimiento para Vencer el Abuso de Alcohol y Otras Drogas y las Enfermedades Infecciosas) (“CSAT”, 1994d); “TIP” 12, *Combining Substance Abuse Treatment With Intermediate Sanctions for Adults in the Criminal Justice System* (Combinando el Tratamiento de Abuso de Sustancias con Sanciones Intermedias para Adultos en el Sistema de Justicia Criminal) (“CSAT”, 1994e); y el “TIP” 30, *Continuity of Offender Treatment for Substance Use Disorders From Institution to Community* (Continuidad del Tratamiento para los Trastornos por Abuso de Sustancias de la Institución a la Comunidad) (“CSAT”, 1998b).

UN DIÁLOGO DE APERTURA CON UN CLIENTE OBLIGADO

Este diálogo ilustra la primera reunión entre un consejero y un cliente, a quien se le exige asistir a una terapia de grupo como una condición a su probatoria. El clínico está buscando formas de afirmar al cliente, de encontrar incentivos que le importen al cliente, de apoyar al cliente para lograr sus metas personales más importantes, y ayudarlo a recuperar el control, al escoger comprometerse con el tratamiento con una mente más abierta.

El ambiente es un programa de tratamiento externo que acepta tanto referidos privados y referidos con órdenes judiciales, como grupos de consejería nocturnos para usuarios de sustancias. El programa

UN DIÁLOGO DE APERTURA CON UN CLIENTE OBLIGADO

usa un acercamiento de comportamiento cognoscitivo, basado en el trabajo de los Drs. Albert Ellis y Maxie Maultsby. La herramienta de intervención principal es el adiestramiento de comportamiento racional. Esta es la primera sesión entre el consejero y el cliente bajo probatoria, referido por la corte.

Consejero.: Buenos días. Mi nombre es Jeff. Usted debe ser Paul

Cliente.: Aja

Consejero: Entre y siéntese donde se sienta cómodo. Recibí cierta información por parte de su oficial de probatoria, pero lo que realmente sería útil para mí es escuchar por parte de usted, Paul, un poco más de información sobre lo que está pasando con su vida, y cómo podríamos ayudarle.

Cliente: Lo más grande que está pasando con mi vida es esa sentencia de cuatro años sobre mis espaldas y todas esas estupideces que tengo que hacer para no ir a la cárcel.

Consejero: Bueno, una vez más, Paul, parece que está ocupado y que tiene un montón de presiones, pero me pregunto si hay algo que le ofrezca el programa que usted pueda usar.

Cliente: Lo que necesito de usted es que me quite a esa maldita oficial de probatoria de encima.

Consejero: No estoy seguro de que le entiendo, Paul.

Cliente: Lo que quiero decir es que, no paro de dar vueltas dando muestras de orina por todas partes y de cumplir con todas las condiciones de la probatoria, y ahora me entero de que la corte dice que para no ir a la cárcel, tengo que participar en este tratamiento contra las drogas.

Consejero: Todavía estoy un poco confundido. ¿Qué es lo que yo puedo hacer para

UN DIÁLOGO DE APERTURA CON UN CLIENTE OBLIGADO

ayudar?

Cliente: Le puede decir a mi oficial de probatoria que en primer lugar no necesito estar aquí y que se puede mantener al margen de mis asuntos.

Consejero: Puedo estar equivocado, Paul, pero según entiendo la situación, esa no es una opción para ninguno de los dos. Ciertamente quiero apoyarle de manera que no entre en conflicto con su oficial de probatoria. Para usted y para ella estar en una relación enojosa parece una verdadera receta para el desastre. Es más, tengo la impresión al escucharle que usted está comprometido no sólo con usted mismo, sino con su familia, y que lo último que usted quiere es terminar en la cárcel y afrontar una sentencia de 4 años.

Cliente: Eso lo entendió bien.

Consejero: Así que me parece que hasta ahora ha hecho algunas buenas elecciones.

Cliente: ¿Qué quiere decir?

Consejero: Bueno, pudo haberse olvidado de esta cita, pero no lo hizo. Hizo una serie de elecciones que me aclaran que usted está comprometido con su familia, consigo mismo, su negocio, y por todo eso con su libertad. Puedo respetar ese compromiso y me gustaría apoyarlo para que honre las elecciones que ya hizo.

Cliente: ¿Eso significa que no voy a tener que venir a estas clases?

Consejero: No, no tengo el poder para tomar esa clase de decisión. Sin embargo, juntos podemos averiguar cómo le puede beneficiar este curso.

Cliente: No me puedo imaginar qué provecho le puedo sacar a estar sentado con un montón de borrachos, hablando sobre los sentimientos y lloriqueando sobre todas las cosas malas que están pasando en nuestras vidas.

Consejero: No me da la impresión de que sea un llorón. De cualquier forma, este grupo no es de esos. Lo que realmente le

**UN DIÁLOGO DE APERTURA CON UN
CLIENTE OBLIGADO**

damos a las personas es una oportunidad para aprender nuevas destrezas y aplicarlas en su vida diaria, para hacer que sus vidas sean más placenteras y significativas. Lo que usted me ha enseñado hoy es que puede usar algunas de esas destrezas para apoyar aún más las elecciones sabias que ya tomó.

Cliente: Mano, eso es un montón de verborrea de psicólogo. Ya le dije, todo lo que necesito es quitarme a esa oficial de probatoria de encima y vivir mi vida como yo quiero.

Consejero: Completar este programa va a ayudarlo a lograrlo. Creo por lo que ya me ha demostrado que usted va a hacer un buen trabajo en el grupo. Creo que puede aprender algo que pueda usar en su vida diaria y quizás enseñarle algo a otras personas en el grupo también. Estoy disponible de verdad para trabajar con usted a ayudarlo a cumplir su meta, en términos de cumplir con los requisitos de la probatoria. Mi sugerencia es que vaya a un grupo a la vez a ver cómo le va. Todo lo que le voy a pedir, en cierto sentido, ya me lo ha demostrado, y es su disponibilidad

**UN DIÁLOGO DE APERTURA CON UN
CLIENTE OBLIGADO**

a mantener su mente abierta y mantener claramente sus metas por cumplir. Veo que está comprometido con su familia, consigo mismo, y con su libertad. Quiero apoyar esas tres metas.

Cliente: Bueno, creo que puedo hacer este asunto de grupos por ahora. Todavía no estoy muy seguro de lo que voy a sacar por sentarme con un montón de tipos, y hacerse cuentos, pero estoy dispuesto a intentarlo.

Consejero: Eso suena razonable y, una vez más, otra buena elección según lo veo, Paul. Déjeme darle un folleto que le hablará un poco más del Adiestramiento de Comportamiento Racional, y le veo mañana a las 6:30 de la tarde en esta oficina para nuestro primer grupo. Ha sido un placer conocerle. Me gustaría conocerle un poco mejor

Cliente: Le veo mañana por la tarde, Usted sabe, esto no fue tan malo como esperaba

Jeffrey M. Georgi, Miembro del Panel de Consenso

5 Desde la Contemplación hasta la Preparación: Aumento del Compromiso

La contemplación a menudo es una etapa de cambio paradójica...[y] la ambivalencia puede hacer de la contemplación una condición crónica [y extremadamente frustrante]... Claramente, el interés [en el cambio] no es un compromiso... La ambivalencia es el archienemigo del compromiso y una razón principal para la contemplación crónica. Ayudar al cliente a trabajar a través de la ambivalencia, a anticipar las barreras, a disminuir la deseabilidad del comportamiento problemático, y ganar cierto sentido de autoeficacia para manejar su problema específico, son todas las estrategias adecuadas para esta etapa.

DiClemente, 1991

Este capítulo describe estrategias para aumentar el compromiso del cliente para cambiar, aumentando sus capacidades para tomar decisiones. Algo central para la mayoría de las estrategias, es el proceso de extraer y explorar por medio de las destrezas de preguntar abiertamente y escuchar atentamente, como se describe en los capítulos anteriores. El capítulo comienza con una discusión acerca de la motivación extrínseca (externa) e intrínseca (interna), describiendo formas para ayudar a los clientes a conectar con sus motivadores internos, aumentando la toma de decisiones y con eso el compromiso. La segunda sección se concentra en las estrategias de balance decisional: formas efectivas para explorar los beneficios y costos del cambio y los valores de los clientes acerca de los cambios que podrían hacer. La tercera sección destaca la importancia de la elección personal y la responsabilidad mientras los clientes se acercan a decidir el cambio.

Explorar y definir metas también puede ser efectivo para el fortalecimiento del compromiso, principalmente por que el proceso de vislumbrar en lo que se podría convertir la vida de uno después de que el cambio se ha logrado, podría balancear fuertemente la balanza hacia el cambio positivo.

Finalmente, el papel importante de la autoeficacia en la definición de las metas del cliente se reenfatisa. A pesar de que estas estrategias se introduzcan aquí en una forma lineal, con cada uno de los procesos de exploración revelándose desde el final, en discusiones con los clientes, estos procesos pueden ocurrir simultáneamente, o en un orden diferente del que se usan aquí. Por ejemplo, los clientes podrían empezar a fijar metas o formular un plan específico de cambio (véase el Capítulo 6) mientras continúan explorando su ambivalencia (véase la Figura 5-1).

Cambiando la Motivación Extrínseca a la Intrínseca

Para ayudar a sus clientes a prepararse para el cambio, intente comprender la gama de motivadores tanto extrínsecos como intrínsecos que hayan traído consigo hasta este momento. Muchos clientes pasan a través de la etapa de contemplación reconociendo sólo los motivadores extrínsecos que los empujan a cambiar: los que los trajeron al tratamiento. Como se discutió en el Capítulo 4, muchos motivadores externos diferentes pueden persuadir o reprimir a los clientes hacia el tratamiento, incluyendo un cónyuge,

un patrono, un médico o la familia y las cortes criminales. A pesar de que los motivadores extrínsecos pueden ser útiles para traer un cliente a tratamiento y aumentar la retención, la auto-motivación o la motivación intrínseca, es importante para el cambio permanente y constante.

La motivación intrínseca a menudo comienza en el punto en que los clientes reconocen las discrepancias entre “dónde están” y “dónde quieren estar”. Una exploración intensiva de las metas de vida y los valores asentados profundamente, puede ser una forma de fortalecer la motivación interna. Algunos clientes, según maduran, descartan la rebeldía o la aparente indiferencia de la adolescencia, para explorar preocupaciones mucho más existenciales como *¿Hacia dónde voy?* y *¿Quién soy?* En búsqueda de respuestas, los clientes a menudo reevalúan sus errores del pasado y las actividades que fueron auto-destructivas o dañinas para los demás. Usted puede estimular este examen de conciencia al escuchar atentamente. Luego, por medio de las estrategias motivacionales, usted puede promover el reconocimiento por parte del cliente de las discrepancias entre la situación actual y las esperanzas del futuro. Como se describe en los capítulos anteriores, esta conciencia de las disparidades, a menudo crea un fuerte deseo de mejorar. Esta es una fuente esencial de automotivación para el cambio positivo.

Algunas veces, la motivación intrínseca emerge de los conflictos de roles y de las expectativas de la familia o de la comunidad. Por ejemplo, una madre que ha perdido la custodia de sus hijos debido al uso de sustancias, podría tener una motivación fuerte para cumplir su papel de buena madre. El uso crónico de sustancias de otros clientes, pone a prueba los vínculos culturales o comunitarios; dejan de ir a la iglesia o descuidan sus papeles culturales sólidos, como ayudar a los demás o servir como buenos ejemplos para los jóvenes.

Un anhelo por reconectarse con las tradiciones culturales como una fuente de identidad y fortaleza, puede ser un motivador poderoso para algunos clientes, lo mismo que podría ser querer recuperar el respeto de los demás. El cambio positivo también lleva a una imagen y autoestima mejoradas.

Ayudar a los clientes a cambiar de motivación extrínseca a intrínseca, es una parte importante de ayudarles a pasar de contemplar el cambio a decidirse a actuar. Comience con la situación actual del cliente y encuentre un vínculo natural entre los motivadores externos existentes y los motivadores intrínsecos de los que el cliente puede que no esté consciente o no encuentre fácil articular. Por medio de la exploración sensitiva y respetuosa, la motivación intrínseca sin destapar, se puede descubrir aún en los clientes que parecen poco dispuestos a auto-motivarse.

FIGURA 5-1 CLAVES PARA PASAR LOS CLIENTES DE LA CONTEMPLACIÓN A LA PREPARACIÓN

- No presione a los clientes a tomar decisiones.
- Enfátice el control del cliente: “Usted es el mejor juez para determinar qué es lo que más le conviene.”
- Reconozca y normalice la ambivalencia.
- Examine las opciones en lugar de un sólo curso de acción.
- Describa lo que han hecho otros clientes en una situación similar.
- Presente información de una forma neutra, impersonal.
- Recuerde que la inhabilidad para tomar una decisión de cambio no es una consulta fallida.
- Asegúrese de que sus clientes entiendan que las resoluciones de cambio a veces se desmoronan; los clientes no deben evitar un contacto futuro con usted si las cosas no les salen bien.
- Espere fluctuaciones en el compromiso de cambio de su cliente: examine el compromiso regularmente y exprese empatía en cuanto a las situaciones difíciles del cliente.

Fuente: Rollnick et al., 1992a.

VINCULANDO LA FAMILIA, LA COMUNIDAD Y LOS VALORES CULTURALES PARA UN DESEO DE CAMBIO

Al trabajar con un grupo de hombres hispanos en el sureste de EEUU, con la orden de asistir a tratamiento como parte de su condición de probatoria y quienes habían pasado la mayor parte de sus vidas en prisiones, encontramos que cuando los hombres iban entrando en años, parecían irse cansando de la vida criminal. En consejería, algunos expresaron preocupación de perder contacto con sus familias y cultura, y muchos verbalizaron su deseo de servir como ejemplos de comportamiento para sus hijos o sobrinos. Todos querían recuperar su sentido de orgullo u autoestima en la comunidad pequeña, donde la mayoría de sus familias, han vivido durante generaciones. Acabados de adiestrar en la entrevista motivacional, reconocimos, una gran reserva de auto-motivación sin destapar, en una población que hacía tiempo habíamos llegado a la conclusión de que no quería ayuda. Tuvimos que cambiar nuestras percepciones anteriores en cuanto a esta población, de una que no quería tratamiento a ver estos hombres como solicitando ayuda y apoyo para mantenerse fuera del sistema carcelario y en la comunidad.

Carole Otero, Miembro del Panel de Consenso

Además de las prácticas estándar para la entrevista motivacional, hay otra serie de estrategias útiles para identificar y fortalecer la motivación intrínseca. En primer lugar, demuestre curiosidad por los clientes. Demuestre interés y mantenga esta atención con el tiempo. Puesto que el deseo de los clientes para cambiar rara vez se limita al uso de sustancias, puede que encuentren más fácil hablar de cambiar otros comportamientos. La mayoría de los clientes tienen preocupaciones sobre varias áreas de funcionamiento en sus vidas y desearían reconectarse con la comunidad, mejorar sus finanzas, encontrar trabajo, enamorarse. Muchos son altamente funcionales y productivos en algunos aspectos de sus vidas y se sienten muy orgullosos de sus destrezas especiales, conocimientos u otras aptitudes que no quieren poner en juego. No espere a que los clientes le hablen espontáneamente sobre sus problemas o capacidades. Demuestre interés y pregunte cómo el uso de sustancias afecta estos aspectos de sus vidas. Hasta a los clientes que no reconozcan ninguno de sus problemas, pregúnteles sobre sus vidas para demostrarles preocupación y por tanto fortalecer la alianza terapéutica.

Otra estrategia útil es reenmarcar los planteamientos negativos del cliente acerca de la coerción percibida, re-expresando su resentimiento con una connotación positiva. Un ejemplo clásico, es reinterpretar una hostilidad de un cliente hacia una esposa amenazante como una manifestación de su interés continuo e inversión a favor del matrimonio, lo cual está empujándolo a resolver y cambiar el comportamiento problemático y salvar su relación.

Los clientes que fueron reacios abiertamente a entrar a tratamiento, representan un reto especial. Con estos clientes, identifique y fortalezca la motivación intrínseca para que el cambio pueda venir de adentro,

en lugar de las amenazas externas. Las amenazas externas no sólo provocan resistencia, sino que cualquier cambio que se logre podría colapsar si las contingencias amenazantes no tienen lugar: por ejemplo, la amenaza de divorcio o de separación de la esposa no se lleva a cabo cuando el esposo vuelve a beber, o el oficial de probatoria no revoca la libertad del cliente cuando el ofensor liberado no sigue el tratamiento. Estos clientes tienen que escoger el cambio positivo por su propia voluntad puesto que el cambio tiene sentido y es deseado, no porque podría imponerle un castigo si se detecta una violación.

Inclinando el Balance Decisional

Al tomar cualquier decisión, la mayoría de la gente sopesa los costos y beneficios de la acción que se contempla. En el cambio de comportamiento, estas consideraciones se conocen como *balance decisional*, un proceso de valoración o evaluación cognositiva de los aspectos “buenos” del uso de sustancias: las razones para *no* cambiar; y los aspectos menos buenos: las razones *para* cambiar. La investigación sobre el auto-cambio ha demostrado que mucha de la gente que ha modificado sus comportamientos adictivos, ve esta evaluación como una resolución importante de sus problemas por uso de sustancias (Sobell et al., 1996b).

En algún momento del proceso de toma de decisiones, el balance decisional se redistribuye, y se toma una decisión. El objetivo de pasar un cliente hacia el cambio positivo, por supuesto, es ayudar a que la persona reconozca y sopesa los aspectos negativos del uso de sustancias, para que la balanza se incline hacia el comportamiento beneficioso. Al

examinar formas en que la gente hace los cambios principales en su vida, Baumeister describió el proceso interno que parece tener lugar cuando el balance decisional se inclina hacia el cambio, como una “crsitalización del descontento” (Baumeister, 1994). Señala que esto implica una vinculación consciente, a lo mejor por primera vez, de la percepción de los costos, problemas y otros aspectos indeseados de una situación. Esta vinculación consciente de los aspectos negativos, cambia la percepción de la persona en cuanto a una situación “de forma que un patrón amplio de insatisfacción y deficiencia se discierne”. Véase el capítulo 8 para herramientas que puede usar en los ejercicios de balance decisional.

¿Cómo inclina la balanza del lado del cambio positivo y lejos del *status quo* o del cambio negativo? Sobell y sus colegas identificaron cuatro objetivos generales al usar ejercicios para inclinar la balanza decisional con los clientes (Sobell et al., 1996b). La intención de estos ejercicios, los cuales sopesan el uso de sustancias y el cambio por separado, es:

- Acentuar, o de una forma sutil hacer prominente, desde la perspectiva del cliente, los costos del uso de sustancias del cliente.
- Disminuir, cuando sea posible, las recompensas percibidas del uso de sustancias.
- Hacer aparentes los beneficios del cambio.
- Identificar y atenuar, de ser posible, los obstáculos potenciales para el cambio.

Resumir las Preocupaciones

Si usted ha logrado sacar de forma exitosa sus preocupaciones al cliente, proporcionándole retroalimentación personalizada después de un avalúo (véase el Capítulo 4), o al explorar las motivaciones intrínsecas o extrínsecas, usted ha recopilado información importante para influenciar el balance decisional de su cliente. Usted tiene un conocimiento de trabajo, y quizás inclusive una lista escrita, de los aspectos y áreas hacia las que el cliente tiene sentimientos negativos y que son motivadores intrínsecos importantes. Un primer paso para ayudar al cliente a sopesar las ventajas y desventajas, es organizar la lista de preocupaciones y presentárselas al cliente en un resumen cuidadoso que exprese empatía, desarrolle la discrepancia, e incline la balanza hacia el cambio. Ya que es importante llegar a un acuerdo sobre estos aspectos, el resumen debe terminar preguntando si el cliente está de acuerdo en que éstas son sus preocupaciones.

Explore las Ventajas y Desventajas Específicas

Sopesar los beneficios y los costos del uso de sustancias y del cambio, es el núcleo del trabajo de balance decisional. Algunos clínicos encuentran útil pedir al cliente que escriban una lista de dos columnas. Esto se puede hacer como una asignación y discutir durante la sesión, si la lista puede generarse durante una sesión. Algunos programas usan un hoja de trabajo para detallar las ventajas y desventajas preimpresas sobre dos copias, con una de papel de carbón de manera que los clientes se puedan llevar una copia a sus casas y dejar otra con el clínico para usarla después o para revisarla en sesiones futuras. Una lista escrita ayuda a algunos clientes a cuantificar los factores que van a formar parte de la decisión. Ver una lista larga de razones para cambiar y una no tan larga para continuar igual, podría finalmente ser lo que inclinara la balanza. Por otro lado, una lista larga de razones para no cambiar y una lista corta de razones para cambiar, podría indicar cuánto queda por hacer todavía y puede evitar tomar decisiones prematuras. La cantidad no es lo único determinante. Muchos clientes encuentran que una o dos razones para no cambiar balancean el peso de una docena de razones para cambiar, creando una ambivalencia poderosa. El conocimiento sobre la verdadera fuerza de cada fuerza opositora, es importante, recuerde, también que las razones a favor y en contra del uso continuo de sustancias – o los aspectos negativos y positivos del cambio – son altamente individuales y emocionales, en lugar de racionales. Los factores que inclinan la balanza hacia el cambio positivo para una persona, podrían no ser nada importantes para otra. Es más, el valor y el peso que se le da a un aspecto en particular en el inventario de ventajas y desventajas, posiblemente cambie con el tiempo.

Independiente de si se usa o no una hoja de trabajo, escuche siempre con atención mientras los clientes expresan ambivalencia y resaltan sus razones para oponerse al cambio o pensar que el cambio es imposible. Estimular a los clientes a aclarar abiertamente y señalar su atracción hacia las sustancias, puede ser provechoso, pues éstos rara vez tienen una oportunidad en los programas de tratamiento para examinar que les gusta o se disfrutan del uso de sustancias. Además pedir a los clientes que expresen lo que les gusta del uso de sustancias (por ej., qué es disfrutable, sociable, excitante) establece afinidad y reafirma al cliente su perspectiva sin juicio. Comenzar con los aspectos positivos del uso de sustancias parece llevar a los clientes a discutir espontáneamente lo que es *menos bueno* acerca del uso de sustancias (Saunders et al., 1991).

La información acerca de por qué es atractivo el uso de sustancias, es útil para juzgar el grado de compromiso del cliente y el sentido de autoeficacia. Por ejemplo, algunos clientes pueden disfrutar poco del uso de sustancias, y su ambivalencia surge de una creencia fuerte de que no pueden cambiar. El trabajo con uno de esos clientes, será diferente al de con un cliente que describe su uso de sustancias en términos sumamente atractivos y ve pocas razones para cambiar.

Otra razón por la que algunos clientes se aferran al uso excesivo de sustancias, es la dependencia farmacológica. Algunas sustancias, incluyendo los niveles altos de alcohol y barbitúricos, han repercutido en los efectos de retirada que pueden no sólo ser desagradables, sino peligrosos también. La tolerancia – necesitar más de la misma sustancia para lograr el mismo efecto – también explica por qué algunos usuarios de pastillas para dormir o tranquilizantes, por ejemplo, aumentan las dosis por encima del nivel recetado. Los hábitos desarrollados en lo que se refiere al consumo de drogas o de bebida, son otra fuente poderosa de apego a una sustancia y son difíciles de romper. La sensación de una copa en la mano mientras se socializa en una fiesta, se asocia con la relajación y la jovialidad. Los fumadores puede que no sepan qué hacer con sus manos o querrán tener algún objeto en sus bocas, mientras tratan de dejar de fumar.

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. Como se ha señalado anteriormente, 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.

Hacer un ejercicio de balance decisional, tiene otra función constructiva. Los clientes se obligan a tomar ambos lados del argumento y articular los bandos que compiten en su ambivalencia. Sin embargo, esto puede ser un proceso complejo que exija persistencia y re-análisis de cada uno de los factores varias veces, mientras los clientes vacilan entre la determinación y la ambivalencia.

Normalizar la Ambivalencia

Los clientes que participan en ejercicios de balance decisional, a menudo se sienten acercándose a tomar una decisión – más cerca de cambiar comportamientos arraigados que nunca y, por lo tanto, más cerca del conflicto interno y de la duda en

cuanto a si pueden o quieren cambiar. Una estrategia importante en este momento, es tranquilizar a su cliente con que los sentimientos conflictivos, inseguridades y las reservas, son comunes. Esencialmente, usted normaliza la ambivalencia del cliente al explicarle que algunos de sus clientes pasados, experimentaron una ambivalencia fuerte en esta etapa, aún cuando habían resuelto la mayoría de sus sentimientos ambiguos y estaban cerca de tomar una decisión. Los clientes necesitan que les dé seguridad en cuanto a la cantidad de otras personas que han llegado a este punto y que parecían estar perdidos de pronto, pero que fueron capaces de recuperar su dirección al continuar el trabajo de exploración y discusión.

Reintroducir la Retroalimentación

Según se discute en el capítulo 4, la retroalimentación personalizada después del avalúo, puede ser muy útil para motivar a los clientes. Usted puede continuar usando los resultados del avalúo para influenciar las consideraciones decisionales del cliente. La retroalimentación médica, social y neuropsicológica objetiva que viene del avalúo, impulsa a muchos clientes a contemplar el cambio. Repasar la información del avalúo, puede ayudar a los clientes a concentrarse en la necesidad del cambio. Se ha señalado que los clientes se incomodan cuando el clínico parece más interesado en el cambio que en ellos mismos (DiClemente y Scott, 1997). Al reintroducir los datos de avalúo objetivos, le recuerda a los clientes sus discernimientos iniciales en cuanto a la necesidad del cambio.

Por ejemplo, un cliente puede ser motivado intrínsecamente para parar el consumo de bebida excesivo por preocupaciones de salud, aún así está abrumado por el miedo de que el cambio le resulte imposible. Reintroducir la retroalimentación del avalúo médico en cuanto al riesgo de un daño severo al hígado, o un historial familiar de enfermedades del corazón, podría añadir un peso adicional significativo para el balance decisional.

Examinar el Entendimiento del Cambio por Parte del Cliente y las Expectativas del Tratamiento

Al trabajar hacia la toma de decisiones, es importante entender qué significa el cambio para los clientes y cuáles son las expectativas del tratamiento. Algunos clientes creen que renunciar o reducir el consumo, significa cambiar todas sus vidas: mudarse de su vecindario o romper vínculos con todos sus amigos, inclusive sus familias. Algunos creen que tienen que cambiar de la noche a la mañana: un prospecto abrumador. Basándose en las experiencias de sus

amigos con el tratamiento, algunos pueden pensar que el tratamiento implica permanecer varias semanas en un programa internado o hasta estadías más largas en una facilidad residencial de tratamiento o que el líder de un grupo de terapia, usará métodos confrontativos en un intento por “hacerles perder la resistencia”, como en un campo de entrenamiento de reclutas. Otros clientes han estado en infinidad de programas de tratamiento y han intentado muchas veces cambiar sin éxito. Para estos clientes, la simple idea de tratamiento – de hacer otro intento por cambiar – tiene connotaciones de fracaso.

Al explorar estos significados y expectativas con el cliente, usted sentirá qué acciones podrían ser negociables y cuáles no. Por ejemplo, una cliente podría señalar que nunca se podría mudar de su vecindario, un mercado de drogas bien conocido, pues su familia está ahí. Otro dice que no considerará otra cosa que no sea reducir su consumo de bebida. Un tercer cliente podría señalar con la misma firmeza, que la abstinencia total y una estadía en una comunidad terapéutica, son las únicas opciones posibles, pues todas las demás han fallado.

La exploración de las expectativas del tratamiento, proporciona una oportunidad para introducir información acerca del tratamiento y empezar una discusión preliminar con los clientes sobre las distintas opciones disponibles. Cuando las expectativas de los clientes acerca del tratamiento, corresponden a lo que en realidad sucede en el tratamiento, tienen mejores resultados (Brown y Miller, 1993). Por tanto, nunca es demasiado pronto para extraer las expectativas de los clientes y empezar a educarlos acerca del tratamiento.

Re-explore los Valores en Relación con el Cambio

Los ejercicios de balance decisional, ofrecen otra oportunidad para ayudar a los clientes a explorar y articular sus valores y establecer una conexión entre estos valores y el cambio positivo. Los valores de su cliente se reflejarán en sus razones para cambiar, así como en las razones dadas para no hacerlo. Por ejemplo, un adolescente que participe en el trasiego de drogas en una ganga de su vecindario, podría dejarle saber que dejar la ganga no es negociable debido a la lealtad hacia sus miembros. La lealtad y el sentido de pertenencia, son valores importantes para él, y usted puede relacionarlos con los de otros grupos que inspiran una fidelidad, como en los deportes o cuerpos militares: organizaciones que crean un sentido de pertenencia y reflejan sus valores centrales. Una mujer joven que viene con un historial familiar de arduo trabajo y logros académicos, podría

querer recuperar esos valores al terminar la escuela superior y volverse independiente económicamente.

Oirse a sí mismos articular sus valores principales, ayuda a los clientes a aumentar su compromiso con el cambio positivo. Si pueden enmarcar el proceso del cambio dentro de un contexto más abarcador de valores compartidos con la familia, comunidad y la cultura, los clientes encontrarán más fácil contemplar el cambio.

Otros Aspectos en el Balance Decisional

Pérdida y pena

Puesto que renunciar a un estilo de vida puede ser tan intenso como renunciar a la pérdida de un amigo cercano, muchos clientes necesitan tiempo para lamentarse. Tienen que reconocer y afligirse ante esta pérdida, antes de que estén listos a pasar a construir un fuerte vínculo con la sobriedad. Presionarlos demasiado rápido hacia el cambio, puede provocar que debiliten su determinación. La paciencia y la empatía se refuerzan en este momento. Usted puede ayudar a los clientes a creer que sus pérdidas serán reemplazadas por ganancias.

Reservas o resistencia

Como se ha discutido anteriormente, las reservas serias en cuanto al cambio, a menudo llamadas resistencia (pero principalmente confundidas con la negación), pueden ser una señal en la entrevista motivacional de que usted y su cliente tienen perspectivas diferentes. Mientras los clientes pasan a la etapa de preparación, se ponen a la defensiva si se les presiona a comprometerse con el cambio, antes de que estén listos o si sus metas confligen con las suyas. Podrían expresar esta resistencia con comportamientos en lugar de con palabras. Por ejemplo, algunos faltarán a citas, enviándole el mensaje de que necesitan ir más despacio o disminuir el ritmo del proceso. Continúe explorando la ambivalencia con estos clientes, o re-evalúe dónde se encuentran en el proceso de cambio.

Toma de decisiones prematura

Los ejercicios de balance decisional también le dan una idea de si sus clientes están listos para el cambio o no. Si la articulación de los clientes de las ventajas y desventajas no es clara, podrían expresar metas de cambio en esta etapa que no son realistas o reflejan un entendimiento pobre de sus habilidades y recursos. Usted podría sentir que los clientes le están dejando saber lo que creen que usted quiere oír, de una forma u otra, los clientes que no están listos para tomar una decisión de cambio, se la dejarán saber. Permitir a los clientes que ellos mismo se proporcionen el fracaso, podría dar como resultado el

abandono del proceso del cambio por completo o perder la confianza en su criterio y cuidado. Retrase el proceso de compromiso y vuelva con ellos a la etapa de contemplación.

Manteniendo el ritmo

Algunos clientes entran a tratamiento después de haber dejado de usar sustancias por su cuenta. Otros dejan de usar sustancias el día en que llaman a la clínica para su primera cita. Ellos ya se han comprometido con dejar el consumo. Si trata de extraer las preocupaciones de estos clientes o llevar a cabo ejercicios de balance decisional, podría fallar en proporcionarles el estímulo, los incentivos, y las destrezas necesarias para ayudar al individuo orientado y preparado para hacer un progreso. Esos clientes se pueden impacientar o frustrar al tener que expresar las ventajas y desventajas y/o describir las preocupaciones que lo llevaron a tomar esa decisión. Pase a crear un plan de acción con los clientes inmediatamente y entre a la etapa de acción, pero, esté pendiente a la ambivalencia que podría quedar aún o que pueda surgir.

Libre elección

Mucha gente empieza a usar drogas o a consumir alcohol debido a su rebeldía hacia su familia o sociedad, usualmente en la adolescencia. El uso continuo de sustancias, podría ser la expresión de la continuidad de su libertad: libertad de las exigencias de los demás para que vivan o actúen de cierta forma. (Los patrocinadores de tabaco a menudo proponen fumar como la dimensión de una expresión de autonomía e independencia.) Por tanto, usted puede que oiga clientes decir que no pueden cambiar pues no quieren perder su libertad. Debido al hecho de que esta creencia está arraigada en las identidades forjadas a temprana edad, puede ser un factor fuerte en su lista de razones para no cambiar. Sin embargo, según van cumpliendo años, los clientes podrían estar más dispuestos a explorar si la libertad para rebelarse es en realidad libertad, o lo contrario. Si usted tiene armonía hacia este aspecto, puede explicar que la rebelión adolescente podría reflejar una limitación de elecciones: la persona tiene que hacer lo contrario de lo que se espera. Mientras los clientes se hacen

mayores, podrían abrirse a tomar una decisión que realmente expresa libertad verdadera: la libertad no de ser rebeldes, sino de hacer lo que realmente escogen.

Enfatizando la Elección Personal y la Responsabilidad

En un acercamiento motivacional a la consejería, no es su tarea *dar* al cliente una elección: la elección no le toca darla a usted, sino que el cliente la haga. Usted no le *permite* a un cliente escoger pues la elección ahora y siempre, le pertenece al cliente. El *cliente* escoge. Su tarea es ayudar a los clientes a hacer elecciones que sean más beneficiosas. Un mensaje consistente a lo largo del acercamiento motivacional, es la responsabilidad del cliente y la libertad de elegir. En esta etapa del proceso de cambio, el cliente se tiene que acostumbrar a oír planteamientos como los que siguen:

- “Depende de usted lo que vaya a pasar con esto.”
- “Nadie más puede decidir esto por usted.”
- “Nadie puede cambiar su consumo de drogas por usted. Sólo usted puede.”
- “Usted puede decidir si continúa bebiendo o si cambia.”

Explorando y Fijando Metas

Una vez que el cliente ha decidido hacer un cambio positivo y que el compromiso esté claro, las metas se pueden fijar. Fijas metas es parte de explorar y vislumbrar actividades características de la etapa de preparación temprana e intermedia. Al haber resumido y repasado las consideraciones decisionales del cliente, usted ahora está preparado para preguntar en qué formas su cliente quiere tratar algunas de las razones para el cambio que aparecen listadas en el lado positivo de la hoja de balance (refiérase a las Figuras 5-2 y 5-3). A pesar de que fijar metas es un proceso interactivo, es la responsabilidad del cliente. El proceso de hablar acerca de las metas y definir las, fortalece el compromiso hacia el cambio.

FIGURA 5-2 RECAPITULACIÓN

Al final de los ejercicios de balance decisional, usted podría pensar que el cliente está listo para comprometerse con el cambio. En este momento, es importante resumir una vez más la situación actual del cliente según lo reflejan sus interacciones hasta este momento. El propósito de este resumen es agrupar tantas razones como se pueda para el cambio, mientras que se reconoce simultáneamente la renuencia o ambivalencia del cliente. Su recapitulación debería incluir tantos de los elementos que aparecen a continuación como sea posible:

- Un resumen de las percepciones del cliente acerca de su problema, según lo reflejó en los planteamientos auto-motivacionales.
- Un resumen de la ambivalencia del cliente, incluyendo lo que sea positivo o atractivo acerca del comportamiento problemático.
- Una revisión de cualquier evidencia objetiva que usted tenga en cuanto a la presencia de los riesgos y problemas.
- Volver a plantear cualquier indicio que el cliente le haya proporcionado en lo que se refiere a deseos, intenciones o planificación para cambiar.
- Su propio avalúo de la situación del cliente, particularmente en los puntos donde converge con las preocupaciones del cliente.

Los clientes podrían fijar metas en distintas áreas de su vida, cambiando no sólo los patrones de uso de sustancias. Los que se fijan varias metas, podrían necesitar ayuda con anterioridad. Sus metas deben ser tan realistas y específicas como sea posible y deben tratar las preocupaciones que hayan planteado anteriormente sobre su consumo de sustancias. Recuperar la custodia de niños, regresar a la fuerza laboral, volverse independiente financieramente, dejar una relación abusiva, y regresar a la escuela, son metas que los clientes podrían querer alcanzar. Cuanto más esperanzados se sientan los clientes en cuanto al éxito futuro en sus vidas, será más probable que sigan las metas del tratamiento. Las metas iniciales deben ser a corto plazo, medibles y realistas, de manera que los clientes puedan empezar a medir el éxito y a sentirse bien consigo mismos, así como esperanzados acerca del cambio.

Si su cliente fija metas que le parecen inalcanzables, discuta sus preocupaciones, esto es una parte importante del proceso interactivo al fijar metas. Ser testigo de cómo sus clientes fijan las metas y las clases de metas que especifican, le proporciona información útil sobre su sentido de autoeficacia, nivel de compromiso, y preparación para cambiar.

Su cliente podría escoger un curso de acción con el que usted no esté de acuerdo o que no forme parte de la política de la agencia. Una decisión

para reducir el uso, por ejemplo, podría conllevar con su creencia de una abstinencia inmediata o la política de la agencia en cuanto a cero tolerancia para el uso de sustancias ilícitas. La Figura 5-4 trata esto más detalladamente.

Muestra de Metas y Experimentación

Antes de comprometerse con un cambio a largo plazo, algunos clientes se podrían beneficiar de experimentar con la abstinencia o reducción de su uso durante un período corto de tiempo. El éxito – o el fracaso – puede aumentar grandemente el compromiso hacia una meta de abstinencia y el cambio a largo plazo. Presentar el período de prueba como un reto personal, puede ser particularmente efectivo. Un período experimental de 3 meses es recomendable, basándonos en los hallazgos de que 3 meses de abstinencia predicen una remisión de la dependencia de alcohol a largo plazo. Algunos clientes encuentran esto demasiado largo, y se puede negociar un período de prueba más corto. La lista que aparece a continuación resume las ventajas de una prueba de abstinencia (Miller y page, 1991):

- El cliente recibe una oportunidad para aprender cómo se siente estar libre de consumo y sobrio.
- Los patrones actuales, habituales, de consumo se interrumpen y la tolerancia se reduce.

- Usted y su cliente se ayudan a descubrir el grado, si alguno, de la dependencia psicológica.
- El cliente puede demostrar y experimentar un período de auto-control exitoso.
- Se proporciona un período de recuperación de impedimento agudo cognoscitivo.
- Se demuestra a otros (por ej., cónyuge, corte) que el cliente está sinceramente interesado en cambiar y que es capaz de tomar el primer paso.
- Se otorga tiempo adicional para la recuperación y la estabilización de salud, ánimo, patrones de dormir, y así sucesivamente.
- Usted y su cliente se ayudan a indagar situaciones en las que el cliente necesite destrezas de manejo adicionales para vencer la dependencia psicológica a las sustancias.
- La utilidad de un período experimental de abstinencia por un mes para los fumadores de marihuana adultos, se ha puesto a prueba (Stephens et al., 1994). A los participantes se les asignó una intervención de tres sesiones que consistía de avalúo, retroalimentación personalizada de los resultados de avalúo, y una breve intervención de consejería. Al final de la segunda sesión, el consejero anunciaba que la tercera sesión sería en un mes y preguntando a los clientes si les gustaría tratar algunos cambios durante ese período, de manera que pudiesen discutir los resultados en la próxima reunión. Un mes de abstinencia se proponía como algo

FIGURA 5-3 PREGUNTAS CLAVES

La recapitulación que se delinea en la Figura 5-2, es un paso final antes de la transición al compromiso y lleva directamente a las preguntas estratégicas y abiertas que impulsan a que el cliente considere y articule el próximo paso. La siguiente es una lista de posibles preguntas claves:

- ¿Qué cree usted que vaya a hacer?
- ¿Qué significa esto en cuanto a su consumo de bebida?
- Tienen que ser incómodo para usted ver todo esto. ¿Cuál es el próximo paso?
- ¿Qué es lo que usted cree que tiene que cambiar?
- ¿Qué podría hacer usted? ¿Cuáles son sus opciones?
- Suena como que las cosas no se pueden quedar como están ahora ¿Qué es lo que va a hacer usted?
- De las cosas que he mencionado, ¿cuáles son las razones más importantes para un cambio?
- ¿Cómo lo va a hacer?
- ¿Hacia dónde seguimos ahora?
- ¿Cómo le gustaría que sucedieran ahora las cosas para usted, idealmente?
- ¿Qué es lo que le preocupa de cambiar su uso de drogas?
- ¿Cuáles serían algunas de las cosas buenas de hacer un cambio?

Fuente: Miller y Rollnick, 1991.

“llevable a cabo”: lo suficientemente largo como para poner a prueba cambios, pero no lo suficiente como para que parezca demasiado compromiso. En lo que se refiere al uso de marihuana, el estudio encontró que los clientes con tres sesiones tenían los mismos resultados de los seguimientos post-tratamiento periódicos que

un grupo que recibió 18 sesiones de tratamiento durante el mismo período.

Además de la experimentación de la abstinencia, se han descrito otros dos acercamientos de “romper no tan en seco” (Miller y Page, 1991).

Disminución paulatina

Este acercamiento de “romper no tan en seco” se ha usado ampliamente con fumadores de cigarrillos para reducir su nivel de dependencia antes de dejarlo del todo. Este acercamiento consiste de fijar límites diarios y semanales para reducir progresivamente el uso de sustancias, mientras se trabaja para lograr una meta de abstinencia a largo plazo. El cliente mantiene récords diarios de consumo y programa sesiones con el clínico según sea necesario.

Prueba de moderación

La prueba de moderación puede ser la única meta aceptable para algunos clientes que son renuentes a la abstinencia. Es importante que se evite enviar el mensaje: “Vaya y trate, y cuando haya fallado, vuelva.” Un acercamiento más amistoso y motivacional es: “Si eso es lo que usted quiere, vamos a intentarlo de la mejor manera posible y veremos si funciona.” Sin embargo, busque el acuerdo del cliente que, si el experimento de la moderación le falla después de un esfuerzo razonable, se considerará la abstinencia. Un seguimiento a largo plazo del 99 por ciento de los bebedores problemáticos que habían tratado sistemáticamente de moderar el consumo de bebida, demostró que muchos de ellos decidieron finalmente abstenerse en lugar de mantener una moderación estable y libre de problemas. En el seguimiento, más de la mitad de los que se abstuvieron completamente, atribuyeron su éxito a la prueba de moderación para su necesidad de abstenerse (Miller et al., 1992).

A pesar de que la abstinencia inmediata es la receta acostumbrada, no hay estudios que confirmen que romper en seco es la mejor forma o la única de iniciar la sobriedad duradera. Se necesitan estudios adicionales para determinar quiénes son los candidatos óptimos para los acercamientos de “romper no tan en seco”. La experiencia clínica e investigativa indica que estos métodos son exitosos con algunos clientes, particularmente los que tienen problemas menos severos (Miller et al., 1992).

Aumento el Compromiso de la Etapa Final de Preparación

El compromiso hacia el cambio tiene que ser reforzado aún después de que el cliente haya

decidido inicialmente cambiar y haya comenzado a fijar sus metas. Se debe esperar la vacilación en cualquier punto del proceso de cambio. Hay tres estrategias adicionales que están disponibles para aumentar el compromiso en este punto: tomar pasos pequeños, revelar la condición y visualizar.

Tomar pasos pequeños

Usted le ha hecho a su cliente preguntas claves como “¿Qué sigue? Y ha presentado una variedad de opciones (véase el Capítulo 6) para transmitir el mensaje de que es elección del cliente cambiar y seleccionar las áreas en las que se quiere concentrar. Los recordatorios de que los clientes tienen elecciones que hacer y de que pueden controlar el proceso de cambio, pueden reforzar el compromiso. Si los clientes se ven abrumados por los cambios que estén considerando, asegúreles que pueden modificar el ritmo del cambio y escoger comenzar con pasos pequeños. Con algunos clientes, podría ser especialmente útil proporcionar un historial de un caso de alguien que haya hecho cambios grandes y aparentemente imposibles, tomando sólo un paso a la vez. El peso de esas historias y modelos para motivar a la gente a cambiar, no se debe subestimar.

Revelar la condición

Revelar el deseo de cambio aunque sea a otra persona además del clínico, parece ser importante para ayudar a los clientes a volverse responsables, así como conscientes de su resistencia interna. Esta otra persona puede ser el cónyuge, amigo, miembro de la familia, compañero de trabajo, amigo de la iglesia o miembro de Alcohólicos Anónimos. Decir a otras personas significativas sobre el deseo de cambiar, usualmente aumenta el compromiso hacia el cambio. Revelar la condición puede ser un paso crítico para algunos clientes en la etapa final de preparación y puede que no hayan estado listos para revelar esto hasta este momento. La AA ha aplicado la sabiduría clínica del compromiso público al cambio por medio de una “ficha blanca”. Un asistente a una reunión de AA que no esté listo para renunciar al consumo, pero que tiene un deseo fuerte de hacerlo, lo puede hacer cogiendo una ficha blanca, como un reconocimiento público de su deseo de dejar de beber.

FIGURA 5-4 CUANDO LAS METAS CONFLIGEN

¿Qué hace usted cuando las metas de su cliente difieren de las de su agencia? Este aspecto surge en todos los tratamientos, pero es particularmente obvio en un acercamiento motivacional donde usted escucha atentamente a sus clientes y se involucra activamente en su toma de decisiones. Mientras usted extraiga sus metas para el cambio y de tratamiento, algunos clientes podrían estar reflejando algo diferente a lo que usted considera que es mejor para ellos. La forma en que usted lidie con esta situación clínica, puede determinar si el cliente continúa persiguiendo el cambio o no.

Antes de explorar diferentes formas de manejar esta situación común, trate de aclarar las diferencias y los límites entre las metas del cliente y las suyas (o las de su agencia). Para los clientes, las metas son por definición los objetivos por los que quieren (están dispuestos, listos o son capaces) trabajar. Si el cliente no está motivado para esforzarse por algo, eso no es una meta. Usted o su agencia, por otro lado, podrían tener aspiraciones particulares, planes o esperanzas para el cliente. Es importante entender que la *meta* puede tener distintos significados para usted y su cliente, Usted no puede imponer a un cliente sus esperanzas o planes. Si usted quiere que su cliente adopte una meta, su tarea es motivarlo.

¿Cuáles son sus opciones clínicas cuando las metas confligen? Usted puede escoger de las siguientes tácticas:

- Dese por vencido con el cliente. A pesar de que suena poco atractivo, esta opción es sorprendentemente común. Si los clientes no aceptan las metas recomendadas por el clínico o la agencia, son dados de alta. Con frecuencia esto viene a ser dar de alta a los clientes por las mismas razones que fueron aceptados. En el pasado, esta opción surgió de (o al menos se racionalizó por) un punto de vista equivocado de la motivación como un proceso lineal de progresar lentamente. A los clientes se les decía literalmente: “Váyase y regrese cuando esté listo [por ej., para hacer lo que yo le diga].”
- Negocie. Encuentre metas con las que usted y su cliente estén de acuerdo y trabajen en conjunto con las mismas. Comience con áreas en las que el cliente esté motivado para cambiar. Las mujeres con problemas de alcohol o drogas, por ejemplo, a menudo llegan a tratamiento con una amplia gama de otros problemas, muchos de los cuales los ven como más apremiantes que cambiar su uso de sustancias. Los clínicos han tenido buenos resultados en el uso de sustancias cuando su relación con otros problemas se vuelve aparente.
- Aproxímese. Hasta un cliente que no está dispuesto a aceptar todas sus recomendaciones, a menudo es posible que esté de acuerdo en una meta que constituya un paso en la dirección adecuada. Su esperanza, por ejemplo, podría ser que el cliente eventualmente se libere de todo uso de sustancias psicoactivas. El cliente, sin embargo, está más preocupado por la cocaína y no está listo para hablar de cambiar el uso de la marihuana, tabaco o alcohol. En lugar de rechazar al cliente por no aceptar una meta de abstinencia inmediata de todas las sustancias, usted se puede concentrar en detener el uso de cocaína y luego seguir con lo próximo.

Refiera. Si las metas de su cliente son personalmente inaceptables para usted, aún después de haber tratado de negociar o aproximarse, usted puede referir. Algunas veces un cliente se podría beneficiar de trabajar hacia una meta, pero el clínico estará incómodo en lo personal (por ej., por razones éticas o de competencia profesional) en continuar con el tratamiento. Por ejemplo, algunos clientes no están dispuestos a considerar la abstinencia inmediata en el momento de entrar a tratamiento. A pesar de que existen alternativas (por ej., ir disminuyendo, tratando el uso moderado libre de problemas, acordar un período breve de abstinencia [Miller y Page, 1991]), no todos los clínicos se sienten cómodos en trabajar con una meta que no sea la abstinencia inmediata. En esos casos, a menudo es preferible referir estos clientes a otro clínico que trabaje con ellos, en lugar de terminar el tratamiento de lleno.

Visualizar

Visualizar especialmente un vida diferente después de que los cambios se hayan hecho, puede ser un motivador poderoso y un medio efectivo de fortalecer el compromiso de su cliente. Además, las historias acerca de cómo otros han logrado con éxito sus metas, pueden

ser motivadores excelentes. Un ejercicio para visualizar el cambio es pedirle a sus clientes que se imaginen a sí mismos una vez haya transcurrido un año, durante el cual hicieron los cambios que deseaban en las áreas de sus vidas más afectadas por el uso de sustancias. Algunos clientes puede que encuentren valioso escribirse una carta a sí mismos con fecha del futuro y

describir qué clase de vida quieren en ese momento. La carta puede tener el tono de una tarjeta postal de vacaciones, deseando que estuviera aquí. Otros se sentirán más cómodos describiéndole las escenas a usted.

La Importancia de la Autoeficacia

Hasta los clientes que reconocen un serio problema, posiblemente no se muevan hacia un cambio positivo a no ser que tengan una esperanza de éxito. La autoeficacia es un determinante crítico de cambio de comportamiento; es la creencia de que pueden actuar en cierta forma o llevar a cabo una tarea en particular y de este modo controlar los sucesos. La autoeficacia se puede considerar como una esperanza u optimismo, pero los clientes no tienen que poseer una perspectiva optimista general para creer que un comportamiento particular se puede cambiar.

Los clientes tienen más probabilidad de hacer planteamientos sobre la autoeficacia cuando estén negociando metas o desarrollando un plan de cambio (véase el Capítulo 6). Los planteamientos sobre la autoeficacia pueden incluir lo siguiente: “No puedo hacer eso”, “Eso está por encima de mis habilidades”, “Eso sería fácil”, o “Creo que puedo hacer eso”. De esos planteamientos, usted puede cerciorarse de que el cliente se siente capaz – e incapaz – de hacerlo.

La autoeficacia no es una medida global, como la autoestima. En cambio, es un comportamiento específico. En cualquier discusión acerca de la autoeficacia está implícita la pregunta: ¿eficacia para llevar a cabo qué comportamiento específico? En cuanto a la dependencia de las sustancias, la autoeficacia se puede conceptualizar en cinco categorías (DiClemente et al., 1994):

1. Lidear con la autoeficacia implica lidear exitosamente con situaciones específicas que podrían tentar a una persona a usar la sustancia, como al relacionarse con amigos o hablar con alguien al estar molesto, en lugar de usar la sustancia.
2. El comportamiento de autoeficacia en el tratamiento implica la habilidad del cliente para tener comportamientos relevantes durante el tratamiento, como auto-monitorearse o controlar estímulos.
3. La recuperación de la autoeficacia se refiere a la habilidad del cliente para recuperarse de una recurrencia en el comportamiento adictivo.
4. El control de la autoeficacia se concentra en la confianza del cliente en su habilidad para controlar el comportamiento en una variedad de situaciones provocativas.
5. La autoeficacia de la abstinencia implica la confianza del cliente en su habilidad para abstenerse del uso de sustancias en las diferentes situaciones que sean claves o disparadores.

Otra forma de conceptualizar la autoeficacia es la forma en que la habilidad percibida del cliente para participar en actividades significativas o placenteras, sin tener relación con el uso de sustancias. Esto se debería evaluar antes de comprometer estrategias de cambio relacionadas con las actividades diarias del cliente.

La autoeficacia es una dinámica en lugar de una construcción estática. La autoeficacia para lidear con cada situación en particular, aumenta con el éxito y disminuye con el fracaso. Por tanto, es importante dar a los clientes destrezas para ser exitosos en situaciones que presenten un riesgo de recurrencia de uso, para así poder aumentar su creencia de que pueden mantener los cambios deseados.

Los clínicos y los investigadores han encontrado útil medir la autoeficacia al examinar situaciones o estados que representen un riesgo de recurrencia de uso de sustancias. Los clientes pueden tener una autoeficacia elevada en algunas situaciones y baja en otras. (Véase el Capítulo 8 para descripciones de instrumentos que usted puede usar para medir la autoeficacia de un cliente en situaciones particulares.) De acuerdo a un estudio, el uso de sustancias de mayor recurrencia ocurre en una o más de las cuatro situaciones que se presentan a continuación (Cummins et al., 1980):

11. *Estados emocionales negativos* como el coraje, depresión, o frustración.
12. *Presiones sociales* como ver a otros bebiendo en un bar o estar de vacaciones y querer relajarse.
13. *Preocupaciones físicas y de otra clase* como tener dolor de cabeza, estar cansado o preocupado por alguien.

14. *Síntomas de retirada e impulsos* como un deseo o sentir tentación de poner a prueba el poder de voluntad de uno.

Antes de que usted y su cliente discutan la autoeficacia para cambiar el comportamiento por

uso de sustancias, explore otras áreas y actividades en la vida del cliente en las cuales el cliente haya demostrado autoeficacia elevada. Entonces puede discutir cómo las destrezas de su cliente pueden aplicarse a nuevos esfuerzos

6 De la Preparación a la Acción: Comenzando

El compromiso sólido por sí solo no garantiza el cambio. Desafortunadamente, el entusiasmo no compensa el vacío...El compromiso sin las destrezas de manejo y actividades adecuadas, puede crear un plan de acción insubstancial...La anticipación de los problemas y peligros latentes parece ser una destreza firme para resolver problemas.

DiClemente, 1991

Al final de la etapa de preparación, los clientes hacen un plan de cambio para guiarse en la etapa de cambio. Este capítulo se concentra en negociar este plan de cambio específico con los clientes. Cambiar cualquier comportamiento arraigado y habitual, exige preparación y planificación. Mientras los clientes pasan de la contemplación a realmente implementar el cambio en sus vidas, están en una etapa intermedia en la cual aumentan su compromiso con el cambio al explorar, aclarar y resolver su ambivalencia y tomando la decisión de actuar. En el modelo, esta etapa se conoce como preparación. Los clientes tienen que ver el cambio como lo mejor para ellos antes de que puedan pasar a la acción. Las consecuencias negativas de ignorar la etapa de preparación, pueden ser un curso de acción breve seguido de un regreso rápido al consumo de sustancias.

Durante la etapa de preparación, sus tareas se amplían. Donde antes usaba estrategias motivacionales para aumentar la preparación – las metas de las etapas de precontemplación y contemplación – ahora estará usando estas estrategias para fortalecer el compromiso de su cliente y ayudar a esta persona a tomar una decisión firme para el cambio. Los clientes que están comprometidos con el cambio y que creen que éste es posible, están preparados para la acción.

Los clientes y los clínicos en la etapa de preparación, están equipados con un conocimiento importante de la retroalimentación personalizada de la información de avalúo, el cual se describe en el Capítulo 4. Las actividades y las estrategias que se describen en el Capítulo 5, tienen la intención de solidificar el compromiso del cliente con el cambio y fijar la etapa para desarrollar un plan para pasar a la acción. Los clientes deberían tener ahora un cuadro más claro de como su uso de sustancias afecta muchos aspectos de sus vidas, y deberían haber comenzado a reconocer algunos de los aspectos del uso continuo. Además, muchos clientes sienten las esperanzas inherentes al crecer la alianza terapéutica. Si usted ha puesto en práctica los principios de la entrevista motivacional, sus clientes deberían reconocer que están en un ambiente seguro para explorar sus sentimientos y pensamientos acerca del cambio y que tienen bajo control el proceso de cambio.

Este capítulo explica cómo y cuándo negociar un plan de cambio con el cliente y sugiere formas de asegurar un plan estable – ofreciéndole al cliente un menú de opciones, haciendo un contrato para el cambio, identificando y disminuyendo las barreras para la acción, reclutando el apoyo social, y ayudando al cliente a anticipar lo que sería participar en el tratamiento.

Reconociendo la Preparación para Entrar en Acción

Mientras los clientes atraviesan por la etapa de preparación, esté pendiente a las señales de su preparación para la acción. El reconocimiento de los clientes sobre las discrepancias importantes en sus vidas, es una etapa incómoda como para permanecer mucho tiempo; por tanto el cambio, se debe comenzar para reducir la incomodidad, o los clientes podrían volver a usar defensas como minimizar o negar. El simple hecho de manifestar verbalmente el cambio, no es, sin embargo, necesariamente una señal de determinación de cambio. Los clientes que son vehementes al declarar su preparación, podrían estar tratando de convencerse a sí mismos desesperadamente, así como a usted, de su compromiso (DiClemente, 1991). Las siguientes son algunas señales que confirman la preparación para actuar:

- *Resistencia disminuída.* 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.
- *Planteamientos auto-motivacionales.* El cliente hace planteamientos directos, auto-motivacionales, que reflejan apertura al cambio (“Tengo que hacer algo”) y optimismo (“Voy a vencer esto”).
- *Más preguntas acerca del cambio.* La 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, 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 (por ej., asistir a una reunión de Alcohólicos Anónimos [AA], leer un libro de auto-ayuda, dejar de usar sustancias por unos cuantos días) (Miller y Rollnick, 1991).

Cuando usted llegue a la conclusión de que su cliente se está comprometiendo con el cambio, determine qué necesita para el próximo paso, haciendo una pregunta clave (véase el capítulo 5). Usted podría decir: “Veo que está lista para un cambio. ¿Qué le gustaría hacer?” Si la cliente indica que desea seguir el tratamiento con su ayuda, usted puede comenzar a negociar un plan de cambio.

Negociando un Plan de Acción

Crear un plan de cambio, es un paso final en la preparación de su cliente para actuar. Un plan sólido para el cambio, aumenta la autoeficacia de su cliente y proporciona una oportunidad para considerar los posibles obstáculos y los resultados probables de cada estrategia de cambio, antes de ponerlas en práctica. Es más, nada es tan motivante como estar bien preparado; independientemente de la situación, una persona bien preparada, generalmente está deseosa de comenzar. Un plan de cambio firme se puede negociar con su cliente de las siguientes formas:

- Ofreciendo un menú de opciones de cambio.
- Desarrollando un contrato de comportamiento.
- Reduciendo las barreras para la acción.
- Reclutando apoyo social.
- Educando a su cliente acerca del tratamiento.

El Capítulo 5 describe el proceso de explorar las metas del cliente, como una forma de aumentar el compromiso y visualizar el cambio. El plan de cambio puede pensarse como un mapa de carreteras para lograr estas metas. Algunos clientes comienzan espontáneamente sugiriendo o preguntando acerca de cosas específicas que pueden hacer para cambiar. Usted puede estimular a otros a hacer sugerencias, preguntándoles preguntas claves como: “¿Qué cree usted que va a hacer sobre su consumo de bebida/uso de sustancias? O “Ahora que ha llegado tan lejos, ¿me pregunto qué planea hacer?” (véase el Capítulo 5 para una lista de preguntas claves).

Los clientes crearán planes que reflejen sus preocupaciones individuales y metas. La mayoría de los planes no están limitados a detener o moderar el uso de sustancias, y asegurar el éxito es el enfoque central del plan. El plan puede ser muy general o muy específico, y a largo o corto plazo. De hecho, algunos clientes podrían ser capaces de comprometerse tan solo con un plan muy limitado, como irse a casa, pensando sobre el cambio, y regresar en una fecha específica para hablar con más detalles. Hasta un plan

tan restringido y a tan corto plazo, puede incluir pasos específicos para ayudar al cliente a evitar situaciones de alto riesgo, así como estrategias específicas de manejo, para el interim.

Los planes de algunos clientes son muy simples, como señalar únicamente que entrarán en un tratamiento ambulatorio y asistirán a una reunión de AA todos los días. Otros planes incluyen detalles como arreglos de transportación hacia la facilidad de tratamiento o hacer arreglos para pasar los viernes por la noche de una manera diferente. Como se ha discutido antes, los pasos específicos para las barreras contra el éxito que se puedan anticipar, son componentes importantes de muchos planes de cambios. Algunos planes definen una secuencia de pasos. Por ejemplo, madres que trabajan, con niños y con necesidad de entrar a un tratamiento internándose, podrían desarrollar un plan en secuencia con cuidado definido para sus hijos y adiestrando a un remplazo temporero para su puesto, antes de entrar a tratamiento.

A pesar de que el plan de cambio es del cliente, crearlo es un proceso interactivo entre usted y el cliente. Una de las tareas más importantes es asegurarse de que el plan sea posible. Cuando el cliente propone un plan que parece irreal, demasiado ambicioso, o no lo suficientemente ambicioso, se debe llevar a cabo un proceso de negociación. Las siguientes áreas, son casi siempre una parte de las discusiones y negociaciones interactivas:

- *Intensidad y cantidad de ayuda necesaria* – por ejemplo, el uso de sólo grupos de auto-ayuda, registrarse en un tratamiento intensivo ambulatorio, o entrar a una comunidad terapéutica de 2 años.
- *Marco temporal* – un plan a corto plazo en lugar de a largo plazo y una fecha de comienzo para el plan.
- *Apoyo social disponible* – incluyendo quién estará involucrado en el tratamiento (por ej., familia, “Mujeres a Favor de la Sobriedad”, grupo comunitario), dónde se llevará a cabo (en

casa, en la comunidad), y cuándo sucederá (después del trabajo, fines de semana, dos noches a la semana).

- *Secuencia de las submetas y estrategias o pasos en el plan* – por ejemplo, primero dejar de traficar marihuana, después dejar de fumarla; llamar a los amigos y hablarles del plan, luego visitarlos, aprender técnicas de relajación, entonces usarlas cuando se sienta tenso en el trabajo.
- *Cómo lidiar con distintos problemas* – por ejemplo, cómo lidiar con los problemas legales, financieros y de salud.

Los clientes podrían pedirle información y consejos sobre distintos pasos específicos para incorporarlos en el plan. Proporcione hechos precisos y específicos, y siempre pregunte si los entienden. Sacar respuestas para esa información, al preguntar: “¿Esto le sorprende?” o “¿Qué cree usted de esto?”, podría ser útil en el proceso de negociación.

¿Cuán prescriptivo debe ser usted cuando los clientes le pregunten qué cree usted que deberían hacer? Proporcionar el mejor consejo posible, es una parte importante de manifestar sus propios puntos de vista y opiniones, a pesar de que es útil añadir calificadores y dar a los clientes permiso para estar en desacuerdo.

Otras técnicas de entrevista motivacional, como desarrollar discrepancia, empatizar y evitar la argumentación, siguen siendo útiles durante estas negociaciones tal y como lo son en todas las demás etapas del proceso de cambio. Protéjase de concentrarse en exceso en las negociaciones y en el plan, de manera que olvide como usar estas estrategias. Reconozca y afirme el esfuerzo del cliente en hacer el plan. Algunos clientes han encontrado la Hoja de Trabajo para el Plan de Cambio (véase la Figura 6-1) una herramienta útil para concentrar su atención en los detalles del plan. La siguiente es una lista de consideraciones para completar la hoja de trabajo (Miller et al., 1995c):

FIGURA 6-1 HOJA DE TRABAJO PARA EL PLAN DE CAMBIO

Los cambios que quiero hacer son:	
Las razones más importantes por las que quiero hacer estos cambios son:	
Las metas principales para mí mismo al hacer estos cambios son:	
Planeo hacer estas cosas para alcanzar mis metas:	
Plan de Acción	Cuándo
Los primeros pasos que planifico dar al cambiar son:	
Algunas cosas que podrían interferir con mi plan son:	
Otras personas que podrían ayudarme a cambiar estos aspectos:	
Persona	Formas posibles de ayuda
Espero que mi plan tenga estos resultados positivos:	
Sabré que mi plan está funcionando si:	
<i>Fuentes:</i> Miller y Rollnick, 1991; Miller et al., 1995c.	

- *Los cambios que quiero hacer son...* Sea específico. Incluya las metas que sean positivas (queriendo aumentar, mejorar, hacer más de algo), y no tan sólo las metas negativas (detener, evitar, o disminuir un comportamiento).
- *Las metas principales para mí mismo al hacer estos cambios son...* ¿Cuáles son las consecuencias posibles de la acción o la inacción? ¿Qué motivaciones para el cambio son más apremiantes?
- Los primeros pasos que planeo dar al cambiar son...¿Cómo se puede lograr el cambio deseado? ¿Cuáles son algunos pasos específicos, concretos? ¿Cómo, cuándo y dónde se tomarán estos pasos?
- *Algunas cosas que podrían interferir con mi plan son...* ¿Qué sucesos específicos podrían arruinar mi plan? ¿Qué podría salir mal? ¿Cómo el cliente se podría mantener apegado al plan a pesar de estos problemas o retrasos particulares?
- *Otras personas que podrían ayudarme a cambiar estos aspectos...* ¿Qué cosas específicas podría hacer otra persona para ayudar al cliente a tomar pasos hacia el cambio? ¿Cómo arreglaría el cliente este apoyo?

Sabré que mi plan está funcionando si... ¿Qué pasaría como resultado de tomar pasos diferentes en el

tratamiento? ¿Qué beneficios se pueden esperar? Puede ser útil valorar la preparación de su cliente y la autoeficacia para los cambios que su cliente detalla en el plan. Por ejemplo, en una escala del 1 al 10 (1= no confianza, 10= confianza superior), el cliente podría calificarse a sí mismo en un “9” en lo que se refiere a la preparación para hacer un cambio de comportamiento en particular, pero sólo con un “4” en autoeficacia. Esto podría ayudarle a guiar a su cliente acerca de dónde empezar el plan de cambio.

Ofreciendo un Menú de Opciones de Cambio

Los investigadores que trabajan con el marco de trabajo motivacional, consideran que una forma de aumentar la motivación es ofreciendo a los clientes una elección dentro de una variedad de alternativas de tratamiento. Por ejemplo, un cliente que no iría a una reunión de AA, podría ir a una de Recuperación Racional o de Mujeres en Favor de la Sobriedad, si es que estos grupos están disponibles. Un cliente que no consideraría la abstinencia, podría ser capaz de un acercamiento para “no romper tan en seco” (Miller y Page, 1991), según se describe en el capítulo 5. Estimular a los clientes a aprender acerca de alternativas al tratamiento y tomar elecciones informadas, estimula el compromiso hacia el plan de acción. Las elecciones pueden ser opciones de tratamiento o sobre otras clases de servicios.

OPCIONES Y RECURSOS DEL TRATAMIENTO

En nuestro programa de tratamiento de alcohol, encontré que tener listas tanto de los recursos comunitarios como de distintos módulos de tratamiento, capacita a los gerentes de casos a comprometer a los clientes, ofrece programación individualizada, y cumple con las necesidades variadas de los clientes. Lo siguiente son algunas opciones que le ofrecemos a nuestros clientes:

Opciones Modulares de Tratamiento

- Clarificación de valores/toma de decisiones
- Adiestramiento en destrezas sociales (asertividad, comunicación)
- Manejo de ansiedad/relajación
- Manejo de coraje
- Terapia marital y familiar
- Medicación complementaria (disulfiram [Antabuse], naltrexone [ReVial])
- Grupo de solución de problemas
- Terapia de grupo intensiva

Recursos de Tratamiento Comunitarios

- Casas de transición
- Grupos de apoyo (AA, Narcóticos Anónimos [NA], recuperación racional, Mujeres a Favor de la Sobriedad)
- Servicios sociales (cuido de niños, Rehabilitación Vocacional, comida, albergue)
- Cuidado médico
- Transportación
- Servicios legales
- Servicios psiquiátricos
- Escuelas académicas y técnicas

Carlo C. DiClemente, Miembro del Panel de Consenso

Ningún acercamiento al tratamiento de sustancias, trabaja igual de bien para todos los clientes. Determinar qué funciona mejor para quién y bajo qué circunstancias, puede ser una empresa difícil. La evidencia de la efectividad del tratamiento, se está volviendo cada vez más especializada y, hasta cierto punto, más confusa, al írsele añadiendo más elementos a las fórmulas de evaluación, incluyendo las características del cliente, medidas de los resultados, cualidades terapéuticas, componentes del tratamiento y cualidad de la implementación.

La familiaridad con las facilidades de tratamiento disponibles en su comunidad y con la literatura de investigación relevante, en cuanto a las elecciones óptimas de acuerdo a las clases de clientes que usted ve, es sumamente práctica para proporcionar a los clientes opciones adecuadas. También es útil conocer la gama de los recursos comunitarios en otras áreas de servicio, como bancos de comida, programas de adiestramiento laboral, programas especiales para pacientes con trastornos coexistentes, y albergues seguros para mujeres en relaciones abusivas. Un clínico que conoce no sólo los

nombres de los programas sino también las personas contacto, los egresados del programa, la disponibilidad de espacios generalmente, los aspectos de financiamiento, los criterios de elegibilidad y las reglas e idiosincrasias del programa, es un recurso incalculable para los clientes. Además, el conocimiento sobre los recursos de los clientes, la cubierta de seguro (o la participación en alguna forma del cuidado coordinado), la situación laboral, las responsabilidades como padre y otros factores relevantes, obviamente es crucial al considerar alternativas. La información de un avalúo inicial también es útil, al establecer una lista de posibles opciones de tratamiento y al fijar prioridades.

A pesar de que usted puede poseer una riqueza de conocimiento sobre los recursos locales, la administración de su programa tiene la responsabilidad final de desarrollar vínculos con otras agencias para asegurar referidos adecuados para servicios y para mantener informados a los clínicos. En muchos sitios, una agencia central recopila y actualiza con regularidad un directorio de recursos comunitarios que sea abarcador, éste contiene información sobre los servicios, costos, horas de funcionamiento y criterios de elegibilidad. Todo programa debe tener un manual de los recursos de referidos adecuados, con referencias cruzadas de acuerdo al tipo de programa, o debe conseguir listados actuales de las fuentes locales, estatales o nacionales (véase el capítulo 5 del "TIP" 24. *A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians* [Una Guía de Servicios de Abuso de Substancias para los Clínicos del Cuidado Principal] ("CSAT", 1997). La Internet ofrece nuevas posibilidades para acceder información sobre los recursos comunitarios y para vincular a los clientes con los programas y servicios. Por ejemplo, en Washington, DC, un sistema computadorizado que vincula las agencias de justicia criminal con los programas de tratamiento de sustancias, da información inmediata sobre la disponibilidad de espacios y los cambios del programa. Los trabajadores del sistema de justicia criminal, pueden fijar citas de admisión para clientes en línea. Los que viven en áreas rurales donde los recursos son escasos, podrían encontrar la Internet sumamente valiosa.

Mientras discuta las elecciones de tratamiento con sus clientes, puede familiarizarlos con los conceptos de los niveles de cuidado, las intensidades del cuidado, y el ajuste necesario. Sin embargo, no los abrume con una descripción complicada de todas las posibilidades. Evite la

jerga profesional y los términos técnicos para las clases de tratamiento o las filosofías. Limite las opciones a unas cuantas que sean apropiadas, y descríbalas, una a la vez, en un lenguaje que sea comprensible y relevante a las preocupaciones individuales de los clientes. Explique qué se pretende con un tratamiento en específico, cómo trabaja, qué implica y qué pueden esperar los clientes. Pida a los clientes que pospongan cualquier decisión acerca del tratamiento hasta que entiendan todas las opciones.

Según se discute cada opción, pregunte a los clientes si tienen dudas y pídale sus opiniones en cuanto a cómo manejarían cada alternativa. A pesar de que la meta es escoger el acercamiento inicial, en un principio algunos clientes podrían escoger una opción que usted considera inadecuada. Ofrezca consejos basados en su experiencia clínica y conocimiento sobre la investigación. Usted está buscando estrategias de cambio con las que empezar e, idealmente, el cliente verá algunas opciones adecuadas positivamente.

Mientras explora las opciones de tratamiento con un cliente, repase también el concepto de cambio como una rueda o un proceso cíclico (véase el capítulo 1). Toda persona pasa a través de las etapas de cambio – hacia adelante o hacia atrás – durante un período de tiempo sustancial (Prochaska y DiClemente, 1984; Prochaska et al., 1992b). Este transcurso cíclico a veces adquiere la forma de un espiral ascendente, con mejoramiento gradual en el trayecto, duración y severidad de los períodos de comportamiento problemático (Miller, 1996). Puesto que la mayoría de la gente se mueve alrededor de un círculo varias veces antes de entrar a la recuperación estable, deje que los clientes sepan que no se deben desanimar si la primera opción de tratamiento no funciona. Señale que, con todas las posibilidades, pueden estar seguros de que encontrarán alguna forma de tratamiento que les funcione. Tranquilícelos con que usted está dispuesto a trabajar con ellos hasta que encuentren la elección ideal.

Los clientes a veces se resisten a la idea de que el cambio es un proceso cíclico y prefieren ver el cambio como "todo o nada". La resistencia puede surgir del miedo a que reconocer la posibilidad de un lapso, representa darse permiso a en realidad tener uno. Es de suma importancia transmitir a sus clientes que pueden regresar a verlo, independientemente de que tengan un desliz.

También debe ser sensible hacia el cliente que resiste una idea que usted pueda encontrar motivacional para los demás. En ese caso, usted podría decir: “Parece que este aspecto es realmente importante para usted. “Dígame más,” o “Suena como que usted no querría volver a pasar por eso, y puedo entender por qué, en este momento, usted no querría hablar de esas cosas. Así que, para ayudarlo a ver esto, déjeme saber cómo puedo ayudarlo para evitar las cosas que lo llevaron a la recurrencia en el pasado, mientras que al mismo tiempo le ayudo a evitar discutir las cosas que usted cree no son útiles.” La esperanza es que al discutir las recaídas pasadas en el comportamiento problemático (mientras transmite estar de acuerdo con el cliente de que eso no pase), usted pueda “facilitar” la posibilidad de recurrencia y cómo manejarla.

Los clínicos están acostumbrados a la idea de que el éxito del tratamiento, significa completar un programa formal y, viceversa, abandonarlo significa el fracaso. Sin embargo, la investigación ha demostrado que una cantidad significativa de clientes detienen el tratamiento porque no necesitan más ayuda y pueden implementar el cambio por su cuenta (DiClemente y Scott, 1997). A menudo, sólo necesitan ayuda para maximizar su preparación para el cambio y aumentar su motivación. No se desea más ayuda – ni negociar, ni planear, ni contractar – sólo estimularlos y tranquilizarlos para que regresen si necesitan más ayuda. El peligro es que algunos clientes, como aquellos con un largo historial de uso de sustancias relativamente ininterumpido y excesivo, puedan aprovechar esta oportunidad para huir del tratamiento. Cuando estos clientes sugieran tratar de cambiar por su cuenta, discuta sus preocupaciones sobre abandonar el tratamiento prematuramente.

Varios programas ofrecen módulos de reclusión limitada para preparar a los clientes al cambio. Por ejemplo, un programa de tratamiento en Austin, Texas, ofrece periódicamente una sesión grupal de 2 horas para gente que fuma. El programa contiene componentes educacionales y motivacionales, así como elementos de auto-ayuda a través del apoyo grupal. A pesar de que a los participantes se les dice cómo lograr acceso al tratamiento de ser necesario, el grupo está diseñado para ayudar a los participantes a que inicien el auto-cambio. La investigación sugiere que algunas personas pueden cambiar los comportamientos de dependencia de sustancias por su cuenta, sin tratamiento (DiClemente y

Prochaska, 1985; Klingemann, 1991; Sobell et al., 1993b; Tuchfield, 1981).

Desarrollar un Contrato de Comportamiento

Un contrato oral o escrito, es una herramienta útil para ayudar a los clientes a comenzar sus planes de cambio. Un contrato es un acuerdo formal entre dos partes. Los clientes cultos podrían escoger hacer un planteamiento escrito al final de la Hoja de Trabajo para el Cambio, o podrían preferir un documento por separado. Explique a los clientes cultos que otras personas han encontrado útiles los contratos en esta etapa e invítelos a escribir uno. El acto de redactar y firmar un contrato, puede ser una ceremonia de compromiso pequeña, pero importante. Evite escribir el contrato para los clientes, y estímúelos a que usen sus propias palabras. Con algunos, un apretón de manos es un sustituto adecuado para un contrato escrito, particularmente con aquellos que no son cultos.

Establecer un contrato hace surgir temas para una discusión fructífera acerca de las razones por las que su cliente desea el cambio. ¿Con quién se está haciendo el contrato? ¿Qué partes involucra? Algunos contratos incluyen al clínico como una parte en el contrato, especificando las funciones y responsabilidades del clínico. Otros clientes consideran el contrato como una promesa consigo mismos, a una esposa, o a otros miembros de la familia.

Los contratos se usan con frecuencia en programas de tratamiento que emplean técnicas de comportamiento. Para muchos clínicos, los contratos significan contingencias – compromisos y castigos – y los programas a menudo construyen contingencias en la estructura de sus programas. Por ejemplo, en los programas de mantenimiento con metadona, los medicamentos para consumir en casa, sin contingentes en los cernimientos de las pruebas de orina. Las recompensas o incentivos han demostrado ser reforzadores de abstinencia altamente efectivos. En un estudio de un programa de tratamiento, de 40 adultos con dependencia a la cocaína (Higgins et al., 1994b), un grupo recibió vales para artículos contingentes al detal si sometían espécimes de orina sin sustancias desde la 1 semana del tratamiento hasta la 12. El otro grupo no recibió ningún vale. Setenta y cinco por ciento del grupo con vales completó las 24 semanas de tratamiento, comparado con el 40 por ciento del grupo control, y la duración de la abstinencia

continúa a la cocaína en el grupo con vales fue casi el doble del grupo control (11.7 semanas en lugar de 6). Véase el Capítulo 7 para más información sobre los incentivos.

Al establecer un contrato, el cliente podría decidir incluir contingencias, especialmente recompensas o incentivos positivos. Las recompensas pueden ser altamente individuales. Las actividades disfrutables, las comidas preferidas, objetos deseados, o rituales y ceremonias, pueden ser determinantes de cambio poderosos y objetivos y reforzadores del compromiso. Las recompensas pueden estar vinculadas a la duración de la abstinencia, a los aniversarios de la fecha de haber dejado la sustancia, o al logro de las submetas. Un cliente podría planear pasar la tarde en un juego de béisbol con su hijo para celebrar un mes de abstinencia. Otra podría querer comprarse un par de zapatos rojos por haber asistido a la reunión número 50 en AA. Uno más podría querer prender una vela en la iglesia, y otra querría esclara una montaña cercana para señalar un mejoramiento de energía y salud.

Disminuyendo las Barreras para la Acción

Identificar barreras para la acción, es una parte importante del plan de cambio. Mientras los clientes deciden las mejores opciones para ellos, pregúnteles si anticipan algún problema para esas opciones u obstáculos para seguir el plan y lograr sus metas: ¿Qué podría salir mal? ¿Qué ha salido mal con los otros intentos para cambiar? Como se ha mencionado anteriormente, ciertos clientes se resisten a la idea de que algo pueda ir mal. En este momento, es mejor conseguir información preguntando sobre lo que haya salido mal en el pasado. A veces es más fácil discutir las dificultades pasadas que reconocer la posibilidad de dificultades en el futuro.

Una barrera común para la acción, implica referir a su cliente a otro programa de tratamiento u otros servicios después de la consulta inicial o evaluación. Cuando refiere a los clientes, asegúrese de que tienen toda la información necesaria sobre cómo llegar al programa, a quién y cuándo llamar por teléfono, y qué esperar durante la llamada (por ej., qué clase de información personal se podría pedir). Dar a su cliente “información interna, reduce también la ansiedad del cliente y facilita el camino. Por ejemplo, usted puede saber que la recepcionista del programa es una persona amigable, o que mucha gente se pierde al entrar al edificio por el

lado equivocado, o que hay un buen sitio cerca para almorzar. Un paciente en un programa interno, da varios viajes al lugar de post-cuidado ambulatorio, antes de su alta para asegurar una transición llevadera.

La investigación ha demostrado que dar al cliente un nombre y un número de teléfono en un papel, es mucho menos efectivo que los métodos personales de referidos (Miller, 1985b). Considere ayudar a su cliente a hacer la llamada telefónica para fijar la cita con el programa seleccionado. Algunos clientes querrán hacer la llamada desde su oficina, mientras que otros podrían preferir llamar al programa desde su casa y después llamarlo a usted para informarle que hicieron la cita. Otros podrían preferir reflexionar antes de hacer la llamada de su oficina y esperar a la próxima sesión. Deje saber a sus clientes que está interesado en saber cómo van las cosas.

Anticipando los Problemas

Como se sugiere en la Hoja de Trabajo del Plan de Cambio, una pregunta para hacer a sus clientes es: “Si sobre la marcha el plan falla, ¿qué vislumbra usted que podría ser la causa?” Los clientes pueden predecir algunas barreras mejor que usted, y es importante permitirles identificarlas y articular los problemas. No trate de anticipar todo lo que podría salir mal; concéntrese en los sucesos o situaciones que puedan ser posiblemente problemáticas y construya alternativas y soluciones para el plan.

Algunos problemas podrían verse claros desde el comienzo. Un cliente sumamente motivado sentado en su oficina, podría planear asistir a un tratamiento ambulatorio a 50 millas de distancia, tres veces en semana, aunque un plan así implique horarios de autobuses y trenes y viajar de noche. Referirlo a un programa menos lejos podría ser la solución, aunque ayudar al cliente a hacer unas llamadas al programa, podría identificar a alguien dispuesto a proveer transportación.

Reconocer barreras para la acción

Las barreras para la acción se encuentran con frecuencia y se deben discutir, aunque sea sólo brevemente, cuando el plan de cambio se está negociando. Considere estrategias especiales y comportamientos de manejo, y ayude a los clientes a explorar qué trabaja mejor para ellos. Las barreras potenciales existen en distintas áreas.

Las relaciones familiares pueden ser unas barreras críticas para iniciar y mantener la acción. Un comportamiento cambiado de un cliente podría desbalancear las relaciones de una familia, y los problemas que se suprimieron mientras la dinámica de la familia se concentraba en el comportamiento por uso de sustancias, podrían salir a flote. Por ejemplo, el cliente podría querer recuperar el control. Una esposa que ha tomado todas las decisiones familiares por su cuenta durante mucho tiempo, podría reaccionar negativamente al tener que compartir su poder. Un adolescente que está acostumbrado a entrar y salir sin llamar la atención, podría revelarse al tener que cumplir con un nuevo horario. Algunos miembros de la familia podrían sentir un resentimiento y críticas tan grandes por el comportamiento pasado del cliente, que no pueden esperar más para expresarlo.

Esas discordias familiares y crisis pueden contribuir a volver al uso de sustancias, y los clientes pueden anticipar y aprender estrategias específicas y comportamientos de manejo para evitar ese resultado. Algunos clientes podrían decidir instituir una reunión familiar en cierto momento de la semana para discutir problemas y prevenir las crisis; la primera se puede programar en su oficina. Algunas familias se benefician de una terapia familiar más formal, la cual se puede incorporar en el plan de cambio. Otros clientes pueden identificar personas mayores respetadas, como un abuelo o amigo, el cual estará disponible y será capaz de actuar como un árbitro en los desacuerdos familiares. También, las personas en recuperación asisten a reuniones frecuentes, lo cual reduce el tiempo que tienen disponible para su familia. Los clientes podrían considerar asistir a las reuniones durante la hora de almuerzo o en otros momentos para no reducir el tiempo con la familia. Algunas veces, los compañeros que asisten a las reuniones de AA y de Narcóticos Anónimos, proporcionan consejos equivocados que no son lo mejor para la familia. Otro aspecto importante es la revinculación de una relación o matrimonio. Generalmente un cliente está deseoso por regresar a la relación sexual y la mujer es cuidadosa debido al dolor experimentado y a la desconfianza. El hombre entonces reacciona a la tensión que desarrolla por no tener un compromiso de actividad sexual por parte de su pareja. En algunos casos, el comportamiento sexual se usa como una forma de controlar la persona en recuperación, y cuando las

expectativas de la persona en recuperación no se cumplen, la tensión aumenta.

Los problemas de salud presentan obstáculos para la recuperación de muchos clientes con trastornos serios de salud mental o física. Algunos se enferman después de entrar a tratamiento; otros tienen condiciones crónicas que requieren monitoreo y tratamiento y pueden provocar crisis de salud periódicas (por ej., VIH/SIDA, diabetes, hipertensión). Los clientes podrían padecer dolores crónicos por lesiones o por haberse descuidado (por ej., dolores de espalda, problemas dentales). La abstinencia a veces revela enfermedades mentales subyacentes, como los trastornos depresivos o psicóticos (véase el “TIP” 9, *Evaluación y Tratamiento de Pacientes con Enfermedades de Salud Mental Coexistentes y Abuso de Alcohol y Otras Drogas* (“*Assessment and Treatment of Patients With Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse*”)) (“CSAT”, 1994b); y el “TIP” 29, *Tratamiento para Trastornos por Uso de Sustancias para Gente con Impedimentos Físicos y Cognoscitivos* (“*Substance Abuse Use Disorder Treatment for People With Physical and Cognitive Disabilities*”) (“CSAT”, 1998a). La medicación que toma por problemas de salud físicos o mentales, puede provocar efectos secundarios preocupantes.

Todas estas condiciones y situaciones, pueden aumentar el riesgo de regresar al uso de sustancias. A pesar de que algunos de estos problemas no se pueden anticipar, los clientes podrían tener que construir apoyos de salud y mejoramientos en el plan. Algunos clientes, especialmente los que tienen serias preocupaciones sobre su salud, podrían querer incluir un itinerario para revisiones físicas y dentales, o hacer arreglos con médicos específicos y clínicas de cuidado continuo para problemas crónicos. Las submetas para adquirir cuidado médico, podrían incluir solicitar programas para los que cualifiquen por derecho o revisar su cubierta de seguros. Una cliente deprimida, por ejemplo, podría planear ver un trabajador de salud mental para una evaluación si se sigue sintiendo deprimida a los 30 días de abstinencia, o si decide ver a uno tan pronto como sus síntomas aumenten el riesgo de volver al uso de sustancias. Se debería volver a enfatizar que algunos clientes (por ej., aquellos con trastornos coexistentes), necesitan servicios más intensivos.

Los problemas del sistema en el programa de tratamiento, pueden ser por sí solos obstáculos para la recuperación inmediata y estable. Por ejemplo, muchas facilidades tienen largas listas de espera. Algunos programas exigen una gran cantidad de papelería para entrar, lo cual desanima a los clientes con pocas destrezas académicas. Los clientes con problemas legales sobresalientes no son aceptados en estos programas. El apoyo financiero con el que cuentan los clientes en tratamiento puede desaparecer. Por ejemplo, una madre cuyo tratamiento esté cubierto por Medicaid, podría perder la elegibilidad cuando acepta un trabajo con mejor paga. Algunos clientes sumamente motivados enfrentan barreras de lenguaje significativas en programas locales si éstos no hablan el idioma nacional. Los clientes con trastornos coexistentes que están tomando medicamentos psicoactivos, podrían no ser bienvenidos a algunos grupos de la AA.

El volvérselo a pensar y dudar, ocurre hasta con los clientes más motivados con planes de cambio considerados cuidadosamente. No es poco común tener un ataque o arrepentimiento o “echarse para atrás”. Una expresión que usan los miembros de la AA es “salirse de la nube rosa”. Volvérselo a pensar puede surgir tan pronto como el cliente sale de la oficina, o varias semanas después de haber comenzado el plan de cambio. Normalice esta experiencia para los clientes y, al mismo tiempo, haga planes específicos para lidiar con ésta. Es una tarea importante para ayudar a los clientes a vencer sus dudas. Usted puede insistir en que su cliente llame tan pronto como surjan dudas o discutir otras estrategias como asistir a más reuniones de AA, o llamar una persona de confianza (vea más adelante). Algunos clientes mantienen disulfiram para usarlo cuando se sienten abrumados por los deseos y ganas.

Reclutando Apoyo Social

El apoyo social es una influencia importante para que se dé o no el cambio y si se mantiene o no (Sobell et al., 1993b). No es suficiente pensar en el apoyo social en términos de cantidad o inclusive de cualidad. Al tratar el abuso de sustancias, cuestione al cliente si el sistema de apoyo social de éste está apoyando su uso de sustancias continuo. Por ejemplo, dentro del Proyecto “MATCH”, los resultados del tratamiento fueron predecibles debido a cómo apoyaba la extensión de la red social del cliente, el consumo de bebida o la sobriedad (Grupo de Investigación del Proyecto “MATCH”, 1997a,

1997b). Los que contaban con un buen apoyo social obtuvieron mejores resultados generales. Los que tenían redes sociales que en el momento de admisión apoyaban continuar el consumo de bebida, tuvieron la tendencia a menos abstinencia en el seguimiento, con una excepción importante. A estos clientes les fue mejor cuando su tratamiento los ayuda a participar en AA. En esencia, AA les proporcionó una nueva red social de apoyo para la sobriedad (Grupo de Investigación del Proyecto “MATCH”, 1997b). Cuando su cliente tiene menos personas significativas, o ninguna, que le puedan ayudar a estimular la sobriedad, es importante ayudar a su cliente a construir una nueva estructura social que apoyará el esfuerzo para el cambio.

Como clínico, usted es un apoyo central para sus clientes, pero no les puede proporcionar todo el apoyo que necesitan. En general, una persona que apoya es alguien que escuchará y no emitirá juicios en exceso (o que por lo menos se resistirá a hacerlo). Esta persona de apoyo deberá tener una actitud de ayuda y estimulante hacia el cliente, en lugar de ser crítico o sermonear. Idealmente, esta persona no usa o malusa sustancias y entiende los procesos de la dependencia de sustancias y el cambio. La Hoja de Trabajo para el Cambio (dada en la Figura 6-1), incluye espacio para reclutar personas de apoyo y describe cómo pueden ayudar. Como se ha discutido en el Capítulo 4, las personas significativas preocupadas, pueden aprender las destrezas y técnicas de la entrevista motivacional y convertirse en patrones efectivos en el cambio.

Puesto que el apoyo social a menudo acarrea formar parte con el cliente en actividades que son alternativas al uso de sustancias, los amigos cercanos con quien el cliente tenga un historial de intereses compartidos que no sea el uso de sustancias, son buenos candidatos para este rol de ayuda. Por supuesto, los miembros de los grupos sociales organizados en torno al consumo de bebida y al uso de drogas, posiblemente no ofrezcan la clase de apoyo que su cliente necesita durante la recuperación.

Además de reparar o recuperar vínculos con miembros de la familia y otras personas significativas útiles, los clientes pueden encontrar apoyo de personas en, por ejemplo, iglesias, centros recreacionales y organizaciones de voluntarios comunitarios. Para establecer estos contactos, estimule a los clientes a explorar y discutir una época en sus vidas antes de que el uso de sustancias se volviese el eje central.

Pregúntele que le daba significado a su vida en ese momento.

Los clientes podrían encontrar nuevos amigos de apoyo en organizaciones prosociales como los grupos mentores con modelo en “Big Brothers” y “Big Sisters”. Los compañeros en AA y otros grupos de auto-ayuda, son apoyos importantes en las vidas de muchos clientes bajo recuperación. Las Casas Oxford y otras opciones parecidas de albergue de tratamiento, tienen sistemas de apoyo sociales incorporados. Para algunos clientes, especialmente los que padecen problemas físicos crónicos o enfermedades mentales severas, los equipos de manejo de caso proporcionan una sensación de seguridad, estructura y apoyo.

Al ayudar a los clientes en reclutar apoyo social, esté particularmente pendiente a los que tienen destrezas sociales pobres o redes sociales limitadas. Algunos clientes podrían aprender destrezas sociales y formas para estructurar su tiempo libre, y esos pasos pequeños se pueden incorporar en el plan de acción. Algunos clientes no se pueden concertar con ninguna unidad social que no esté organizada alrededor del uso de sustancias. Es más, la dependencia de sustancias podría haber reducido tanto su enfoque, que puede ser que tengan dificultad recordando actividades que una vez despertaron su interés o les resultaron atractivas. Sin embargo, la mayoría de la gente guarda algún secreto, deseos insatisfechos de llevar a cabo alguna actividad en algún momento de sus vidas. Pregunte sobre estos deseos. Un cliente podría querer aprender bailes de salón, otro un arte marcial o tomar una clase de escritura creativa. Planear un cambio podría ser una época particularmente fértil para que los clientes reconecten con sus esperanzas perdidas, y tratar de lograr esas actividades proporciona oportunidades de hacer nuevos amigos.

Por último, al ayudar a los clientes a reclutar apoyo social, evite el estereotipo del solitario auto-suficiente. A pesar de que la visión inicial de las personas con dependencia de sustancias, las caracterizaban como desconectadas de las relaciones principales y viviendo una existencia como “gato de callejón”, la evidencia acumulándose de varios países, indica que la mayoría está muy vinculada a sus familias (Stanton, 1997). De hecho, sus tasas de contacto con los miembros de la familia –especialmente con las madres– es a menudo mayor que las tasas para adultos sin problemas de uso de

sustancias. Además de presentar evidencia de estos vínculos estrechos y de la efectividad del apoyo de la familia, Stanton proporciona una visión general de siete acercamientos para comprometer a los clientes con el tratamiento al reclutar el apoyo de los miembros de la familia y otras personas significativas. Describir estos métodos está por encima del alcance de este “TIP”; sin embargo, este repaso es un recordatorio valioso de que los estereotipos como el del solitario, son barreras significativas para el tratamiento efectivo (Stanton, 1997),

Educando su Cliente acerca del Tratamiento

Para asegurar una transición llevadera hacia el tratamiento, extraiga y explore las expectativas de sus clientes para que obtenga cualquier malentendido o información errónea que puedan tener. Este paso se conoce como incorporación de un papel, el cual es el proceso de educar a los clientes acerca del tratamiento y prepararlos para participar completamente y obtener lo que necesitan. Pídales que compartan los sentimientos que puedan tener cuando asisten a la terapia de grupo o a una reunión de auto-ayuda. La incorporación de un papel hace surgir las expectativas del cliente de acuerdo con las realidades del tratamiento y reduce la posibilidad de sorpresas. La investigación demuestra consistentemente que la retención en el tratamiento, tiene una fuerte relación positiva con la expectativa de un cliente y la incorporación de un papel evita que se abandone el tratamiento pronto (Zweben y Li, 1981).

Si refiere sus clientes a otro programa, repase con éstos lo que usted conozca de su filosofía, estructura y reglas, así como cualquier idiosincrasia con la que usted esté familiarizado. Las cintas de video disponibles, pueden dar a los clientes cierta sensación de cómo puede ser cierta terapia grupal o individual, o qué esperar al asistir a una reunión de AA o de los 12 Pasos. La mayoría de los programas también llevan a cabo su propia incorporación de un papel. Por ejemplo, en el momento de admisión a los clientes se les da una lista de sus derechos y responsabilidades, incluyendo las reglas acerca de darlos de alta involuntariamente, y se les da una oportunidad para discutir la lista.

Al proveer información acerca de un programa, asegúrese de confirmar con su cliente que nada de lo que usted ha descrito interrumpirá el plan de cambio. Algunos aspectos del programa, como el costo, el requisito de traer una persona

significativa ciertas reuniones o la localización, pueden hacer que los clientes consideren que el programa no funcionará para ellos. Podrían estar reacios a sacar a relucir este aspecto después de haber llegado tan lejos con el plan de cambio. Esas reacciones se deben explorar, especialmente en términos de la ambivalencia recurrente. A menudo implican un malentendido acerca del programa.

Otro aspecto importante de la incorporación de un papel, es educar a los clientes en cuanto a qué esperar en términos de la retirada física de las sustancias. Los síntomas – o la reacción de rebote – pueden ir desde dificultad mínima hasta extrema y prolongada. La información precisa ayuda a dar a los clientes una sensación de control, a pesar de que muchas de las reacciones son subjetivas y difíciles de anticipar. Aún así, es importante decir a sus clientes que ciertas reacciones físicas y psicológicas al dejar de usar sustancias, son normales y relativamente predecibles. Por ejemplo, muchos usuarios de heroína que han dejado de usarla, informan que el cuarto día de abstinencia es el más difícil. Los clientes pueden tener una reacción fuerte y visceral al ver agujas. Un anuncio de televisión que muestre detergente en polvo blanco puede provocar unos deseos urgentes. Los síndromes prolongados e inesperados, pueden ocurrir a tanto como 30 días después de usar por última vez sustancias como las benzodiacepinas y cocaína. Algunos clientes tienen sueños tan reales de que están usando sustancias, que cuando se despiertan creen que en realidad volvieron al uso de sustancias, con todos sus miedos y confusiones. Durante las primeras semanas de abstinencia, algunos clientes informan sentirse como si se estuvieran volviendo locos. Entonces, saber lo que se puede esperar, les proporcionará la seguridad que necesitan.

Iniciando el Plan

Muchos planes de cambio tienen una fecha específica de inicio. A algunos clientes les gusta marcar este nuevo inicio con un ritual que no sólo es un adelanto sino que simboliza dejar atrás comportamientos viejos. Por ejemplo, algunos podrían quemar o deshacerse en cierta forma ritual de parafernalias de uso de sustancias, cigarrillos, jarras de cerveza o licor.

Dependiendo de si los clientes planean continuar con las sesiones regulares de tratamiento con usted, dar seguimiento a un referido o iniciar el auto-cambio, decida con éstos si se comunicarán con usted y con qué frecuencia. Como alternativa, si no tienen expectativas de continuar en tratamiento con usted, podría hacer arreglos para llamarlos periódicamente para demostrarles su apoyo e interés continuo.

Cualesquiera que sean los arreglos, todos los clientes deben irse de su oficina entendiendo que pueden regresar o llamar si necesitan más estímulo u apoyo, o para renegociar el plan de cambio. Muchos programas tienen arreglos acerca de comunicarse con otras facilidades o servicios a las cuales refieren pacientes para poder asegurarse de si la transición se logró satisfactoriamente. Si no, usted debería tener un protocolo para contactar a los clientes que no siguen el referido y volver a visitarlos para ayudarlos en el futuro.

Los clientes con un plan de cambio cuidadosamente diseñado, un conocimiento de las situaciones riesgosas así como de las barreras potenciales al comenzar, y un grupo de amigos de apoyo o parientes preocupados, deberían estar completamente preparados y listos para pasar a la acción para cambiar. Por ejemplo, un cliente que está trabajando en la restauración de un carro antiguo, podría pasar docenas de horas tratando de entender por qué el motor no funciona ininterrumpidamente; desarmando y armando sistemáticamente varias piezas del motor hasta que encuentra el problema. Este acercamiento persistente y paciente para resolver el problema y la curiosidad que implica, podría enmarcarse como fortalezas valiosas para identificar y solucionar problemas con el uso de sustancias. Otras formas de apoyar la autoeficacia de su cliente incluye lo siguiente (Marlatt y Gordon, 1985):

- Enfaticé que el cambio es un proceso gradual.
- Concéntrese en la adquisición de nuevas destrezas en lugar de detener la actividad “inmoral”.
- Proporcione retroalimentación periódica y específica acerca del proceso.

7 De la Acción al Mantenimiento: Estabilizando el Cambio

La verdadera prueba del cambio para... el comportamiento adictivo... es un cambio a largo plazo sostenido durante varios años... en esta etapa [mantenimiento], el comportamiento nuevo se establece con mayor firmeza, y la amenaza de... un regreso a los viejos patrones se vuelve menos frecuente y menos intenso... Ayudar a los clientes a aumentar su sentido de autoeficacia, es una tarea importante en estas etapas... Los individuos en las etapas de acción y mantenimiento podrían necesitar destrezas además de las estrategias motivacionales.

DiClemente, 1991

El mantenimiento no es una ausencia de cambio, sino la continuidad del cambio

Prochaska y DiClemente, 1984.

Un estilo de consejería motivacional se ha estado usando principalmente con clientes en las etapas de precontemplación a contemplación, mientras pasan a comenzar el cambio de comportamiento. Muchos clientes y clínicos creen que el tratamiento formal es un terreno diferente – practicado de acuerdo a varias filosofías y procedimientos que guían las diferentes modalidades – donde las estrategias motivacionales ya no se necesitan. Esto no es cierto por dos razones. En primer lugar, el cliente aún necesita una cantidad sorprendente de apoyo y estímulo para quedarse con el programa seleccionado o el curso del tratamiento. Inclusive después de haber sido dado de alta exitosamente, necesitan el apoyo y el estímulo para mantener las ganancias que han logrado y para manejar las crisis que podrían hacer que regresaran a los comportamientos problemáticos. En segundo lugar, muchos clientes llegan al tratamiento en una etapa de cambio que en realidad antecede

a la acción o vacilan entre algún nivel de contemplación – con la ambivalencia correspondiente – y la acción continua. Es más, los clientes que toman acción se enfrentan de pronto con la realidad de dejar o reducir el uso de sustancias. Esto es más difícil que tan solo contemplar la acción. Las primeras etapas de recuperación exigen tan solo pensar en el cambio, lo cual no es amenazante como el hecho de implementarlo.

Este capítulo lida con las formas en que las estrategias motivacionales pueden usarse efectivamente en distintos niveles del proceso del tratamiento formal. La primera sección discute la importancia de entender y hacer resaltar las dudas y reservas naturales del cliente en cuanto al tratamiento, justo después de la admisión, de manera que puedan permanecer el tiempo suficiente como para beneficiarse del proceso, en lugar de abandonarlo prematuramente. La próxima parte resume formas de ayudar a sus clientes a planificar el

cambio estabilizador, desarrollar estrategias de manejo para evitar o difuminar las situaciones de alto riesgo y reclutar el apoyo familiar y social. La tercera sección describe las clases de refuerzos alternativos que se pueden usar, incluyendo un acercamiento con un espectro abarcador que intenta hacer un estilo de vida sin consumo más atractivo y recompensante que el comportamiento auto-destructivo anterior.

Comprometiendo y Conservando a los Clientes en el Tratamiento

La renuncia prematura del tratamiento – deserción temprana – es una de las preocupaciones principales de los clínicos y de los investigadores (Kolden et al., 1997; Zweben et al., 1988). La literatura sobre el tratamiento para los usuarios de sustancias ilícitas, encuentra que la cantidad de tiempo que pasan en tratamiento, es un indicador consistente de resultados más favorables (por ej., Simpson et al., 1997). Los resultados más pobres en términos del uso continuo de sustancias y el comportamiento criminal, así como un regreso rápido al uso diario de sustancias, están asociados con episodios de tratamientos más cortos (Pickens y Fletcher, 1991). Este hallazgo sólido de la literatura sobre resultados, contrasta con otros hallazgos de investigaciones, en los que las intervenciones breves pueden ser tan efectivas como el cuidado más intensivo (Bien et al., 1993b) y de que los resultados rara vez difieren cuando a los clientes se les asigna más tratamiento al azar, en lugar de un tratamiento menos intensivo.

Las causas para una terminación prematura del tratamiento son variadas. Para algunos clientes, la deserción, faltar a citas o no cumplir con otros aspectos del programa de tratamiento, son mensajes claros de desánimo, desilusión, o cambio de opinión. Para otros, desertar del tratamiento sin discutir esta opción con usted, no necesariamente indica insatisfacción o resistencia, sino más bien una decisión de que las cosas van bien y que el cambio deseado se puede lograr y mantener sin su ayuda o monitoreo continuo (DiClemente, 1991).

A lo mejor el predictor de éxito más fuerte contra el fracaso o la deserción en el tratamiento externo, es la severidad de la dependencia a las

sustancias al momento de entrar al mismo (McLellan et al., 1994) y, más específicamente, el resultado negativo a una prueba de orina contra uno positivo al momento de admisión (Alterman et al., 1996, 1997). Por ejemplo, un estudio encontró que los pacientes usuarios de cocaína, con un cernimiento positivo a una prueba de orina en el momento de admisión, tenían menos de la mitad de probabilidad de completar el tratamiento o lograr la abstinencia inicial que los que sometieron pruebas de orina con resultados negativos (Alterman et al., 1997). Con los problemas de alcohol, la relación entre la severidad y el resultado, es menos obvio (Grupo de Investigación del Proyecto “MATCH”, 1997a).

A pesar de que mucha de la investigación se concentra en los predictores de la retención en el tratamiento, incluyendo las características del cliente y del terapeuta, el ambiente del tratamiento, los elementos terapéuticos y las interacciones entre estas variables, Kolden y sus colegas concluyen que hay demasiados factores para análisis práctico y por tanto, los predictores del cumplimiento con el tratamiento, siguen siendo elusivos (Kolden et al., 1997).

Sin embargo, estos investigadores y otros más informan variables que demuestran alguna correlación con la retención del tratamiento o que parecen, intuitivamente, afectar la terminación temprana. Por ejemplo, el grado de congruencia entre las expectativas de los clientes y los clínicos sobre los elementos del tratamiento y la duración, juega un papel importante en la retención, así como el interés expresado por parte del clínico a través de pequeñas acciones como llamadas telefónicas entre sesiones o exploración interactiva y acuerdo sobre las metas del tratamiento. El “fracaso” puede estar vinculado a una alianza terapéutica pobre, la cual podría reflejarse en las destrezas clínicas. La estabilidad social, el tratamiento anterior, expectativas para reducir el uso futuro de sustancias, dosis de metadona más altas y una motivación mayor – definida aquí como un deseo o la necesidad de ayuda percibida – parecían predecir que los clientes usuarios de derivados de opio, permanecerían en tratamiento de metadona durante más de 60 días (Simpson y Joe, 1993). Es más, los estudios de las comunidades terapéuticas, demuestran que una psicopatología menos severa y una motivación mayor y la preparación – definida como el deseo de cambiar y el uso del tratamiento para cambiar –, son predictores positivos de la retención (por

ej., DeLeón et al., 1994). Como contraste, una combinación de desconfianza en los programas de tratamiento y un sentido de autoeficacia que dice “*algo va a funcionar para mí*”, son predictores de éxito para lograr la sobriedad a través de AA (Longshore et al., 1998). Los estudios también demuestran grandes diferencias entre el personal clínico con el porcentaje de clientes que desiertan del tratamiento (Miller, 1985b).

Por lo menos tres estudios sugieren que la entrevista motivacional, puede ser un aditamento útil para aumentar la retención del cliente y la participación en el tratamiento. En el primer estudio, un grupo de residentes admitidos a un programa de tratamiento para alcoholismo con una duración de 13 días, recibió dos sesiones de avalúo y retroalimentación inmediata, proporcionada con un estilo motivacional que enfatizaba la empatía y el apoyo (véase el Capítulo 4) como parte del proceso de admisión (Brown y Miller, 1993). A pesar de que la intervención motivacional añadía sólo 2 horas más al protocolo de rutina, los terapeutas informaron que los residentes que participaron, estaban más involucrados en el tratamiento posteriormente que sus contrapartes no asignados a la intervención motivacional. Es más, la atención extra y el apoyo que ofrecía la intervención motivacional, dio como resultado un 64 por ciento de resultados favorles (por ej., abstinentes o asintomáticos) en un seguimiento de 3 meses, comparado con 29 por ciento del grupo control.

Del mismo modo, Aubrey encontró una retención a tratamiento significativamente mejor, menos uso de alcohol y menos consumo de drogas ilícitas entre los adolescentes a quienes se les dio una sesión de entrevista motivacional y retroalimentación personal al entrar al tratamiento por abuso de sustancias (Aubrey, 1998). Los adolescentes que recibieron la sesión de entrevista motivacional, completaron casi tres veces más sesiones (un promedio de 17) comparados con los que recibieron el mismo programa ambulatorio sin la entrevista motivacional (un promedio de seis sesiones). La abstinencia en el seguimiento, también fue dos veces mayor cuando la sesión inicial sencilla se añadía.

En el tercer estudio, de usuarios de derivados de opio en un programa de tratamiento ambulatorio con metadona, en Australia, una intervención de una hora de duración, usando técnicas de

entrevista motivacional al inicio del tratamiento, dio como resultado un compromiso aumentado y más inmediato hacia el tratamiento y la abstinencia entre los participantes (Saunders et al., 1995). Algo considerablemente sorprendente para un aditamento tan breve al tratamiento, es que estos pacientes tuvieron menos problemas, mayor cumplimiento con el tratamiento, mejor retención, y un regreso menos rápido al uso de derivados de opio después del tratamiento, que un grupo control que recibió una intervención educativa. A pesar de que 40 por ciento de los clientes estudiados desertaron al tratamiento luego de los 6 meses, sólo 30 por ciento de los clientes que participaron en la intervención motivacional adjunta, dejaron el tratamiento para la misma época, comparados con casi la mitad (79 por ciento) del grupo control.

Otro hallazgo interesante, fue que los clientes que entraban a tratamiento con metadona, no estaban necesariamente en una etapa de acción de cambio como se esperaba. En cambio, parecían presentar todas las etapas y pasar rápidamente en ciclos de precontemplación y mantenimiento de atrás hacia adelante. Un gran porcentaje (38 por ciento) del grupo que participaba en la intervención motivacional, estaba completando el cambio durante la admisión, y 37 por ciento de este grupo estaba en una etapa de acción 3 meses después. A manera de contraste, 35 por ciento del grupo control aún no estaba considerando el cambio (precontemplación) en la admisión y un porcentaje en aumento (47 por ciento) aún seguía en esta etapa del proceso del cambio a los 3 meses. Esto acentúa la necesidad de evaluar cuán *listos* están los clientes para el cambio, independientemente de cuales sean las circunstancias externas. Los límites entre las etapas de cambio parecen ser variables, inclusive para los clientes cuya motivación para el cambio la aumenta el estilo de consejería del clínico y las estrategias terapéuticas.

Estrategias Específicas para Aumentar el Compromiso con el Tratamiento y la Retención

Las estrategias discutidas en esta sección, han sido encontradas útiles por algunos clínicos para aumentar la involucración, o participación de los clientes en el tratamiento y para reducir la deserción temprana. Todas acarrean cierta aplicación de los acercamientos motivacionales que ya se han delineado en los capítulos anteriores.

Desarrolle afinidad

Como se señaló en los Capítulos 3 y 4, el estilo del clínico es un elemento importante para establecer afinidad y construir una relación de confianza con los clientes. Los principios de la entrevista motivacional ejemplifican métodos probados para comunicarse con sus clientes y entender sus perspectivas individuales y valores personales, que sean contrarias a las suyas o a las del programa. La empatía precisa y escuchar atentamente (destrezas centradas en el cliente para sacar de éstos preocupaciones por medio de un proceso interactivo que facilita la empatía), se han descrito y estudiado abarcadoramente en la investigación clínica.

Los clientes confiarán en usted si se sienten cómodos y seguros dentro del ambiente de tratamiento. Sus reacciones naturales podrán depender de factores como el género, edad, etnia y experiencia previa. Por ejemplo, las minorías étnicas pueden traer una reticencia a la situación clínica que esté basada en las experiencias negativas de vida, o en los problemas que hayan enfrentado con episodios tempranos de tratamiento. Inicialmente, para los clientes y otras personas que han sufrido de opresión o abusos, la seguridad en el ambiente de tratamiento es un aspecto particularmente importante.

Los programas pueden crear formas innovativas para hacer que sus clientes se sientan bienvenidos en un medio ambiente familiar o dentro de un esfuerzo compartido. Por ejemplo, los afroamericanos se llaman unos a otros hermano y hermana, y los nativoamericanos se consideran unos a otros parientes. Algunos programas de tratamiento proporcionan una comida para ayudar a que los clientes se sientan parte de una familia. En un programa que atiende nativoamericanos, el trauma y el dolor de un cliente se trata “rindiendo honores”. Por ejemplo, si una persona está experimentando un problema, se puede pedir una choza para sudar como un ambiente apropiado y seguro en el cual manifestar los sentimientos y obtener retroalimentación. Es importante honrar la petición, y ser invitado es un honor. Participar en una choza para sudar permite a los nativoamericanos abarcar su orgullo étnico y honrar la espiritualidad nativoamericana, de este modo estimulando una sensación de pertenencia. En otro programa nativoamericano, una mujer joven que estaba luchando para detener el uso de sustancias, vuelve a comenzar a usarlas. En lugar de castigarla o aislarla, el grupo la selecciona

para que cuide el fuego en la choza para sudar, una posición de honor. El respeto del grupo hacia el individuo, trasciende su comportamiento actual. La racionalización es que sin la continuidad de este vínculo, la mujer no podría tener una oportunidad para escoger cambiar su comportamiento en el futuro.

La expresión indirecta es otra forma de ayudar a los clientes de algunas culturas a sentirse cómodos. Las metáforas, cuentos, leyendas o proverbios pueden explicar, por medio de ejemplos, una situación que los clientes pueden interpretar. Por ejemplo, a los clientes que parecen tener dificultad pidiendo ayuda a otros, usted podría contarles un cuento o usar una expresión para ilustrar ese punto. La mayoría de los clientes lo “captarán” y tendrán un entendimiento claro de lo que se está comunicando sin sentir ninguna falta de respeto. Usted simplemente pondrá un concepto sobre la mesa; los clientes entonces interpretarán y sacarán sus propias conclusiones.

Inicie a los clientes en su rol

Como se discutió en el Capítulo 6, sus clientes se tienen que familiarizar con usted y la agencia. Diga a sus clientes explícitamente lo que implica el tratamiento, lo que se espera, y qué reglas existen. Si el cliente no se ha preparado con una fuente de referencia, repase exactamente que pasará en el tratamiento para que se elimine cualquier confusión. Use lenguaje que el cliente entienda. Asegúrese también de estimular preguntas y aclarar lo que parezca desconcertante o sin justificar. Algunos querrán saber por qué la clínica no tiene un mejor horario, por qué se no se aprueba holgazanear, por qué tienen que asistir a sesiones grupales en un horario específico, o qué significa participar en el tratamiento. Este es el momento de explicar qué información se tiene que transmitir a una agencia que refiere a tratamiento obligatorio, incluyendo lo que significa consentir a que se revele información. Iniciar la participación en un rol de por sí solo, no evita la terminación temprana, pero si aclara al cliente lo que se espera desde la perspectiva del programa (Zweben et al., 1988).

Explore las expectativas del cliente y determine las discrepancias

Una de las primeras cosas que hay que discutir con los clientes nuevos, es sus expectativas acerca del proceso de tratamiento, incluyendo las experiencias pasadas y si hay discrepancias serias con la realidad del tratamiento que se

planea. Para disminuir la intromisión, pida permiso antes de ahondar en estos aspectos privados y a veces dolorosos. Entonces pida a los clientes que elaboren acerca de lo que esperan y cuáles son sus impresiones iniciales, esperanzas y miedo acerca del tratamiento. Mostrar a los clientes una lista de preocupaciones que hayan tenido otras personas bajo tratamiento, puede ayudarles a sentirse más cómodos al expresar las suyas, que posiblemente sean parecidas. Algunos de estos miedos son los siguientes:

- El clínico confrontará e impondrá las metas del tratamiento.
- El tratamiento tomará demasiado tiempo y exigirá al cliente renunciar a mucho.
- Las reglas son demasiado estrictas, y el cliente será dado de alta ante cualquier infracción mínima.
- No se recetará medicamentos para los síntomas de retirada dolorosos.
- El programa no entiende a las mujeres, los miembros de grupos étnicos diferentes, o personas que hayan tomado una sustancia en particular o una combinación de sustancias.
- Un cónyuge u otro miembro de la familia, tendrá la obligación de participar.

Muchos clientes tendrán expectativas negativas basadas en episodios de tratamiento anteriores y generalmente infructuosos. Un acercamiento motivacional puede hacer que el cliente manifieste sus preocupaciones sin sentirse juzgado. Todo cliente necesita una oportunidad para ventilar las ansiedades o las reacciones negativas del proceso de tratamiento y que se validen como normales: no castigables, sino terapéuticas. Esto es particularmente importante para clientes que se sienten forzados asistir al tratamiento por alguien más (por ej., patrono, corte, esposa) y temen revelar preocupaciones o reacciones negativas que se puedan usar en su contra.

Las esperanzas irreales acerca de que se puede lograr con el tratamiento – particularmente sin mucho trabajo por parte del cliente –, son tanto peligrosas como seductoras, pero hay que hacerlas surgir. El cliente podría creer, por ejemplo, que el tratamiento restituirá su matrimonio o borrará la culpa por el accidente fatal que tuvo antes de la admisión. A lo mejor el cliente espera que el tratamiento incluya acupuntura como parte del tratamiento, y esta no sea una opción. Ser honesto acerca de lo que el

programa puede hacer y que no (por ej., pagar una renta, eliminar los efectos del abuso sexual infantil, contrarestar una educación pobre).

Es importante que usted logre un entendimiento con el cliente acerca de las expectativas positivas y negativas antes de entrar al verdadero trabajo del cambio. Las percepciones, esperanzas y preocupaciones cambiarán: cuando se eliminen las viejas, surgirán posiblemente nuevas.

“Inmunice” al cliente contra las dificultades comunes

Durante el tratamiento, los clientes podrían tener reacciones negativas o momentos vergonzosos cuando revelan más de lo que habían planeado, reaccionar demasiado emotivamente, entender discrepancias en la información que han suministrado, o reprimir expresiones dolorosas acerca de cómo han herido a otros o puesto en peligro sus propios futuros. Una forma de impedir la terminación temprana impulsiva como respuesta a estas situaciones, es “inmunizar” o “inocular” a su cliente: anticipe y discuta esos problemas antes de que ocurran, indique que son una parte normal del proceso de recuperación y desarrolle un plan para manejarlos. Advierta al cliente, por ejemplo, que puede ser que quiera regresar a tratamiento inmediatamente después de una situación como esa y que esto es una reacción común. Los clientes pueden querer mantener un diario de cualesquiera reacciones fuertes o adversas, de manera que las puedan discutir o se las revelen en las siguientes sesiones o inclusive por teléfono entre sesiones (Zweben et al., 1988). Este consciente de los aspectos culturales cuando intente inmunizar los clientes contra las dificultades que se puedan esperar. La cultura nativoamericana, por ejemplo, se siente más cómoda con el intercambio visual y oral de información que con la palabra escrita. El uso del arte (por ej., dibujos, collages) o el portador de la pluma (el orador en una reunión grupal), podría ser útil al identificar dificultades comunes o esperadas para estos clientes.

Investigue y resuelva barreras para el tratamiento

Según progrese el tratamiento, los clientes podrían experimentar o revelar otras barreras que impidan el progreso y puedan provocar la terminación temprana a no ser que se resuelvan. Estas barreras pueden incluir no entender con facilidad los materiales escritos, tener dificultad al hacer arreglos de transportación o al conseguir cuidado para los niños, o no tener

suficientes fondos o cubierta de seguro médico para continuar con el tratamiento según se planificó al principio. Algunos clientes no se sienten listos para participar, o lo reconsideran de pronto. Esto usualmente sucede porque un cambio planeado es demasiado amenazador en la realidad o anticipadamente.

Si las barreras no se pueden vencer mediante un arreglo mutuo satisfactorio, podría ser necesario que se interrumpa el tratamiento u hacer otro referido. Discuta la ruptura temprana del compromiso desde el principio y considere qué opciones podrían ser aceptables para usted y su cliente. Enfatique que está bien tomarse un receso del tratamiento, de ser necesario, para dar tiempo a considerar las alternativas y prepararse para actuar de acuerdo a éstas, pero defina las expectativas de que vuelva al tratamiento o programe la fecha de regreso al mismo. Esta clase de “receso terapéutico” es una opción cuando otras técnicas motivacionales han fallado (Zweben et al., 1988).

Aumente la congruencia entre la motivación intrínseca y extrínseca

Ryan y sus colegas encontraron que la motivación interna está asociada con el aumento de la involucración del cliente y la retención en el tratamiento, pero una combinación de motivación interna y externa parece promover una respuesta inclusive más positiva al tratamiento. Concluyeron que la coerción o la motivación externa en realidad puede amoldarse a las percepciones de los clientes sobre los problemas y de la necesidad de tratamiento y de cambio (Ryan et al., 1995). Por tanto, explore el significado de los motivadores externos para sus clientes. Percibir las fuerzas coercitivas como positivas – y compatibles con las preocupaciones de los clientes – podría ser más útil que tratar de convertir toda la motivación externa en intrínseca. Estos investigadores también especularon que cierta cantidad de tensión emocional acerca de los problemas, en lugar de un catálogo racional del impacto negativo del uso de sustancias, podría ser útil para aumentar la motivación del cliente para el cambio. La ansiedad o la depresión acerca de los problemas de la vida, pueden ser indicadores más significativos de la preparación para cambiar que la intensidad del uso de sustancias en sí.

Examine e interprete la falta de cumplimiento

El comportamiento que no cumple con el tratamiento, a menudo es una expresión poco disimulada de descontento hacia el tratamiento o el proceso terapéutico. Por ejemplo, algunos clientes faltan a citas, llegan tarde, no llenan los formularios que se les exige o se quedan mudos cuando se les pide que participen. Cualquier evento que muestre ese comportamiento, proporciona una oportunidad para discutir las razones para el comportamiento y aprender del mismo. Con frecuencia, el cliente está expresando una ambivalencia continua y no está listo para hacer el cambio. Usted puede explorar el incidente de una manera que no emita juicio y que solucione el problema, de manera que pruebe si es intencional y si se puede encontrar una explicación razonable para la reacción. Por ejemplo, una cliente podría llegar tarde como un gesto de desafío, para reducir lo que anticipa va a ser una sesión tensa, o porque su automóvil se estropeó. El significado del evento se tiene que establecer y entonces entenderse en términos de precipitar emociones o ansiedades y las consecuencias resultantes.

Como con todas las estrategias motivacionales, es importante extraer las percepciones e interpretación del evento por parte de su cliente. Generalmente, si usted puede lograr que los clientes verbalicen sus frustraciones, ellos mismos manifestarán las respuestas. Hacer preguntas como: “¿Qué cree que está interfiriendo con que no llegue a tiempo?”, es como extraer una interpretación de los clientes y establecer un diálogo. Usted puede contestar escuchando atentamente y añadir su propia interpretación o afirmación. Por ejemplo, usted puede observar que los clientes que llegan tarde a las citas a menudo no terminan el tratamiento y describa cómo otros han solucionado el problema en el pasado. Sin embargo, no olvide felicitar al cliente simplemente por el hecho de que haya llegado hasta ahí.

Finalmente, se han explorado respuestas alternativas a situaciones parecidas, de modo que el cliente encuentre un mecanismo de manejo más aceptable que sea consistente con las expectativas del tratamiento. A menudo, esta exploración del comportamiento de incumplimiento, revela formas en que las metas del tratamiento o actividades se deben reducir o cambiar. Use la falta de cumplimiento como una señal de que usted tiene que conseguir más

información o cambiar de estrategia. Esto es mucho más útil que simplemente el cliente retirándose y desertando del tratamiento (Zweben et al., 1988). Los medios para responder cuando se faltan a citas, aparecen detallados en la Figura 7-1.

Las claves o indicadores de la ambivalencia continua o la falta de preparación, con base en la investigación, que podría dar como resultado una deserción prematura y sin anticipar, a no ser que se exploren y se resuelvan, incluyen lo siguiente (Zweben et al., 1988):

- El cliente tiene un historial de cancelaciones o la deserción temprana del tratamiento.
- El cliente se siente obligado a entrar a tratamiento y teme ofender a la fuente de coerción.
- El cliente tiene poca estabilidad social.
- El cliente tiene reservas en cuanto al itinerario de las citas o no cree que pueda seguir un itinerario de rutina.
- El cliente no parece sentirse confiado de sus capacidades para el cambio positivo y parece resentir la pérdida de su posición social como parte de obtener ayuda.
- El cliente resiente completar formularios u avalúos de admisión.
- El tratamiento ofrecido es significativamente diferente de todo a lo que el cliente había estado expuesto anteriormente.
- El cliente tiene dificultad para expresar sentimientos e información personal relevante.

Comuníquese

Ciertos eventos en la vida, como la boda de un cliente, el nacimiento de un niño, una lesión traumática o enfermedad de un cliente, o varias citas pasadas por alto, podrían forzarlo a

comunicarse con el cliente para que demuestre su preocupación personal y el interés continuo en conservar la relación terapéutica y aumentar el proceso de recuperación. Sin embargo, usted tiene que cuidarse de no cruzar los límites del profesionalismo bajo riesgo de violar la privacidad del cliente o su derecho a la confidencialidad. Un ejemplo de una violación podría ser asistir al funeral de un miembro de la familia del cliente, sin consentimiento del cliente, cuando los familiares y amigos no saben que el cliente está bajo tratamiento por abuso de sustancias.

Cualquier cambio contemplado dentro de los límites de la relación terapéutica entre el clínico y el cliente, se tiene que apoyar teóricamente, haber sido reflexionado cuidadosamente, discutido con su supervisor clínico, consistente con las políticas del programa y repasado para considerar cualesquiera aspectos legales o éticos que puedan surgir. Por ejemplo, podría ser parte de las políticas de su programa que los clientes se traten sólo en las oficinas del programa. Sin embargo, si un cliente es hospitalizado, podría ser necesario que usted fuese al hospital para continuar con el tratamiento del cliente. Una acción como esa debería discutirla con su supervisor. Los aspectos de privacidad y confidencialidad que se deben tratar, incluyen conseguir una autorización escrita del cliente para revelar información al hospital, al médico del cliente y al personal auxiliar; y qué hacer si el cliente tiene un compañero de cuarto, recibe una llamada durante la sesión de tratamiento y si una sesión es interrumpida por personal del hospital. Temprano en el tratamiento, usted debería identificar la red de apoyo social de la cliente. Discuta discretamente con la cliente sus métodos preferidos para mantenerse en contacto con ella, como un consentimiento escrito para contactar a ciertos parientes o amigos. Quizás prefiera

.FIGURA 7-1 OPCIONES PARA RESPONDER CUANDO SE FALTA A UNA CITA

- Llamada telefónica
- Carta personal
- Contrato con familiares preaprobados u otras personas significativas o preocupadas
- Visita personal
- Contacto con la fuente de referencia

proporcionarle cartas a las fuentes de referencia autorizándoles a responderle si se comunica con ellos. Además, usted debería estar consciente de las costumbres culturales de la cliente y dejarse llevar por las mismas en lo que se refiere a contactarla fuera del ambiente de tratamiento por abuso de sustancias.

Breve intervención motivacional añadida

La intervención motivacional breve añadida en un estudio (Saunders et al., 1991), usó las siguientes estrategias:

- Extraer las expectativas del cliente de las llamadas cosas “buenas” acerca del uso de sustancias.
- Ayudar al cliente a hacer un inventario de las cosas menos buenas acerca del uso de sustancias.
- Invitar al cliente a reflexionar sobre el estilo de vida una vez visualizado, las satisfacciones de vida actuales, y qué estilo de vida se anticipa para el futuro.
- Hacer que el cliente determine cuáles, si alguno, de los problemas sacados a relucir, son motivo de verdadera preocupación.
- Ayudar al cliente a comparar y contrastar los costos y beneficios del comportamiento actual sostenido.
- Resaltar las áreas de más preocupación, enfatizando las discrepancias que generan incomodidad y reacciones emocionales verdaderas hacia el comportamiento actual y las consecuencias.
- Extraer y acordar sobre las intenciones futuras en lo que se refiere al comportamiento objetivo.

Planeando la Estabilización

Además de manejar los problemas que pueden interrumpir el tratamiento prematuramente, trabaje para estabilizar el cambio actual en el comportamiento problemático. Esto exige una planificación interactiva considerable, incluyendo llevar a cabo un análisis funcional, desarrollando un plan de manejo, y asegurando el apoyo familiar y social.

Llevando a cabo un Análisis Funcional

A pesar de que un análisis funcional se puede usar en varios momentos del tratamiento, puede ser particularmente informativo al preparar el mantenimiento. Un análisis funcional es un avalúo de los antecedentes comunes y de las consecuencias del uso de sustancias. A través del análisis funcional, usted puede ayudar a sus clientes a entender que los ha estado “disparando” a beber o usar drogas en el pasado y los efectos que han experimentado al consumir alcohol o usar drogas. Con esta información, usted y sus clientes pueden entonces trabajar para desarrollar estrategias de manejo para mantener la abstinencia. El siguiente acercamiento es una adaptación de Miller y Pechacek, 1987.

Para comenzar un análisis funcional, primero etiquete dos columnas en una página de papel o pizarra como “Disparadores” y “Efectos”. Luego empiece con un planteamiento como éste: “Me gustaría entender cómo el uso de sustancias se ha amoldado al resto de su vida.”

Luego, averigüe los antecedentes de su cliente: “Cuénteme sobre situaciones en las que ha estado más propenso al consumo de bebida o a usar drogas en el pasado, o las veces en que usted ha tenido tendencia a consumir más drogas o bebida. Esto podría haber pasado cuando estaba con ciertas personas, en lugares específicos, o quizás cuando se sentía de una forma específica.” Asegúrese de usar el pasado cuando hable, pues el presente o el futuro podría alterar a los clientes actualmente abstemios.

Mientras su cliente responde, escuche atentamente para que se asegure de entender. Bajo la columna de Disparadores, anote cada uno de los antecedentes. Luego pregunte: “¿En qué otro momento del pasado ha dejado de beber o usar drogas? Y registre toda respuesta.

Si su cliente completó un cuestionario de pre-tratamiento sobre el uso de sustancias, usted podría usar esta información para extraer disparadores que el cliente no haya mencionado. Por ejemplo: “He notado en el cuestionario que usted marcó que podría verse “muy tentado” a beber cuando... Hábleme de esto”. Entonces anote cualesquiera antecedentes adicionales en la columna de Disparadores.

Una vez que parezca que el cliente ha agotado los antecedentes del uso de sustancias, pregunte acerca de qué le gusta de beber o usar drogas.

Con esto usted está tratando de extraer las propias percepciones o expectativas sobre el uso de sustancias que tiene el cliente, no necesariamente los efectos reales.

Mientras el cliente ofrece voluntariamente esta información, responda escuchando atentamente para que se asegure de que entiende, y de que no comunica ni desaprobación ni desacuerdo. Anote cada una de las consecuencias deseadas en la columna de los Efectos. Luego pregunte: “¿Qué más le ha gustado acerca de beber o usar drogas en el pasado?”, y anote cada una de las respuestas.

Una vez más, si el cliente completó un cuestionario de pre-tratamiento sobre el uso de sustancias, usted puede usar esta información para extraer más consecuencias que el cliente no haya sacado a relucir. Por ejemplo: “He notado en este cuestionario que usted marcó que a menudo usaba drogas para ... Hábleme de esto”. Apunte cualesquiera consecuencias nuevas en la columna de Efectos.

Una vez que el cliente haya terminado de dar antecedentes y consecuencias, usted puede señalar cómo cierto disparador puede llevar a cierto efecto. Luego pida al cliente que identifique pares, dejando que el cliente trace líneas que conecten en el papel o la pizarra.

Para los disparadores que no sean pareados, pida a la cliente que le diga qué le habría hecho el consumir drogas o alcohol en esa situación, y trace una línea con el aspecto adecuado de la columna de los Efectos. Algunas veces no hay nada registrado que corresponda con la columna de Efectos, lo que sugiere que algo se debería añadir. Luego haga lo mismo con la columna de Efectos. Sin embargo, no es necesario emparejar todas las entradas. Con esta información, usted puede desarrollar estrategias de mantenimiento. Señale que algunas de las parejas que el cliente identificó, son comunes para la mayoría de los usuarios. Luego, usted puede decir que si la única forma en que un cliente puede ir de la columna de los Disparadores a la de los Efectos es por medio del uso de sustancias, entonces el cliente depende psicológicamente de la misma. Aclare entonces que la libertad de elección consiste en tener opciones – formas diferentes – de pasar de la columna de los Disparadores a los Efectos. Usted puede repasar las parejas,

comenzando con las que el cliente encuentre más importantes, y desarrolle un plan de manejo que capacite al cliente a lograr los efectos deseados sin usar sustancias (Miller y Pechacek, 1987).

Desarrollando un Plan de Manejo

Usted puede llevar a cabo análisis funcionales y desarrollar estrategias para cada una de las metas del tratamiento. Este acercamiento lidea con muchos factores que influyen el bienestar del cliente que trata de manejar la recuperación. Desarrollar un plan de manejo es una forma de anticipar problemas antes de que surjan y reconocer la necesidad de un repertorio de estrategias alternativas (véase Figura 7-2). Una lista de las estrategias de manejo que otros han encontrado exitosas, podrían ser particularmente útiles a la hora de desarrollar un plan y en los métodos para crear ideas que lideen con las barreras anticipadas para el cambio.

Una forma de ayudar a su cliente a aprender a cómo desarrollar estrategias de manejo, es llevar a cabo un análisis funcional sobre una actividad placentera. El proceso de desarrollar un plan de manejo, proporciona una oportunidad para el refuerzo positivo. Usted puede usar la actividad para elevar la autoestima de un cliente al decir: “¿Qué podemos aprender acerca de dónde se encuentra en la recuperación, basándonos en sus acciones? Por ejemplo, cuando usted pasó a estar con los disparadores y no consumió alcohol, ¿cómo lo hizo?” Usted puede señalar que algo tiene que haber cambiado si el cliente puede ir ahora a un bar o restaurante y no beber. Sin embargo, explore la motivación para ir al bar e informe si la razón es buena o temeraria. Un cliente que haya desarrollado estrategias de manejo firmes, debería estar consciente del peligro, pero no ser temerario.

Ocasionalmente, usted podría encontrar que sus clientes no han buscado las nuevas actividades que usted ha sugerido. En estas circunstancias, podrían ayudar a fortalecer las estrategias de manejo, aquellas estrategias parecidas que se sugirieron anteriormente cuando se faltaba a una cita. Reevalúe el plan y modifíquelo de ser necesario. Pida a su cliente que practique las estrategias de manejo mientras esté en una sesión de consejería y entonces trate de implementar la estrategia en el ambiente real.

FIGURA 7-2 ESTRATEGIAS DE MANEJO

Las estrategias de manejo no son exclusivas entre sí (por ej., se pueden usar distintas en diferentes momentos) y no son todas igual de buenas (por ej., unas requieren acercarse más a las situaciones disparadoras que otras). El punto es idearlas, hacer participe al cliente, reforzar el uso exitoso de las estrategias de manejo y considerarlas como una experiencia de aprendizaje si alguna de ellas fallase.

Ejemplo No. 1: El cliente X típicamente usa cocaína cada vez que su primo, que es un usuario regular, pasa a verlo a su casa. Las estrategias de manejo a considerar incluirán: (1) llamar al primo y pedirle que no venga más de visita, (2) llamar al primo y pedirle que no vuelva a traer cocaína cuando venga de visita, (3) si existe un patrón en cuanto a las visitas del primo, planifique estar ahí en la próxima visita, o (4) si alguien más vive en la casa, pídale que esté presente mientras el primo visita.

Ejemplo No. 2: Si la cliente Y típicamente usa cocaína cuando va a salir de noche con un grupo particular de amigos, entre los cuales uno en particular suele traer drogas. Ella está particularmente vulnerable cuando todos beben alcohol. Las estrategias de manejo a considerar podrían incluir: (1) salir con un grupo diferente de amigos, (2) salir con este grupo sólo a actividades que no impliquen el consumo de bebida, (3) separarse del grupo tan pronto como se vuelva inminente el consumo de bebida, (4) dejarle saber al suplidor que está tratando de mantenerse alejada de la cocaína y que agradecería que no se la ofreciese, (5) pedir a todos sus amigos, a uno cercano en especial, que la ayuden no usando drogas cuando ella esté cerca o diciéndole al suplidor que se la deje de ofrecer, o (6) tomar disulfiram [Antabuse] para evitar el consumo de bebida.

Ejemplo No. 3: El cliente Z usa cocaína cuando se siente cansado o tenso. Las estrategias de manejo podrían incluir (1) programar actividades de manera que pueda dormir más en la noche (2) programar actividades de manera que tenga 1 hora para relajarse al día, (3) aprender y practicar técnicas de relajación de tensión, o (4) aprender técnicas para solucionar problemas que puedan reducir las circunstancias tensas.

Asegurando el Apoyo Social y Familiar

Los clientes están inmersos en una red social que podría ser o constructiva o destructiva. Una tarea tanto para usted como para su cliente, es determinar cuáles de las relaciones sociales podrían ser de apoyo y cuáles riesgosas. Los familiares y amigos que no usan sustancias, podrían ser especialmente útiles para estabilizar el cambio, puesto que pueden monitorear al cliente y servir de modelos, y reforzar un nuevo comportamiento. Pueden mantenerse informados de dónde va al cliente y de sus actividades, involucrar al cliente en actividades y ser una fuente de apoyo emocional y financiero. Otras clases de apoyo son instrumentales (por ej., cuidado de niños, transportación), románticas, espirituales y comunales (por ej., pertenecer a un grupo u a una comunidad).

Sin embargo, las fuentes de apoyo también pueden ser elementos que producen tensión; por ejemplo, si una cliente tiene miembros familiares que dependen de ella tanto como la apoyan. El apoyo puede tener costos que a veces dejan a su cliente sintiéndose: "Ahora te debo." Ayude al cliente a señalar las razones para usar o no usar distintas clases de apoyo. Haga las siguientes preguntas a los clientes:

- ¿Qué clases de apoyo quiere?

- ¿Qué fuentes de apoyo tiene?
- ¿Qué fallas existen en su red de apoyo?

Al identificar la gama de las fuentes de apoyo que su cliente tenga disponibles, usted puede ayudarle a determinar fallas en el sistema de apoyo. Al mismo tiempo, dígame al cliente que se cuide de no depender en exceso de ninguna fuente de apoyo. Entonces, puede ayudar a desarrollar un sistema de advertencias inicial con un compañero u otra persona significativa; esta persona puede aprender a reconocer los disparadores y las señales de que su cliente está volviendo a usar sustancias y puede interferir efectivamente (Meyers y Smith, 1997). En un programa de 12 pasos, el patrocinador cumple este papel.

Trate de averiguar qué están dispuestos a cambiar en sus vidas los clientes. Cómo quieren hacer los cambios sus clientes y qué momento es el más oportuno para una preocupación en particular. En muchas comunidades, a pesar de que puede ser peligroso interactuar con los usuarios activos en términos de disparadores y acceso rápido, para algunos clientes es igual de peligroso cortar vínculos con la red social de usuarios de sustancias.

Algunas veces, los usuarios de heroína le darán la bienvenida de regreso a un miembro del grupo que haya dejado de usar la sustancia. Los clientes

que usan sustancias tienen que ser innovadores en dar con soluciones a sus problemas particulares. Los clientes rodeados de usuarios de sustancias, puede que tengan razones aceptables que dar acerca de por qué no usan sustancias en la actualidad; por ejemplo, la esposa del cliente está embarazada y no puede usar sustancias, o el cliente tiene que mantener una prueba de orina libre de sustancias para mantener su trabajo.

Sus clientes también necesitan ayuda para descifrar cómo lidiar con los suplidores de drogas. Ayúdelos a describir la naturaleza de estas relaciones y el nivel de apoyo emocional que proporciona. Algunos clientes en realidad no conocen el significado de la amistad: qué pueden esperar o con qué apoyo contar, así como las responsabilidades recíprocas. Use las técnicas de entrevista motivacional para desarrollar discrepancias, averigüe qué pretenden los clientes y qué están dispuestos a hacer para disminuir las discrepancias percibidas, e introduzca el concepto de fijar límites. Los estudios de casos de las Figuras 7-3, 7-4 y 7-5, presentan diferentes escenarios de apoyo que podrían encontrar usted y sus clientes.

Involucrar a un cónyuge o a una persona significativa en el proceso de tratamiento, también proporciona una oportunidad para entender los problemas del cliente sin intermediarios. La persona significativa puede ofrecer insumo valioso y retroalimentación en el desarrollo e implementación de las metas del tratamiento. Además, el cliente y la persona significativa, pueden trabajar colaborativamente en los aspectos que podrían entorpecer el camino hacia el logro de las metas del tratamiento. El Proyecto “MATCH”, un experimento clínico en varias

localizaciones para emparejar pacientes con tratamientos, patrocinado por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, incluyó la terapia de aumento de motivación (Miller et al., 1992). En este experimento, la mayor parte de los sujetos escogió el apoyo conyugal como el factor de mantenimiento más útil para mantener su resolución de cambiar. Este hallazgo es consistente con los de los estudios de tratamiento y de recuperación natural, de que el ambiente familiar es uno de los factores más notables asociados con los resultados positivos (Azrin et al., 1982; Sobell et al., 1993b).

Por último, algunos terapeutas modelan los comportamientos sociales en público como parte de la terapia. Algunos ejemplos incluirían modelar el comportamiento y las destrezas necesarias para las actividades diarias, como abrir una cuenta de banco o comprar alimentos. Algunos teóricos argumentan que proveer guías realistas *in vivo* es preferible a la actuación ensayada y tiesa en la oficina.

Si usted escoge o no proporcionar esta clase de “ayuda” depende, por supuesto, de su orientación terapéutica, guías, políticas del programa y conciencia del cliente sobre las prácticas culturales. Antes de emprender una estrategia como ésta, usted la debe considerar cuidadosamente, sopesando los beneficios en contra del daño posible y discutir el plan con su supervisor. Por ejemplo, salir con el cliente se puede malinterpretar fácilmente como un acto de amistad o inclusive de intimidad, en lugar de terapia. Esto puede llevar a problemas de los límites terapéuticos que los pueden poner tanto a usted como al cliente en situaciones incómodas que compliquen el tratamiento.

FIGURA 7-3 ESTUDIO DE CASO 1: CLIENTE CON APOYO SOCIAL USUARIO DE SUSTANCIAS

Contexto del cliente: María es una mujer de 30 años embarazada que vive con su hijo menor. Su novio, el padre de ambos niños, la visita frecuentemente y proporciona todo el apoyo financiero para María. Es un traficante de “crack” y un usuario. En la prueba de orina suministrada a María, como parte del cuidado prenatal rutinario, dio positivo a la cocaína. Su proveedor de cuidado de salud la refirió a una clínica de tratamiento.

Realidades terapéuticas: En la situación de María, la meta de terminar su relación con el novio no es realista, a pesar de que, a largo plazo, ella podría ser capaz de separarse de este hombre. Una confrontación directa de este aspecto sería contraproducente.

Estrategias terapéuticas: Es posible usar la consejería motivacional para estimular el progreso de María. El análisis funcional se puede usar para desarrollar algo de discrepancia y tensión entre su meta para cesar de usar cocaína durante el embarazo y las realidades de su situación de vida. Las ventajas de mantener la relación incluyen el apoyo emocional y financiero continuo. Las desventajas incluyen exponer a su niño por nacer y a su hijo a la cocaína. Dada la situación, ¿qué está dispuesta a hacer María?

FIGURA 7-3 ESTUDIO DE CASO 1: CLIENTE CON APOYO SOCIAL USUARIO DE SUSTANCIAS

Desarrollo de opciones: María nunca usa cocaína delante de su hijo, pero no siente que le puede pedir al novio que no lo haga. A lo largo de la terapia, María soluciona ciertos problemas y desarrolla estrategias de manejo que la permiten continuar viendo al padre de sus hijos sin tener drogas en la casa. La relación terapéutica se usa para aumentar su motivación a tomar algunas medidas positivas, para revisar su motivación y compromiso (el cual actualmente es para con su novio) y explorar las respuestas potenciales que empezarán a poner límites a esta situación.

Tenga en cuenta que a usted se le podría exigir informar a la agencia de beneficencia infantil cualquier preocupación acerca del uso de drogas que haya en frente del niño de la mujer. (Para más información sobre este aspecto refiérase al próximo “TIP”, *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse* [“CSAT”, en imprenta (b)].

FIGURA 7-4 ESTUDIO DE CASO 2: CLIENTE SIN APOYO SOCIAL

Contexto del cliente: Susana es una mujer de 41 años en una relación matrimonial abusiva. Ha padecido dependencia al alcohol la mayor parte de su vida adulta, pero ha comenzado esfuerzos para recuperarse luego de cinco sesiones de consejería. Su madre padece paranoia esquizofrénica, y la terapia revela que su padre, quien también padece de dependencia al alcohol, abusó sexualmente de Susana durante años mientras era una niña.

Realidades terapéuticas: Susana no mantiene comunicación con su madre y esposo abusivo. La terapia revela ahora que la única fuente de apoyo de Susana es su padre, quien abusaba de ella. Lo llama por teléfono y corta el contacto con éste. Sin embargo, mientras progresa su recuperación, no está atontada ni dócil a causa del alcohol y comienza a tener problemas serios con sus hijos. No apoyan sus esfuerzos de recuperación: quieren que vuelva a ser la mamá llevadera que bebía. La realidad terapéutica es que ahora, debido a su proceso de recuperación, Susana tiene menos apoyo emocional y social.

Estrategias terapéuticas: Como punto de partida, Susana puede entrar a un programa de 12 pasos o a un grupo de apoyo parecido para reemplazar el apoyo hacia la recuperación que ha perdido. Además, su apoyo como clínico, es integral para su recuperación. Proporcione apoyo, referidos y seguimiento, y haga esfuerzos especiales para estar disponible para ella.

FIGURA 7-5 ESTUDIO DE CASO 3: DÍA DE PAGO COMO DISPARADOR

Contexto del cliente: José es miembro de los Mohawks, vive en tierras de la tribu en el estado de Nueva York. Junto con otros miembros del grupo, recibe pagos regulares por parte del gobierno federal por el uso de tierras y los tratados, así como cheques por su participación en las ganancias del casino del grupo. Recibir estos cheques es con frecuencia un disparador para el uso de sustancias. Los cheques han reemplazado la motivación de José para conseguir un empleo lucrativo; también han eliminado la necesidad de conducta criminal para proporcionarse drogas. Puesto que los cheques del casino se vuelven cada vez mayores, el asunto se está volviendo un problema cada vez más severo para él.

Realidades terapéuticas: José usa sus cheques del casino como único sustento, sin embargo recibirlos puede convertirse en un disparador para consumir bebida

Estrategias terapéuticas: Los cheques de pago en este caso son un ejemplo del apoyo constante que ocurre independientemente del uso de sustancias. Extraiga del cliente otras formas en que el dinero se pueda usar y sean consistentemente recompensantes de acuerdo a las metas de vida del cliente, constructivas para la familia o la comunidad, promotoras de la salud y así sucesivamente. Extraiga del cliente ideas prácticas acerca de cómo evitar que el recibir los cheques dispare su uso de sustancias. Considere cómo pueden ayudar otras personas de apoyo a que el cliente redirija su ingreso, desviándose del uso de sustancias hacia otras opciones de refuerzo.

Desarrollando y Usando Los Refuerzos

Una vez que los clientes hayan planeado la estabilización al identificar las situaciones riesgosas, practicar nuevas estrategias de manejo y encontrar recursos de apoyo, todavía tienen que construir un nuevo estilo de vida que les proporcione suficiente satisfacción y compita exitosamente contra el atractivo de usar drogas. Por último, un espectro amplio de los cambios de vida se tiene que hacer si el cliente va a mantener una abstinencia duradera. Estos cambios tienen que ser adecuadamente abarcadores y persuasivos, de manera que suplanten el estilo de vida pasado con consumo de sustancias. Esto representa una tarea formidable para el cliente, cuyo estilo de vida se había vuelto más limitado debido al consumo de sustancias y a conseguirlas. Usted puede apoyar este proceso de cambio al usar reforzadores que compitan y reforzadores contingentes externos, en las fases iniciales del tratamiento, para estimular el cambio positivo de comportamiento.

Reforzadores Naturales que Compiten

Los reforzadores que compiten, son efectivos para reducir el uso de sustancias. Un reforzador que compite es cualquier fuente de satisfacción para el cliente que se pueda volver una alternativa al uso de drogas o alcohol. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que los animales de laboratorio son menos propensos a comenzar y continuar usando cocaína cuando hay una alternativa de refuerzo (en esta caso, una solución de bebida dulce) disponible en sus jaulas (Carroll, 1993). Este principio aplica a los humanos por igual; otros estudios en ambientes de laboratorio han demostrado que si se da una elección entre sustancias y dinero, la gente escoge privarse de las sustancias cuando la alternativa es lo suficientemente atractiva (Hatsukami et al., 1994; Higgings et al., 1994a, 1994b; Zacny et al., 1992). Claramente, la gente hace elecciones sobre su uso de sustancias, y esto ayuda cuando las alternativas son explícitas, disponibles inmediatamente y lo suficientemente atractivas como para competir con el uso de sustancias. Esto es el ideal que usted está tratando de lograr y los sistemas de recompensa externos pueden ser especialmente útiles. (Véase la sección del sistema de incentivos de vales en este capítulo).

El principio esencial para establecer nuevas fuentes de refuerzo positivo, es hacer que los clientes generen sus propias ideas. Usted los puede guiar hacia los refuerzos sociales, actividades recreacionales, programas de 12 Pasos y otros refuerzos de comportamiento positivos, al desarrollar un lista de actividades placenteras comunes (Meyers y Smith, 1995). La terapia de parejas es útil para ayudar a los clientes a reconectar con las cosas que solían hacer antes de haberse involucrado tanto en el uso de sustancias, o con actividades que nunca sucedieron durante la relación de la pareja porque se juntaron como una pareja usuaria de sustancias.

Es importante examinar todas las áreas de la vida de un cliente para buscar refuerzos nuevos, los cuales deben venir de fuentes variadas y ser de distintas clases. Por tanto, un revés en un área se puede contrarrestar con un refuerzo positivo en otra área. Además, debido a que los clientes tienen motivaciones que compiten, ayúdelos a seleccionar reforzadores que prevalezcan sobre el uso de sustancias a través del tiempo. Especialmente cuando el uso de sustancias permea sus vidas, dejar de consumirlas puede ser un cambio fundamental en sus vidas. Mientras la motivación para el cambio positivo se vuelve más difícil de sostener, los clientes necesitan razones fuertes para vencer los retos que podrían enfrentar.

Los pasos pequeños son útiles, pero no pueden llenar toda una vida. Abstenerse de las sustancias es un cambio abrupto y a menudo deja un gran espacio en blanco por llenar. Usted puede ayudar a su cliente a llenar este vacío al sugerir actividades potenciales, como las que aparecen a continuación:

- Hacer trabajo voluntario. Esta alternativa es un vínculo con la comunidad. El cliente puede llenar el tiempo, reconectarse con personas sociales y mejorar su autoeficacia. Ser voluntario es una contribución directa que ayuda a resolver la culpa que pueda sentir el cliente acerca del comportamiento criminal o antisocial. Por ejemplo, un programa en California para hispanos y afroamericanos en recuperación, involucraba a los clientes en un sondeo puerta por puerta, recopilando datos de la comunidad e identificando personas en crisis después del terremoto de Los Angeles. A pesar de que los clientes no recibieron una recompensa monetaria, la comunidad se benefició y la

interrogación diaria solidificó el compromiso de los clientes con su recuperación, al afirmar su habilidad de ayudar a otras personas.

- Involucrarse en actividades de 12 Pasos. Parecido al trabajo voluntario, esto llena una necesidad de involucrarse con un grupo y contribuir con una organización que vale la pena.
- Fijarse metas para mejorar en el trabajo, educación, salud y nutrición.
- Pasar más tiempo con la familia, personas significativas y amigos.
- Participar en actividades espirituales o culturales.
- Aprender nuevas destrezas o mejorar en áreas como deportes, arte, música y psatiempos. En la comunidad nativoamericana, los consejeros llevan a los clientes al campo y les enseñan los regalos de la naturaleza (por ej., hierbas, árboles, animales) y cómo estos regalos contribuyen a sanar y a la recuperación continua.

Los clientes no tienen que hacer un gran compromiso o inversión; simplemente pueden probar las oportunidades disponibles (Meyers y Smith, 1997). La aceptación de los pares y cumplir con las expectativas de los mismos dentro del contexto de un tratamiento residencial, o en un grupo terapéutico de alto funcionamiento, sirven como refuerzo. Las personas en los Programas de 12 pasos, por ejemplo, tratan de destacar en una nueva red social con la meta de alcanzar un estado altruista en el paso 12.

Refuerzos Contingentes Externos

Los principios del refuerzo contingente, se pueden aplicar para sostener la abstinencia mientras los clientes trabajan en construir un estilo de vida libre del uso de sustancias. Las recompensas específicas escogidas, se pueden fabricar a la medida de acuerdo a los valores de los clientes y los recursos del programa. Aparte de los reforzadores naturales, algunos programas han usado contingencias temporeras para cambiar el uso de sustancias. Los programas de incentivos de vales, tienen varios beneficios que remiendan su uso. Primero, introducen un sistema claro y sistemático de puntuación que proporciona estructura y aclara las expectativas tanto de los clientes como de la persona. En segundo lugar, permite a los clientes seleccionar

por sí mismos las recompensas que encuentran deseables, lo cual debe maximizar la efectividad del procedimiento. Por último, los sistemas de vales se han puesto a prueba en investigaciones y han demostrado ser efectivos (Budney y Higgins, 1998). Puesto que puede tomar algún tiempo establecer los otros comportamientos nuevos, estos programas probablemente se deban poner en práctica por un mínimo de 3 a 6 meses.

Incentivos de los vales

Los programas de vales son una clase de sistema de refuerzo de contingencia, y la investigación ha demostrado que pueden ser efectivos para mantener la abstinencia en los usuarios de sustancias. La racionalización es que un motivador externo atractivo, puede ser un refuerzo inmediato y poderoso para competir con los refuerzos de drogas. Debido a que un concepto correlativo a la adicción, es la necesidad de gratificación inmediata, los vales y otros incentivos, se pueden usar para satisfacer esta necesidad adecuadamente.

Los refuerzos usados en los programas de incentivos de vales, deben ser atractivos y comprometedores para el cliente individual. La investigación ha demostrado que el dinero o una actividad equivalente, es casi siempre atractiva. Los vales son hojas de papel que muestran puntos que se ha ganado el cliente por su abstinencia. Cada punto tiene un valor monetario (por ej., \$1). Los puntos adicionales se acumulan cada vez que el cliente somete una prueba de orina negativa, por ejemplo. El vale actúa como “un te debo” por parte del programa. En un sistema típico de vales, los clientes cambian sus puntos por bienes y servicios. Los clientes con frecuencia quieren pagar sus cuentas con los vales o gastar el dinero en tiendas de venta al detal (por ej., comprar alimentos, ropa, zapatos). Los miembros del personal hacen arreglos para pagar las cuentas y comprar estos artículos. Una alternativa para este sistema, es dar efectivo a los clientes y dejarles que hagan las compras ellos mismos. Sin embargo, es una opción riesgosa, pues los clientes podrían usar ese dinero extra para comprar sustancias. Por lo tanto, el trabajo extra para el personal bien podría ameritar el esfuerzo.

La investigación ha demostrado que los refuerzos de vales trabajan bien para promover la retención en el tratamiento y la abstinencia sostenida entre los usuarios de cocaína admitidos en un programa ambulatorio. Por ejemplo, Higgins y sus colegas, quienes desarrollaron y

probaron los incentivos de los vales, demostraron que este procedimiento combinado con un programa de consejería intensiva, podía retener entre un 60 y 75 por ciento de los que abusaban de cocaína en un programa de tratamiento ambulatorio durante 6 meses (Higgings et al., 1993, 1994b). Como contraste, los pacientes control en la clínica de los investigadores, quienes no recibieron vales pero sí terapia de consejería intensiva, tuvieron una tasa de retención de 40 por ciento, y los pacientes control que recibieron consejería de 12 Pasos, tuvieron una tasa de retención de 11 por ciento. En los programas de vales, los pacientes no sólo permanecieron en el tratamiento, sino que también permanecieron sin usar sustancias. En dos estudios publicados, 68 y 55 por ciento de los pacientes en el programa de vales, quedaron libre de consumo de cocaína durante 8 semanas consecutivas, mientras que sólo el 11 y 25 por ciento de los pacientes control que no recibieron vales, se mantuvieron sin consumir cocaína. En estos estudios, los incentivos de los vales se daban sólo durante los primeros 3 meses del tratamiento, con billetes de lotería durante los próximos 3 meses como un incentivo para dar muestras de orina negativas (Higgings et al., 1993, 1994b, 1995).

Los incentivos de vales, pueden ser efectivos para controlar el uso de cocaína, entre pacientes bajo mantenimiento con metadona, por abuso crónico de la cocaína (Silverman et al., 1996). En este estudio, los pacientes que recibieron vales por las muestras negativas de orina, lograron una cantidad mayor significativa de semanas de abstinencia a la cocaína y períodos significativamente más largos de abstinencia sostenida que los grupos control. Cuarenta y siete por ciento de los pacientes a los que se les ofreció los vales, se mantuvieron 7 semanas o más con una abstinencia constante a la cocaína, mientras que sólo un paciente del grupo control logró más de dos semanas de abstinencia sostenida. Estos resultados son impresionantes pues es típicamente difícil conseguir que los pacientes bajo mantenimiento con metadona, dejen de usar drogas suplementarias durante el tratamiento. Se han usado efectivamente intervenciones similares al uso de vales para motivar la reducción en el uso de sustancias y otros cambios de comportamiento entre los esquizofrénicos, gente con tuberculosis, desamparados sin hogar y otras poblaciones especiales que abusan de sustancias ilícitas (Higgings y Silverman, 1999).

Se han tratado otros programas innovadores. Por ejemplo, un programa usaba los vales para estimular a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. El personal pedía artículos al detal en la comunidad que las clientes se podían ganar si iban a cada una de las citas y pasaban una prueba de aliento de monóxido de carbono, como indicador de que no habían fumado. A pesar de que había una gama de productos y servicios que se podían comprar por medio de los vales, la mayoría de las madres escogía artículos de bebé, afirmando su motivación de dejar de fumar por la salud de sus niños.

Un sistema de refuerzo que es monetario, pero que depende del individuo en lugar de un vale, es para ayudar a los clientes a identificar los artículos específicos que les gustaría tener o disfrutarían; por ejemplo, un nuevo juego de carto o una computadora. Los clientes entonces separan un poco de dinero a diario o semanalmente, el cual se podía haber gastado en sustancias, y eventualmente compran el artículo. Obviamente, existirá la preocupación de que ese dinero acumulado se pueda usarse como parte de una recurrencia. Como una solución a este problema, el dinero ahorrado se podría conservar con un miembro de la familia o amigo que no sea usuario.

En el Acercamiento de Refuerzo Comunitario (ARC) (*Community Reinforcement Approach – CRA - en inglés*), los incentivos monetarios (motivadores externos), tienen el propósito de usarse en actividades o artículos al detal que aumentarán directamente la oportunidad del cliente de lograr las metas señaladas (motivadores intrínsecos). Bajo este modelo, los factores externos e intrínsecos, tienen que ser congruentes, o el sistema de vales tendrá poca influencia (véase la sección más adelante en este capítulo).

Cuando se incluye a las familias en el tratamiento, un incentivo de vales se puede desarrollar con el cliente y los miembros claves de la familia. Por ejemplo, cuando el cliente se abstenga durante 90 días, puede visitar a sus padres para cenar con ellos el domingo, o cuando otra cliente haya asistido a 90 reuniones, puede recibir la visita de sus hijos. Los padres puede que quieran usar los vales con los hijos durante la recuperación por ejemplo, después de seis sesiones de terapia su hijo puede salir todo el fin de semana o usar el automóvil, y después de 90 días de sobriedad, la mesada u otras “golosinas” se pueden restituir.

¿Qué clases y cantidades de incentivos se deben usar? Los programas de vales puestos a prueba hasta ahora, han ofrecido más de \$1,000 que se podían ganar en un período de 3 meses. La investigación con los que abusaban de cocaína, ha demostrado que cuanto más valor tenga el incentivo monetario, más poderoso será como refuerzo: es decir, más personas serán abstemias (Silverman et al., 1997).

Aparte de los aspectos teóricos acerca del tamaño óptimo de las recompensas, hay consideraciones prácticas que tienen que ver con los recursos financieros, de persona y administrativos de la clínica. Los sistemas de vales que ofrecen incentivos de un valor menor, no se han probado sistemáticamente aún, pero es posible que trabajen para algunos clientes. Los programas de tratamiento pueden considerar pedir premios a los negociantes locales como una fuente de incentivos del programa.

Los clínicos y los programas también podrían encontrar formas creativas para hacer contingentes con la abstinencia a las fuentes naturales de apoyo financiero. Los miembros de la familia, a menudo han gastado mucho dinero en tratamiento, manteniendo y manejando las consecuencias adversas experimentadas por el

ser querido dependiente de las sustancias. Es posible negociar con la familia detener todo el apoyo no-contingente, y a cambio, ofrecer apoyo financiero de forma que ayude a la persona a establecer la sobriedad. Por medio de un acuerdo especial (por ej., con el consentimiento del cliente), los cheques de apoyo no-contingente se podrían canalizar por medio de un plan de contingencia.

No todos los incentivos contingentes tienen que tener un valor monetario. En muchas culturas, el dinero no es el refuerzo más poderoso. Por ejemplo, ofrecer dinero podría ser irrespetuoso entre las culturas que valoran los beneficios de la comunidad por encima de las ganancias individuales. En culturas más comunales (por ej., nativoamericanas, afroamericanas), la espiritualidad puede estar entrelazada con el sistema de valor étnico. En la comunidad nativoamericana, los incentivos pueden incluir hacerse regalos, ganarse una pluma, honrar los vínculos espirituales, usar una pluma para tener la palabra y fumar una pipa de plegaria. El estudio de caso en la Figura 7-6 resalta la importancia de los valores culturales como motivadores para el cambio. Los incentivos de contingencia deben ser culturalmente adecuados y vinculados con los valores de los clientes.

FIGURA 7-6 USANDO LOS VALORES CULTURALES COMO MOTIVADORES

John y Mary Red Fox (Zorro Rojo), quienes sobrevivían de trabajos parciales y de temporada, vivían en condiciones considerablemente pobres en una reservación con sus tres hijos. Ninguno de los dos completó la escuela superior. John, de 27 años, y María, de 22, abusaban del alcohol, a pesar de que John había completado un programa de tratamiento interno por alcoholismo justo antes de volver a consumir bebida. Describían a sus hijos como incontrolables, que se distraían fácilmente, difícil para comunicarse e hiperactivos. Había indicaciones de que Mary había sido víctima de abuso físico y sexual cuando niña y de que el hermanastro de Mary había abusado sexualmente de los dos hijos mayores de ésta.

El Centro de Imposición Legal Tribal (Tribal Law Enforcement Center), hizo el referido a una agencia de trabajo social rural, después de que John fue arrestado por sospecha de abusar de su esposa. Cuando se comenzó su avalúo, el trabajador social se enteró de que los miembros de la familia recibían consejería periódica en varias agencias y que John y Mary habían asistido a reuniones de AA esporádicamente. Sin embargo, aparte de los servicios médicos y dentales, el resto de los servicios que habían recibido se consideraban inefectivos.

Ante esto, los problemas parecían abrumadores: (1) la inestabilidad familiar y la crisis aumentaban por el consumo de alcohol de la pareja y el comportamiento amenazante de John hacia Mary; (2) la falta de destrezas laborales y de educación de la pareja aumentaba su riesgo de caer en la pobreza; (3) las frecuentes discordias familiares eran en parte un resultado del consumo de alcohol y la forma inconsistente de criar a sus hijos; (4) los niños estaban luchando contra impedimentos significativos, a lo mejor influenciados por el síndrome de alcohol fetal, y (5) el abuso de alcohol era ubicuo en la comunidad en la que estaban viviendo.

FIGURA 7-6 USANDO LOS VALORES CULTURALES COMO MOTIVADORES

Sin embargo, había también varias fortalezas. La familia se había mantenido intacta, con ambos padres dispuestos a salvar la relación. John y Mary habían desarrollado sus talentos, y su casa estaba en orden y limpia, y decorada con arte y artesanías nativoamericanas. Por último, el establecimiento reciente de un programa en su comunidad, diseñado para revitalizar las creencias indígenas tradicionales y la cultura, ofrecía una alternativa para las intervenciones con orientación hacia las agencias tradicionales. Este programa incluía un campamento de verano para niños en un ambiente hermoso, con canoas, wigwams, xipis y una cabaña de barro.

El trabajador social estimuló al sistema escolar a referir a los hijos de John y Mary a este campamento y estimuló al director del campamento a comunicarse con John y Mary para que se volvieran maestros. Mary respondió positivamente y ayudó a enseñar destrezas para hacer parafernalia para las danzas indígenas. Aunque John se resistió al principio, eventualmente estuvo de acuerdo en ayudar con la planificación de una ceremonia hechicera para los niños, incluyendo la construcción de una choza para sudar. Ambos padres se dedicaron no sólo a las experiencias de sus niños en el campamento, sino a ganarse el respeto para ellos mismos. John participó en muchas sesiones en la choza para sudar y aspiró a vivir su recuperación y su vida para ganarse el honor de volverse un portador de la pipa y formar parte de la Ceremonia de Danza al Sol.

Mientras la familia se involucraba cada vez más en el programa, no había muestras de abuso de alcohol ni de violencia doméstica. Ambos padres volvieron a unirse a AA, completaron sus diplomas de equivalencia y comenzaron la universidad y sus hijos tienen menos problemas en la escuela.

Fuente: Wahlberg, 1996.

El Acercamiento de Refuerzo Comunitario

El Acercamiento de Refuerzo Comunitario (ARC) (*Community Reinforcement Approach – CRA- en inglés*), enfatiza el desarrollo de nuevos refuerzos naturales que estén disponibles en la vida cotidiana del usuario de sustancias y que puedan competir con las sustancias psicoactivas poderosas. (Véase el capítulo 4 para una discusión de ARC en la etapa de contemplación.) Esencialmente, este acercamiento holístico usa estrategias motivacionales en un intento de hacer más recompensante para una persona su estilo de vida abstemio, que los patrones destructivos asociados con la bebida o las drogas. Esto acarrea reforzar fuentes alternativas de refuerzo derivadas del empleo legítimo, apoyo familiar y actividades sociales. Es más, el clínico trata, en la medida en que sea posible, de hacer estas fuentes alternas inmediatas de refuerzos, contingentes a la sobriedad, de manera que se pueda aumentar la motivación para mantenerse sin consumir sustancias. El ARC también construye nuevas competencias por medio de adiestramiento, con información acerca de la necesidad de destrezas de manejo específicas que surgen de un análisis funcional, en el que se identifica las situaciones de alto riesgo. Algunas de las estrategias que se usan en ARC incluyen:

- Usar consejería motivacional para impulsar a los participantes hacia sus metas.
- Crear competencias
- Aplicar refuerzos que compitan
- Tratar refuerzos hacia la abstinencia
- Enfatizar la naturaleza multifacética de la recuperación

Un rasgo central del ARC, es tratar los refuerzos naturales para la abstinencia. Contrario a los vales, los refuerzos naturales, como felicitar por un buen trabajo, suceden en la vida normal del cliente, en su medio ambiente diario. Un refuerzo natural, no ficticio, puede ser también interno, como percibirse a sí mismo como un buen trabajador. Aunque directo como concepto, el intento de vincular los refuerzos con la abstinencia puede ser difícil de implementar en la práctica. Por ejemplo, una situación ideal podría ser que el patrono estuviera de acuerdo en permitir a la gente que trabajase y ganase dinero tan solo los días en que dan negativo a la prueba de drogas y alcohol. De esta forma, los beneficios del trabajo, incluyendo el dinero que se puede ganar, están vinculados a la abstinencia y denegados temporaneamente en caso de uso de sustancias. El programa de tratamiento debería o tener arregalos especiales con los patrones u operar su propio lugar de trabajo, y se necesitaría

FIGURA 7-7 LUGARES DE TRABAJO TERAPÉUTICOS PARA INDIVIDUOS CON TRASTORNOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS

La oportunidad de aprender y trabajar, puede ser un refuerzo para personas con trastornos por abuso de sustancias, particularmente si se les paga por participar. Los programas académicos remediales, el adiestramiento vocacional y los lugares de trabajo actuales, pueden ser lugares donde las destrezas se aumenten mientras se sostiene la abstinencia, esto se hace al permitir a estos individuos participar y recibir paga sólo cuando sus muestras de orina dan negativo.

Un lugar de trabajo terapéutico desarrollado por el Dr. Kenneth Silverman en Baltimore, Maryland, ilustra este principio. Este lugar de trabajo ofrece adiestramiento remedial intensivo y destrezas de trabajo para los usuarios de drogas que crecieron en un ambiente urbano pobre y que pueden haber aprendido lectura y escritura o matemáticas básicas. Hasta ahora, el programa se ha puesto a prueba sólo con mujeres que estaban en el momento participando de un programa para usuarias embarazadas. Las participantes se reportan todos los días de la semana para 3 horas de adiestramiento y pueden ganar un vale de puntuación con una tasa que corresponde a su duración en abstinencia y participación (la compensación promedio es de aproximadamente \$10 la hora). Un maestro adiestrado en remediar destrezas dicta una clase intensiva, donde las participantes pueden mejorar rápidamente sus destrezas académicas y aprender destrezas asociadas con el mundo laboral.

La investigación ha demostrado que las mujeres que han participado en este programa tienen períodos de abstinencia a la heroína y la cocaína más largos y que tenían mejores resultados que una muestra similar de mujeres control que no fueron invitadas a participar en un lugar de trabajo terapéutico. Las mujeres que se unieron a este programa están felices con su oportunidad de mejorar sus destrezas académicas y laborales y creen que este adiestramiento las preparará mejor para competir en el mercado laboral.

Fuente: Silverman et al., 1997.

tener fácil acceso a un laboratorio de pruebas de drogas para poder proporcionar retroalimentación inmediatamente. El lugar de trabajo que se describe en la Figura 7-7 es un ejemplo de este tipo de programa.

Otra fuente de refuerzo inmediato, es el compañero romántico o marital, u otra persona que apoye no usar sustancias. Mucha de la investigación demuestra la eficacia de la terapia marital (O'Farrell, 1993). En el ARC, se puede negociar un contrato entre los clientes y compañeros que delinea las interacciones contingentes de abstinencia. Por ejemplo, los compañeros podrían estar de acuerdo en preparar comidas especiales o formar parte de actividades que disfrutaran los clientes, siempre y cuando estén abstemios. Alternativamente, si hay evidencia de una recurrencia en el uso de sustancias, el compañero está de acuerdo en anteceder las actividades favorecidas e impedir los refuerzos sociales, e inclusive dejar la casa temporera hasta que haya evidencia de que se ha vuelto a la abstinencia. Para hacer este trabajo, el programa de tratamiento necesita proporcionar información regular a los compañeros sobre los resultados de las pruebas de drogas (después de obtener el consentimiento de los clientes), de manera que puedan tomar la

acción apropiada de acuerdo al contrato. Los compañeros posiblemente necesiten apoyo, estímulo y ayuda del clínico para solucionar problemas.

Las actividades sociales y recreativas nuevas, pueden ser fuentes importantes de refuerzo alternativo. Sin embargo, a menudo esta es una área difícil en la que hacer cambios, y los clientes necesitan apoyo para comenzar sus actividades nuevas. El ARC involucra al clínico como un agente de cambio activo, ayudando al cliente a lograr directamente la meta y modelar los comportamientos nuevos. Esto puede ser especialmente valioso al estimular nuevas actividades sociales y recreacionales.

Además de hacer arreglos para transmitir adecuadamente los refuerzos en el ambiente natural, fijar las metas y moldear nuevos comportamientos, el clínico de ARC enseña destrezas que el cliente podría necesitar para adquirir y mantener refuerzos alternativos. Esto podría incluir destrezas sociales, destrezas para solucionar problemas y varias destrezas de automanejo, como la asertividad.

Particularmente para clientes de grupos desventajados, podría ser especialmente importante enseñar las destrezas necesarias para conseguir un trabajo.

Un componente especial del ARC que se conoce como el Club de Trabajo, ofrece a los clientes adiestramiento de destrezas, criterios para solicitar trabajos, orejitas para telefonar a posibles patronos y vestirse para entrevistas, y practicar como ser asertivo y positivo con los posibles patronos (Azrin y Besalel, 1980; Meyers y Smith, 1995). Las cuatro áreas claves del énfasis son:

- Destrezas de contacto telefónico
- Metas de contacto telefónico
- Destrezas para solicitar trabajo
- Destrezas para entrevistas de trabajo

El Club de Trabajo es un programa altamente estructurado que guía a los participantes hacia niveles superiores de acción concreta; por ejemplo, haciendo 10 llamadas de teléfono al día a familiares o amigos que tengan trabajo y haciendo “llamadas en seco”. La investigación apoya su eficacia en ayudar a los clientes a encontrar empleo (véase por ejemplo, Azrin y Besalel, 1982).

El programa también prepara a los individuos con trastornos por abuso de sustancias acerca de los aspectos sensitivos que afrontan. Un hombre, por ejemplo, que pasó varios años en la cárcel, se podría beneficiar de aprender a cómo manejar los vacíos en su historial de trabajo que se le podrían cuestionar durante una entrevista de trabajo. El programa también enfatiza identificar competencias del historial del cliente y ponerlas en el resumé. Por ejemplo, una mujer con niños pequeños puede que no haya tenido un trabajo remunerado en años, pero puede que haya hecho trabajo voluntario. Esta experiencia se debería incluir en su resumé.

Los consejeros del Club de Trabajo aclaran que a veces encontrar un trabajo puede ser difícil. Puesto que las decepciones inherentes a cualquier búsqueda de empleo, pueden presentar el primer revés para los clientes después de haber entrado a tratamiento, el Club de Trabajo los prepara en cómo manejar el rechazo y les da un ambiente seguro en el cual trabajar con cualquier sensación de fracaso. También da a los participantes un foro donde pueden hablar y reducir sus sentimientos de aislamiento y soledad.

Cuando los clientes consiguen trabajos, su participación en el Club de Trabajo termina. En este momento, generalmente depende del consejero o el clínico continuar cualquier trabajo

pendiente para que conserve el empleo (por ej., revisar las expectativas del cliente contra las realidades percibidas, identificar y resolver problemas relacionados con el trabajo).

El Club de Trabajo es particularmente valioso pues el empleo y el apoyo financiero, son elementos cruciales de identidad y estilo de vida. Tanto detener el uso de sustancias como encontrar un empleo reflejan cambios grandes, abruptos, en el estilo de vida; sin embargo, las destrezas necesarias para lograr una meta pueden complementar el logro de la otra. El Club de Trabajo llena una necesidad pues ayuda a los clientes a tomar acción. En términos del modelo de cambio, la investigación muestra que los clientes necesitan sentirse exitosos al cambiar su comportamiento para permanecer en las fases de acción y mantenimiento. A pesar de que el Club de Trabajo parece directivo, ayuda con el cambio de comportamiento que puede promover el éxito del tratamiento.

Las técnicas motivacionales se pueden usar cuando hablar con lo clientes sobre sus metas vocacionales e inclusive al implementar las destrezas, están destinadas a conseguir empleo. El compromiso de los clientes para conseguir un empleo, se puede tener que volver a tratar usando técnicas de balance decisonal. Las expectativas se pueden discutir tanto en el proceso de destrezas de adiestramiento, como con las de encontrar trabajo. Sin embargo, el valor del programa basado en el adiestramiento de destrezas, es que se pueden mitigar los miedos mediante una simulación de situaciones en un ambiente protegido con un clínico que proporcionará retroalimentación objetiva, libre de juicios.

Finalmente, el adiestramiento de destrezas laborales podría tener que ampliarse para incluir un componente de mantenimiento del trabajo, o cómo mantener un trabajo. Mantener un trabajo exige destrezas que a menudo han desaparecido debido a los trastornos por uso de sustancias, incluyendo ser puntual y organizado, ser capaz de resolver problemas que surjan en el trabajo y ser capaz de confiar en los demás y trabajar efectivamente en un equipo.

El empleo sirve como un refuerzo inmediato al cumplir con la necesidad práctica de dinero, pero otros aspectos del empleo toman tiempo para reforzarse. Por ejemplo, el empleo necesita autoeficacia. También da a los clientes una oportunidad para aprender nuevas destrezas laborales y conocer gente nueva que no usa

sustancias. Otras áreas de la vida de un cliente – socializar, romance, familia, recreación, educación y espiritualidad – también podrían consumir tiempo para que se entiendan como refuerzos alternos. Por esta razón, los programas de incentivos con vales, pueden ser útiles al inicio de la terapia para llenar un vacío. El retraso en la gratificación inherente al comenzar nuevas actividades, sugiere también que el consejero de ARC debe estimular y ayudar a los clientes a desarrollar nuevos comportamientos y contactos en tantas áreas como sea posible, puesto que los clientes podría no darle seguimiento a todas y algunas podrían reforzarlas antes que otras.

Mientras sus clientes se concentren en cambiar cada área de sus vidas, habrá nuevas oportunidades para enseñar destrezas y para aumentar la red de refuerzos sociales sin consumo de sustancias. Por ejemplo, los estudios han demostrado que las mujeres que asistieron a clases de maternidad para aprender sobre las etapas de desarrollos normales de la niñez, generalmente desarrollan vínculos sociales con otras madres y cosechan beneficios sociales además de mejorar sus destrezas maternas. La investigación de Peterson en esta área sugiere que sería beneficioso crear clases paternas en los programas de tratamiento, debido a sus múltiples beneficios (Peterson et al., 1996; Van Bremen y Chasnoff, 1994). Otro concepto novedoso es una clase paternal para padres de adolescentes, las cuales también cumplen el propósito de aumentar los vínculos sociales. A pesar de que esa programación no se proporciona en la mayoría de los programas de la comunidad, podría ser valiosa.

El ARC es un acercamiento abarcador para dar terapia a los clientes. La consejería de ARC por sí sola ha demostrado ser efectiva al probarse con alcohólicos, y ARC junto a los vales ha probado ser un tratamiento altamente efectivo para los que abusan de la cocaína. El ARC reconoce la importancia de la motivación e incorpora técnicas motivacionales que incluyen contingencias de abstinencia para crear estilos de vida libres de sustancias como alternativa. Establecer un estilo de vida sin el consumo de sustancias que sea satisfactorio, consume tiempo y requiere perseverancia, con muchas dificultades sobre la marcha. El compromiso y la motivación, son aspectos recurrentes. El ARC y otras técnicas motivacionales, pueden ser herramientas valiosas para el clínico cuando los clientes buscan cambiar sus estilos de vida.

Consejería Motivacional Durante el Tratamiento

Hasta este momento, este capítulo se ha concentrado en ayudar a los clientes a prepararse para su recuperación y a estabilizarla. Como un apunte final, un acercamiento motivacional puede ser considerablemente útil al dar consejería a clientes durante la etapa de mantenimiento. La razón más probable para usted vea un cliente después de que se haya llevado a cabo el tratamiento orientado a la acción, por supuesto, es una recurrencia en el uso de sustancias y los problemas asociados con esto.

Como se ha descrito en los capítulos iniciales, este “TIP” se ha desarrollado con una conciencia sensible al lenguaje que se usa en el tratamiento y las suposiciones implícitas en los términos comunes. El término “recaída” se ha omitido intencionalmente por el peso que acarrea. El Panel de Consenso buscó no encontrar un eufemismo para recaída, sino describir de una manera que fundamentalmente reconceptualiza la recurrencia del uso de sustancias después del tratamiento. Esta reconceptualización reconoce varias observaciones bien documentadas:

- La recurrencia del uso es la norma en lugar de la excepción después del tratamiento. Es tan común como para considerarse ahora una parte normal del cambio y del proceso de recuperación.
- El término “recaída” de por sí implica sólo dos resultados posibles – éxito o fracaso – que no describen bien lo que en realidad ocurre. Los resultados del cliente son mucho más complejos que esto. A menudo durante el curso de la recuperación, los clientes se las arreglan para tener períodos cada vez más largos entre los episodios de uso, y los episodios de por sí son cada vez más cortos y menos severos.
- Las suposiciones binarias inherentes en el concepto de la “recaída”, también pueden ser una profecía anunciada, implicando que una vez se vuelve al consumo no hay nada que perder o poco se puede hacer. En cambio, el punto es volver a caer en el ritmo lo antes posible.
- El concepto de recaída, cuando se aplica al abuso de sustancias, también lleva de por sí a la culpabilidad moralista o a auto-inculparse. De hecho, la recurrencia de los síntomas es común en todos los

comportamientos adictivos, y de hecho en los problemas crónicos de salud en general.

Parte de un acercamiento motivacional en el mantenimiento, entonces, tiene mucho que ver con un conjunto mental acerca del significado del uso recurrente y cómo responder al mismo. Cuando uno piensa en términos de “recaída”, hay una tentación de caer en sermonear, educar e inclusive culpar y moralizar (“Se lo dije”). Los mismos principios que se describieron para ayudar a los precontempladores y contempladores, se pueden usar aquí. De hecho, la recurrencia del uso en cierto modo constituye un regreso a una de esas etapas. La razón para no considerar el cambio podría ser diferente, por supuesto, la segunda o la quinta vez. Podría tener que ver más con el desánimo, la poca confianza en la habilidad para cambiar, o una racionalización defensiva del uso reanudado. Su trabajo es ayudar a su cliente a que no se

estaque en este punto, sino que regrese a la preparación y la acción.

No hay trucos especiales en esto. Pida a su clientes sus percepciones y las reacciones al uso reanudado. Saque de éste las razones motivacionales para el cambio, las razones para volver al camino que se llevaba. Explore qué puede aprender de la experiencia; un análisis funcional del proceso de reanudación podría ser útil. Normalice la experiencia como una parte común y temporera del espiral de la recuperación. Haga que su cliente hable de las ventajas de la abstinencia. Escuche atentamente de forma continua, no tan solo la retrahíla de preguntas. Explore los valores del cliente, sus esperanzas y las metas en la vida. Haga preguntas claves – qué quiere hacer ahora la persona – y pase al plan para un cambio renovado.

8 Midiendo los Componentes de la Motivación del Cliente

La motivación es multidimensional, no tan solo un campo de acción que pueda medirse con un instrumento o escala. Este capítulo describe una variedad de herramientas para medir los bloques de construcción que se han discutido a lo largo de este “TIP”. Este capítulo se debe considerar como un informe de progreso debido a que los conceptos de motivación para el cambio están evolucionando, y se están probando nuevos acercamientos para el avalúo. También hay retos específicos en el avalúo de la motivación. Por ejemplo, los clientes a menudo se encuentran en distintos niveles de preparación en cuanto a sustancias diferentes. Una persona puede estar en la etapa de acción para la cocaína, en la etapa de contemplación para el alcohol y en la etapa de precontemplación para la marihuana y el tabaco. Sin duda, las medidas de motivación se volverán más precisas en los próximos años.

En este capítulo hay un conjunto de medidas respaldadas por el Panel de Consenso. Para la mayoría de las medidas, existe una buena documentación psicométrica, pero algunas se encuentran en las primeras etapas de validación. La mayoría no han sido reglamentadas de acuerdo a los diferentes grupos raciales o étnicos. Muchos clínicos han encontrado estas herramientas formales como valiosas y aprecian la estructura y el enfoque que proporcionan: el sentido de que su trabajo con el cliente está orientado a lograr una tarea y basado en la realidad. Los resultados también proporcionan otra clase de retroalimentación para usarse con los clientes a lo largo del proceso del cambio para aumentar la motivación. Para algunos clientes, las puntuaciones de las pruebas añaden una dimensión de objetividad a la situación de la consejería, la cual de otro modo se volvería altamente subjetiva. Sin embargo, un riesgo del que se tiene que estar

consciente al usar estas herramientas, es que algunos clientes se podrían concentrar demasiado en las puntuaciones que indican sus vulnerabilidades, en lugar de en las que indican sus fortalezas.

Este capítulo ofrece formas de medir las siguientes dimensiones de la motivación:

- Autoeficacia
- Preparación para el cambio
- Balance decisional
- Motivaciones para usar sustancias
- Metas y valores

El propósito de este capítulo es ayudarle al evaluar dónde están los clientes en términos de los niveles y también para ayudarle a usted a que aplique los principios motivacionales y estrategias adecuadas para las diferentes etapas del cambio que se discuten de los Capítulos 4 a la 7. Actualmente, hay disponibles una variedad de instrumentos y escalas firmes psicométricamente valiosos que son fáciles de usar (Allen y Columbus, 1995). Usted podría querer tratar varios instrumentos diferentes para encontrar los que funcionen mejor con sus clientes, que midan las dimensiones que más le interesan a usted y que vayan con su estilo clínico. Muchos de los instrumentos discutidos en este capítulo, aparecen en el Apéndice B.

Autoeficacia

Los individuos en recuperación tienen muchos niveles de confianza diferentes en lo que se refiere a su habilidad (autoeficacia) para cambiar y abstenerse de las sustancias. Algunos están excesivamente confiados, mientras otros se sienten desesperanzados en lograr la sobriedad o inclusive reducir el uso. La

autoeficacia, particularmente en relación con lograr la sobriedad para vencer el abuso o la dependencia al alcohol, es un predictor importante del resultado del tratamiento (DiClemente et al., 1994). Debido a que ciertas situaciones tienen más probabilidad de provocar atrasos en la recuperación (Marlatt y George, 1984), identificar estas situaciones de alto riesgo, es un paso importante en el tratamiento.

Los cuestionarios de autoeficacia piden a los clientes que clasifiquen cuan riesgosas son ciertas situaciones y que evalúen su confianza en cuanto a que tan bien podrían evitar la tentación de usar sustancias en estas situaciones. Las puntuaciones numéricas proporcionan una medida objetiva de la autoeficacia de un cliente para un comportamiento específico sobre una gama de situaciones provocativas. Algunas versiones computarizadas de estos instrumentos, generan gráficas con barras pequeñas que añaden una dimensión visual a los números. Al usar estas herramientas, los clientes ganan un entendimiento de dónde están sus riesgos individuales: situaciones de alto riesgo para las que tienen poca autoeficacia. Esta información puede ser extremadamente útil para fijar metas realistas y desarrollar un plan de cambio individualizado y poder proporcionar una base sólida para el auto-monitoreo. Los clientes que califican muchas situaciones como de alto riesgo (por ej., la autoeficacia baja), puede que necesiten aprender nuevas estrategias de manejo.

Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones

El Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (SCQ, por sus siglas en inglés, *Situational Confidence Questionnaire*), se ha usado específicamente con los que beben copiosamente. Este instrumento consiste de 100 ítems que piden al cliente que identifique su nivel de confianza al resistir la bebida, como una respuesta a las ocho clases de situaciones que aparecen a continuación (Marlatt y Gordon, 1985):

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Poner a prueba el control personal por encima del uso de sustancias
- Impulsos y tentaciones para beber
- Momentos agradables con los demás
- Conflictos con los demás
- Emociones agradables
- Placer social al beber

A los clientes se les pide que se imaginen en cada una de las situaciones y que valoren su confianza en una escala de 6, desde nada de confianza (una puntuación de 0) hasta la confianza total (una puntuación de 6) de que pueden resistir el impulso de beber copiosamente en esa situación. El “SCQ” generalmente toma alrededor de 20 minutos para completarlo, usando o bien lápiz y papel o programación computarizada que da una puntuación inmediata de las respuestas y genera un perfil del uso de alcohol del cliente. El “SCQ” se acompaña de un Inventario de Situaciones de Consumo de Bebida que avalúa la frecuencia de beber en exceso en diferentes situaciones. Los resultados de este cuestionario pueden usarse para proporcionar retroalimentación personalizada al cliente, así como para la planificación del tratamiento (Annis y Davis, 1991). Las puntuaciones de una confianza alta, han demostrado que predicen resultados positivos al tratamiento (Annis y Davis, 1988), mientras que las puntuaciones bajas en la confianza suelen dar resultados más pobres en el tratamiento (Sobell et al., 1997). Una versión enmendada del “SCQ”, el “SCQ-39”, es la versión que recomienda el desarrollador del cuestionario (véase el Apéndice B).

Breve Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones

El Breve Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (BSCQ por sus siglas en inglés, *Brief Situational Confidence Questionnaire*), se desarrolló como una alternativa al “SCQ” debido a que algunos programas de tratamiento encontraron que la longitud y la puntuación, y los sistemas gráficos del instrumento original, consumían demasiado tiempo en la práctica clínica (Sobell, 1996). Los ocho ítems del “BSCQ”, que se reproducen en el Apéndice B, corresponden a las ocho subescalas en el “SCQ” original. A los que respondieron en un estudio comunitario (Sobell et al., 1996b), se les pidió que valoraran su confianza a la hora de tomar el cuestionario, para resistir el uso de alcohol o drogas en cada una de las situaciones en una escala desde 0 (con nada de confianza) hasta 100 (con confianza total). Una comparación de las versiones larga y corta del “SCQ” (Breslin et al., 1997), encontró que la versión más corta también es efectiva y corresponde adecuadamente a la versión más larga en la mayoría de las subescalas. El “BSCQ”, a pesar de que no es tan abarcador y de que no se ha probado exhaustivamente, tiene varias ventajas clínicas por encima de la versión más larga. Se puede administrar en pocos minutos, los clínicos la interpretan fácilmente, proporciona retroalimentación inmediata para el cliente y se puede usar fácilmente en el

cuidado principal u otros ambientes específicos sin adicciones (Breslin et al., 1997). El “BSCQ” también está disponible en español.

Escala de Autoeficacia para Abstinencia al Alcohol

La Escala de Autoeficacia para Abstinencia al Alcohol (AASE, por sus siglas en inglés, *Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale*), mide la autoeficacia de un individuo al abstenerse del alcohol (DiClemente et al., 1994). A pesar de que es parecido al “SCQ”, la “AASE” se concentra en la confianza del cliente en su habilidad para abstenerse de beber a través de una gama de 20 situaciones diferentes, derivadas de las ocho categorías de alto riesgo que ya se mencionaron. La “AASE” consiste de 20 ítems y se puede usar para evaluar tanto la tentación para beber, como la confianza para abstenerse (véase la Figura 8-1). Los clientes valoran su tentación de beber y su confianza en que no lo harían en cada una de las situaciones en unas escalas por separado de 5 puntos, que van desde el 1 (por nada posible) a 5 (extremadamente posible). Las puntuaciones se calculan por separado para la tentación, como para la autoeficacia (DiClemente et al., 1994). Los ítems en esta versión, se dividen en varias subcategorías que miden cuatro clases de precipitantes a la recurrencia: afecto negativo, situaciones sociales u

otras preocupaciones y deseos e impulsos. Un estudio llevado a cabo con 266 adultos bajo tratamiento, en un programa de tratamiento ambulatorio para trastornos por uso de alcohol, con una duración de 24 meses, encontró fuertes indicios de fiabilidad y validez para esta escala (DiClemente et al., 1994). Esta versión breve también parece ser igualmente efectiva con los hombres y las mujeres. Es fácil de usar, abarcadora y una medida psicométricamente sólida de la autoeficacia para abstenerse de la bebida.

Preparación para el Cambio

Se ha desarrollado un instrumento para evaluar la importancia del cambio (Sobell et al., 1996b), basado en una escala de cuatro preguntas, usado originalmente con fumadores (Richmond et al., 1993). Las preguntas se modificaron para preguntar acerca del consumo de bebida, con respuestas en una gama específica para cada pregunta. Una puntuación de motivación mixta, se calcula con una posible gama del 0 al 10, basada en la suma de todas las respuestas. Las cuatro preguntas son las siguientes:

- ¿Le gustaría reducir el consumo de la bebida o dejarla si pudiera hacerlo fácilmente? (No = 0, Sí = 1).

FIGURA 8-1 ESCALA DE 20 PUNTOS SOBRE LA AUTOEFICACIA EN LA ABSTINENCIA DEL ALCOHOL

Efecto Negativo

- Cuando me siento molesto internamente
- Cuando siento que todo me está yendo mal
- Cuando me siento deprimido
- Cuando siento que me estoy enfadando debido a la frustración
- Cuando me siento muy preocupado

Social/Positivo

- Cuando veo a otros bebiendo en un bar o en una fiesta
- Cuando estoy entusiasmado y celebrando con otros
- Cuando estoy de vacaciones y me quiero relajar
- Cuando la gente con la que solía beber me incitan a que beba
- Cuando se me ofrece un trago en una situación social

FIGURA 8-1 ESCALA DE 20 PUNTOS SOBRE LA AUTOEFICACIA EN LA ABSTINENCIA DEL ALCOHOL

Preocupaciones Físicas y Otras

- Cuando tengo dolor de cabeza
- Cuando estoy cansado
- Cuando me preocupo por alguien
- Cuando estoy sufriendo algún dolor o lesión
- Cuando sueño que me estoy dando un trago

Deseos y Estímulos

- Cuando siento agonía por haber dejado de consumir alcohol
- Cuando siento la urgencia de darme un trago a ver qué pasa
- Cuando siento una necesidad física o un fuerte deseo de beber
- Cuando quiero probar mi fuerza de voluntad sobre el alcohol
- Cuando experimento una urgencia o impulso para beber que me toma por sorpresa

Fuente: DiClemente et al., 1994.

¿Cuán seriamente querría usted reducir el consumo de bebida o dejarla por completo? (No completamente en serio = 0, No muy seriamente = 1, Bastante seriamente = 2, Muy seriamente = 3)

¿Tiene intención de dejar de beber o reducir el consumo durante las próximas 2 semanas? (Definitivamente no = 0, Probablemente no = 1, Probablemente sí = 2, Definitivamente sí = 3)

¿Qué posibilidad existe de que aquí a 12 meses usted no tenga un problema con el alcohol? Definitivamente no = 0, Probablemente no = 1, Probablemente así sea = 2, Definitivamente así será = 3)

Como se ha discutido a lo largo de este “TIP”, la preparación para cambiar se puede considerar un requisito para responder al tratamiento. Sin embargo, los estados emocionales no son binarios: con clientes o motivados o desmotivados. En cambio, la preparación existe junto a la continuidad de pasos o etapas y puede variar rápidamente, algunas veces de un día para otro. El modelo de etapas de cambio, ha inspirado instrumentos para evaluar la preparación del cliente o el estado de cambio emocional de un

cliente. Dependiendo del nivel de preparación – etapa de cambio – las diferentes estrategias de intervención motivacional, serán o más o menos efectivas (véase de los Capítulos 2 al 7).

Medidor de Preparación

El Medidor de Preparación, desarrollado por Rollnick y usado ampliamente en los ambientes médicos en general, es un método simple para determinar la preparación de los clientes para cambiar, al preguntar dónde están en un escala del 1 al 10 (véase la Figura 8-2). Cuanto más bajos los números menos será la preparación, y cuanto más altos, mayor. Dependiendo de cuan preparados para el cambio crean estar los clientes, la conversación puede tomar distintas direcciones. Para los que se evalúan a sí mismo como “no listos” (0 a 3), algunos clínicos sugieren expresar preocupación, ofrecer información y proporcionar apoyo y seguimiento. Para los que no están seguros (de 4 a 7), explore los aspectos positivos y negativos del tratamiento. Para los clientes que estén listos para cambiar (8 al 10), ayude a planificar la acción, identificar recursos, y transmita esperanza (bernstein et al., 1997a). Mientras los clientes sigan en tratamiento, usted puede usar periódicamente el medidor para monitorear los cambios mientras progresa el tratamiento. Recuerde que los clientes

pueden moverse de adelante hacia atrás. Además, ayudar a los clientes a que adelanten, inclusive cuando nunca han alcanzado la etapa de toma de decisiones o de acción, es un resultado aceptable. La mayoría de los clientes se mueven en ciclos a lo largo de las etapas del cambio varias veces, algunas veces en forma de espiral ascendente, antes de asentarse en el tratamiento o en la recuperación estable. Un rasgo significativo de la escala para la preparación al cambio, es que los clientes avalúan su propia preparación al marcar el medidor o diciendo un número. Otro rasgo es que el clínico puede hacer la pregunta: “¿Qué necesita para moverse del 3 al 5?” o puede reconocer el movimiento a lo largo de la continuidad al preguntar: “¿Dónde estaba hace un año en comparación a este momento?” El Capítulo 4 proporciona más información para fomentar la preparación.

En otros estudios similares (Sobell et al., 1993b; Sobell y Sobell, 1993, 1995b), los clientes respondieron en una escala de 0 a 100 a las dos preguntas siguientes:

En este momento, ¿cuán importante es que usted cambie su consumo de bebida actual? (Nada importante = 0, Tan importante como otras cosas que necesito lograr en este momento = 50, Lo más importante en mi vida en este momento = 100)

En este momento, ¿cuán seguro se siente de que cambiará su consumo de bebida actual? (No creo que logre mi meta = 0, Tengo un 50 por ciento de posibilidades de cumplir mi meta = 50, Creo que definitivamente voy a lograr mi meta = 100)

Tanto la importancia de la meta como las puntuaciones de la confianza, se han asociado con mejores resultados al tratamiento (Sobell et al., 1996b).



Escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhose Island

La Escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhose Island (URICA, por sus siglas en inglés, *University of Rhode Island Change Assessment Scale*), se desarrolló originalmente para medir la etapa del cambio de un cliente en psicoterapia (McConnaughty et al., 1983), en términos de las cuatro etapas de cambio:

precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. La escala tiene 32 ítems, con ocho para cada una de las cuatro subescalas específicas (véase el Apéndice B). Los que responden valoran los ítems en una escala Likert de 5 puntos desde 1 (fuertemente en desacuerdo) hasta 5 (sumamente de acuerdo). Se obtienen puntuaciones para cada una de las cuatro etapas. El instrumento está diseñado para una gama amplia de preocupaciones y hace a los clientes preguntas generales sobre sus “problemas”.

Una versión de 28 ítems de la “URICA”, con siete ítems para cada una de las etapas, se ha usado también con clientes bajo tratamiento por alcoholismo (DiClemente et al., 1994). Las puntuaciones de la subescala de este instrumento, se pueden usar para crear perfiles relacionados con las etapas de cambio o para crear una puntuación de preparación sencilla al juntar las puntuaciones de la contemplación, acción y mantenimiento y restar la puntuación de la precontemplación. En varios estudios investigativos, estas puntuaciones se han relacionado con el resultado del tratamiento. En el Proyecto “MATCH”, una investigación clínica en varias localizaciones de tratamientos psicossociales para problemas de alcohol con 1,726 clientes, la puntuación de la preparación, predijo la abstinencia de los resultados de bebida en un seguimiento de 3 años (Grupo de Investigación del Proyecto Match, 1997a).

La Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento

Las Etapas de la Preparación del Cambio y la Escala de Ansiedad ante el Tratamiento (SOCRATES), mide la preparación para el cambio, con ítems que se concentran específicamente en los bebedores problemáticos. Desarrollado por William R. Miller, en 1987, el conjunto inicial de ítems circuló para que lo comentaran colegas de investigación sobre tratamiento por abuso de sustancias. Entonces se produjo una versión de 32 ítems, usando escalas de 5 puntos desde cinco (sumamente de acuerdo) hasta uno (fuertemente en desacuerdo). La versión actual de SOCRATES de 19 ítems, que se reproduce en el Apéndice B, se desarrolló inicialmente en 1991 y se usó como un cuestionario que se administraba cada persona por sí sola con un lápiz y un papel, en el Proyecto “MATCH” (Miller y Tonigan, 1996). Los ítems en esta versión corta no miden la construcción de las cinco etapas del cambio, sino que relacionan los tres factores que tienen poca superposición uno con otro: tomar pasos, reconocimiento y ambivalencia.

Los clínicos usan SOCRATES para proporcionar a los clientes retroalimentación sobre sus puntuaciones como un punto de partida para la discusión. Los cambios en la puntuación cuando la escala se readministra, podrían evaluar el impacto de una intervención sobre el reconocimiento de un problema, ambivalencia y el progreso al hacer cambios. Se han desarrollado formularios paralelos para evaluar la motivación al cambio de uso de sustancias, así como la motivación de una persona significativa para ayudar a su compañero a cambiar los patrones de uso de sustancias. Las variables de SOCRATES pueden ser útiles también, en combinación con otras medidas, para entender la estructura de la motivación y la preparación para el cambio. Hay traducciones al español disponibles.

Cuestionario de Preparación para el Cambio

El Cuestionario de Preparación para el Cambio (RCQ, por sus siglas en inglés *Readiness To Change Questionnaire*), se desarrolló para ayudar profesionales que no son especialistas de tratamiento en abuso de sustancias a evaluar la etapa de cambio de los clientes que beben excesivamente (Rollnick et al., 1992b). Los 12 ítems, que se adaptaron de los de “URICA”, se correlacionan estrechamente con las tres etapas de cambio – precontemplación, contemplación, y acción – y reflejan actitudes típicas de personas en cada uno de los niveles de preparación. Por ejemplo, una persona que todavía no esté contemplando el cambio, posiblemente dé una respuesta positiva al planteamiento: “Beber menos alcohol no tendría sentido para mí”, mientras que una

persona que ya ha tomado acción estaría de acuerdo con el planteamiento: “Acabo de cambiar mis patrones de bebida”. Otro individuo que ya haya contemplado el cambio se esperaría que estuviera de acuerdo con el ítem: “Algunas veces creo que debería beber menos”. Se usa una escala de cinco puntos para calificar las respuestas, desde estar sumamente de acuerdo (5) a estar fuertemente en desacuerdo (1).

El “RCQ”, que se puede administrar la persona por su cuenta, ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en ambientes de no-tratamiento con bebedores que consumen en exceso. Cuando se usó el instrumento como una herramienta de cernimiento con bebedores excesivos en hospitales generales, reflejó con precisión la preparación de los pacientes para cambiar y también predijo para los que contestaban cambios en sus patrones de consumo de alcohol después de 8 semanas y 6 semanas, una vez dados de alta del hospital. Es decir, los que estaban menos listos para cambiar, demostraron menos mejoramiento en los patrones de bebida durante el seguimiento, mientras que los que estaban más listos para actuar lo hicieron (Heather et al., 1993). Una prueba adicional de este instrumento, encontró que los hombres identificados como bebedores serios en salas de hospitales generales y que estaban en las etapas de cambio temprano, respondieron más favorablemente a la entrevista motivacional breve que a la consejería basada en las destrezas, en lo que se refiere al consumo de bebida. Sin embargo, se encontró que lo contrario no era cierto. Los hombres que calificaron como listos para el cambio, no respondieron para nada de un modo más favorable a la consejería basada en las destrezas que a la entrevista motivacional breve. Los autores del estudio llegaron a la conclusión de que se necesita más investigación para averiguar qué clase de consejería es más adecuada para las personas que se identifican como que beben en exceso en los ambientes oportunos, que estén también en un estado de preparación para el cambio (Heather et al., 1996a).

Usando el “RCQ” varias veces, Heather y sus colegas han refinado el método de puntuación en este instrumento. El “método rápido” inicial simplemente suma las puntuaciones sin elaborar para cada una de las escalas de la etapa del cambio por separado y usa la puntuación que esté más alejada, paralela a la continuidad de las etapas de cambio, como el reflejo más preciso de la preparación del cliente para el cambio. Este método es apropiado si usted necesita una forma rápida para determinar la preparación. Un método más preciso y refinado y un mejor predictor del cambio para la investigación y los propósitos médicos, es omitir cualesquiera respuestas ilógicas e inciertas y añadir una etapa de preparación a los

cálculos. Una versión revisada del *Manual del Usuario para el Cuestionario de Preparación para el Cambio* (Readiness To Change Questionnaire User's Guide), proporciona información más específica sobre el cálculo de las puntuaciones usando este método.

El "RCQ" (Versión del tratamiento) ("RCQ[TV]"), es una revisión reciente del "RCQ" original (Heather et al., 1996b), el cual es una alternativa más adecuada para determinar la etapa de cambio para las personas que están buscando tratamiento para los problemas de alcohol o que ya lo están recibiendo. Esta versión, que se reproduce en el Apéndice B, responde a las críticas de que el "RCQ" original, estaba sólo dirigido a los bebedores que consumían en exceso o peligrosos que se identifican en los ambientes oportunistas (Gavin et al., 1998), a pesar de que se administraba, inapropiadamente, a algunas personas dependientes del alcohol que estaban solicitando tratamiento por algún trastorno por uso de sustancias. El problema principal era que los bebedores que se identificaban en los ambientes de cuidado de salud, con frecuencia reducían el consumo a límites seguros en lugar de la abstinencia, que suele ser la decisión más típica de las personas seriamente impedidas que necesitan un tratamiento tradicional.

A pesar de que los desarrolladores del instrumento revisado, inicialmente esperaban añadir preguntas que identificasen personas en las cinco etapas de cambio y modificar las preguntas para reflejar las metas o bien de reducir el consumo o de la abstinencia, sólo el segundo propósito se logró con el instrumento revisado (Heather et al., 1996b). El "RCQ(TV)" tiene 30 ítems, con seis preguntas que corresponden a cada una de las etapas del cambio, las cuales se califican en una escala de cinco puntos que va desde sumamente de acuerdo hasta fuertemente en desacuerdo. Muchas de las preguntas y planteamientos son adaptaciones de las del "RCQ" original que ahora incluyen la abstinencia como meta. Por ejemplo: "He comenzado a poner en práctica un plan en el que reduzco el consumo o dejo de beber". Otras preguntas nuevas reflejan las dos etapas de cambio adicionales: "He logrado reducir el consumo o dejar de beber y quiero seguir así" (mantenimiento) o: "He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo y tengo intenciones de poner este plan en práctica" (preparación).

Los desarrolladores de este instrumento firme psicométrico, alegan que es útil clínicamente para decidir qué clases de servicios son más adecuados para las personas que entran a tratamiento. A los que

se identifican como listos para el cambio, se les pueden ofrecer inmediatamente servicios orientados a la acción, con base en las destrezas, mientras que los que aún no están en una etapa de acción, deberían recibir más intervenciones motivacionales hasta que progresen paralelamente a la continuidad de la preparación. Se necesita más investigación para fortalecer una de las escalas y determinar la habilidad del instrumento para predecir resultados sobre el consumo de bebida con precisión (Hether et al., 1996b).

Balance Decisional

Como se discutió en el Capítulo 5, los ejercicios y los instrumentos que examinan el balance decisional, investigan los aspectos positivos y negativos de un comportamiento en particular. Los beneficios generales del comportamiento – y también de cambiarlo – se sopesan contra los costos, permitiendo a los clientes evaluar el impacto de su comportamiento y tomar elecciones más informadas para cambiarlo. La escala que se reproduce en esta sección, se puede usar para acentuar los costos del uso de sustancias del cliente, disminuir sus recompensas percibidas, hacer más aparentes los beneficios de la recuperación e identificar los obstáculos posibles para el cambio.

El ejercicio de balance decisional fue desarrollado por Sobell y sus colegas para ayudar a los individuos a identificar los beneficios y los costos del uso de sustancias, como parte de un proceso de evaluación cognoscitiva a menudo asociado con el cambio auto-dirigido (Sobell et al., 1996b). Una comparación con un fin determinado de los costos y beneficios, parece que facilita el reconocimiento y la resolución de los problemas asociados. Pida a los individuos que estén interesados en hacer un cambio de comportamiento que hagan una lista de los beneficios y costos de cambiar y de no cambiar en columnas paralelas. Luego pídale que consideren cuidadosamente: "¿Vale la pena los costos?" En la Figura 8-3 hay un ejemplo de un ejercicio sobre la decisión para el cambio.

En otro ejercicio de balance decisional, la escala de Balance Decisional de Alcohol (y Drogas Ilegales), desarrollado por DiClemente y reproducido en el Apéndice B, a los que responden se les pide que indiquen en una escala de cinco puntos, cuán importante es cada uno de los planteamientos para tomar una decisión de cambiar el comportamiento al beber o usar drogas.

FIGURA 8-3 DECIDIENDO EL CAMBIO

Cambio	No Cambio
<p>Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control aumentado sobre mi vida ▪ Apoyo de mi familia y amigos ▪ Reducción de los problemas laborales ▪ Ganancias financieras ▪ Mejoras en la salud 	<p>Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Más relajado ▪ Más diversión en las fiestas ▪ No tengo que pensar en mis problemas
<p>Costos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de tensión/ansiedad ▪ Sentirme más deprimido ▪ Aburrimiento en aumento ▪ Problemas al dormir ▪ Aumento de los riesgos de salud 	<p>Costos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desaprobación de los amigos y la familia ▪ Problemas monetarios ▪ Podría perder mi empleo ▪ Daño a las relaciones cercanas

Fuente: Sobell et al., 1996b.

Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas

El Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas (ADCQ, por sus siglas en inglés *Alcohol and Drug Consequences Questionnaire*), es un instrumento relativamente nuevo para evaluar los costos y los beneficios de cambiar un problema de sustancias (Cunningham et al., 1997). Se reproduce en el Apéndice B. Los 29 ítems incluidos en el cuestionario, se derivaron de la información que reportaron los clientes que participaban en una intervención de comportamiento cognoscitivo breve para guiar un auto-cambio en una facilidad de tratamiento ambulatorio para abuso de sustancias. Los ítems se dividen en dos categorías: costos de cambio y beneficios del cambio. A los que contestan se les pregunta la importancia de cada uno de los ítems si fuesen a dejar el consumo o a reducir el uso de sustancias (0= no aplicable, 1= no importante, 3=moderadamente importante, 4=muy importante, 5= extremadamente importante). La puntuación se determina al añadir los ítems del costo y los ítems de los beneficios para obtener dos puntuaciones por separado que se pueden comparar.

En las pruebas iniciales del instrumento, los costos y los beneficios anticipados del cambio de los que respondieron, estaban significativamente relacionados con la importancia que le daban a lograr las metas del tratamiento y, para los bebedores problemáticos, a los

resultados de su consumo de bebida. Los que contestaron con puntuaciones que eran mayores para los costos de las medidas de cambio, tenían más posibilidades de haber consumido más tragos al año de haber concluido el tratamiento, mientras que los que creyeron que los beneficios del cambio eran más importantes que los costos, tenían más posibilidades de reducir los niveles de consumo de bebida después del tratamiento (Cunningham et al., 1997).

Motivación para Usar Sustancias

Un propósito implícito de los instrumentos que se describen en esta sección, es estimular a los clientes a expresar sus expectativas acerca del uso de sustancias al completar planteamientos como: “Si fuera a dejar de usar sustancias, esperarí sentirme...”. La investigación sugiere que las expectativas juegan un papel muy importante en el progreso del uso al abuso (Brown, 1993; Connors y Maisto, 1988; Leigh, 1989a). El conocimiento de las expectativas del cliente en cuanto a los efectos de las sustancias, puede ayudar a entender la racionalización para su comportamiento por uso de sustancias; los clientes que esperan cosas buenas del uso de sustancias, en la mayoría de las situaciones son más propensos a continuar usándolas al mismo nivel hasta que haya un cambio en su perspectiva. Basándose en las expectativas del cliente, encuentre las discrepancias entre los comportamientos de los clientes y las

esperanzas y seleccione estrategias para ayudar a lidiar con las razones para su uso de sustancias.

Como con otras áreas para medir, se sabe menos de las motivaciones para usar drogas que para usar alcohol. Las escalas que se discuten en esta sección, varían en extensión y no han sido probadas del todo en muestras clínicas. Leigh ha repasado y presentado ítems de muestra e instrucciones para varios cuestionarios que aparentan medir la motivación (Leigh, 1989a).

Cuestionario de Expectativas sobre el Alcohol

El Cuestionario de Expectativas sobre el Alcohol es el instrumento de uso más difundido entre todos estos (Brown et al., 1987). Se reproduce en el Apéndice B. Contiene 90 ítems y se usa como un formato dicotómico al responder de acuerdo / en desacuerdo. Los ítems están agrupados en seis categorías de los beneficios percibidos del alcohol:

- Cambios globales percibidos
- Placer social y físico
- Intensificación sexual
- Afirmación social aumentada
- Reducción/relajamiento de la tensión
- Excitación y agresión en aumento

Esta escala mide sólo las expectativas positivas, no las negativas, y ha sido útil al demostrar a los clientes que las expectativas positivas continuadas al final del tratamiento, tienen resultados más pobres. Se ha usado con adultos tanto en las poblaciones clínicas como no-clínicas (Sobell et al., 1994). Una versión de 120 ítems que usó el mismo formato fue desarrollado para adolescentes (Christiansen et al., 1982).

Cuestionario de Efectos del Alcohol

El Cuestionario de Efectos del Alcohol, reproducido en el Apéndice B, se creó después de que los investigadores cuestionaron si el Cuestionario de Expectativas sobre el Alcohol original medía la intensidad de las expectativas relacionadas con el alcohol (Collins et al, 1990). A los sujetos en un estudio, se les pidió que evaluaran la fortaleza de sus creencias en la adicción con respuestas de acuerdo/ en desacuerdo en el Cuestionario de Expectativas sobre el Alcohol estándar. Se esperaba que este estudio aclarase la distinción entre dos clases de expectativas del alcohol: la actitud hacia un comportamiento y la fortaleza de la actitud o confianza hacia el cambio del comportamiento. A los sujetos se les pidió reportar cuán fuertemente estaban de acuerdo o en desacuerdo con una creencia en

particular en una escala Likert de 10 puntos donde 1= creencia ligera y 10=creencia sólida. Los resultados apoyaron la creencia de que la idea de que la fortaleza de la creencia o la incredulidad de un individuo en las expectativas relacionadas con el alcohol, evaluadas mediante el Cuestionario de Expectativas sobre el Alcohol, es diferente del hecho de estar simplemente de acuerdo o en desacuerdo con estas mismas expectativas.

Otras Escalas

La escala de los Efectos del Consumo de Alcohol tiene 20 ítems, cada uno con una escala de cinco puntos que va desde improbable hasta muy probable. Los ítems que reflejan las reacciones esperadas al uso de alcohol, se agrupan en cinco factores: aspecto desagradable, impedimento cognoscitivo/físico, desinhibición, carácter sociable y efectos deprimentes (Leigh, 1989a).

La Escala de los Efectos del Alcohol es una lista de cotejo secundaria de 37 ítems, con una selección forzosa que mide tres factores: estimulación/dominio percibido, desinhibición placentera e impedimentos de comportamiento (Southwick et al., 1981). Esta escala mide las expectativas del cliente de cómo una cantidad moderada o excesiva de alcohol les afectaría.

La Escala de Creencia en el Alcohol se desarrolló para evaluar las expectativas de los clientes en cuanto a la utilidad de beber diferentes cantidades de alcohol en distintos contextos (Connors y Maisto, 1988; Connors et al., 1987). La escala mide las creencias de los clientes en cuanto a si, por ejemplo, el alcohol reduce la incomodidad en proporción a la cantidad consumida (“Cuanto más bebo, mejor me siento”) (Connors et al., 1987). Las expectativas más positivas las informan los que tienen los problemas más severos de consumo.

El Cuestionario de Expectativa del Efecto de la Marihuana (MEEQ, por sus siglas en inglés *Marijuana Effect Expectancy Questionnaire*) y el Cuestionario de Expectativa del Efecto de la Cocaína (CEEQ, por sus siglas en inglés *Cocaine Effect Expectancy Questionnaire*), son dos escalas relacionadas que avalúan la motivación para usar sustancias (Schafer y Broen, 1991). El “MEEQ” (70 ítems) y el “CEEQ” (64 ítems), usan un formato de sí/no con instrucciones similares a las del “AEQ” para de acuerdo/en desacuerdo. A los sujetos se les pide que respondan a los ítems de acuerdo a sus creencias y si han usado las sustancias. Se necesita más investigación; sin embargo, parece que las expectativas difieren entre las clases de sustancias en relación con las propiedades de las mismas (por ej.,

expectativa de excitación sexual al usar alcohol y cocaína, pero no con la marihuana).

Metas y Valores

Sus clientes tienen que valorar una meta de tratamiento para progresar hacia lograrla. De hecho, a no ser que los clientes las valoren, no son metas desde las perspectivas de los clientes. Desde un punto de vista motivacional, usted debe entender cuáles son las metas de los clientes y qué valoran en la vida. Generalmente es mejor comenzar con dónde están sus clientes; con lo que es importante desde el punto de vista de éstos.

Los clínicos pueden evaluar las metas y los valores por medio de una entrevista abierta, haciendo preguntas como: “¿Cuáles son las cosas más importantes para usted?” o “¿Qué le gustaría que sucediera en el tratamiento?” Como una ayuda en este proceso, algunos clínicos usan una hoja que muestra un número de burbujas que contienen los nombres de los aspectos que un cliente podría querer discutir y preguntan: “¿Con cuáles de estos le gustaría trabajar mientras está aquí?” o “¿Con cuál le gustaría trabajar primero?” Algunas burbujas se deberían dejar vacías, pues los clientes pueden que tengan otras metas distintas a las que aparecen en el papel. Al desarrollar un plan de tratamiento, uno puede comenzar con todas las burbujas en blanco y llenarlas con las metas posibles del tratamiento, luego asignarles prioridades. Miles Cox ha desarrollado y probado un Cuestionario de Estructura Motiacional para identificar metas y sus grados de compromiso asociados, la expectativa del resultado y la autoeficacia (Cox et al., 1993).

También hay formas más estructuradas para evaluar lo que los clientes quieren y valoran. Los clínicos pueden usar el Cuestionario sobre Lo que Quiero del Tratamiento, el cual proporciona una lista de posibles metas y aspectos del tratamiento y pide a los clientes nuevos que valoren la importancia de incorporar cada ítem en su propio tratamiento (véase el Apéndice B para una copia de este cuestionario). A los clientes también se les puede preguntar al final del tratamiento, hasta qué punto recibieron estos mismo elementos del tratamiento. Un estudio que usaba este instrumento encontró una relación positiva entre los resultados favorables y los clientes que informaron al ser dados de alta, que habían recibido los elementos de tratamiento que habían dicho querer en el momento de la admisión (Brown y Miller, 1993). Recibir otros elementos del tratamiento que ellos no querían, no guardaba relación con los resultados. En otras palabras, los clientes mejoraron hasta el punto de recibir lo que querían del tratamiento.

Existe una gran cantidad de literatura para medir los valores en general. Por ejemplo, el Cuestionario de Estudio de Valores que se desarrolló en 1960, se ha usado ampliamente (Allport et al., 1960). En un texto clásico sobre el tema, Rokeach introdujo un método para clasificar valores instrumentales (medios) y terminales (fines) (Rokeach, 1973). Su instrumento bien documentado, el cual está disponible en forma impresa, permite a los clientes dar prioridad a sus valores al acomodar etiquetas pequeñas en una forma jerárquica (Rokeach, 1983). Otro instrumento hace que los clientes clasifiquen y den prioridad a tarjetas que lidean con una amplia variedad de valores que se expresan en un lenguaje contemporáneo (Miller y C’de Baca, 1994).

9 Integrando los Acercamientos Motivacionales a los Programas de Tratamiento

¿Cómo encajan los acercamientos motivacionales que se discuten en este “TIP” en el mundo real del cuidado de la salud? A pesar de que la demanda para tratamiento por abuso de sustancias sigue sobrepasando por mucho la disponibilidad, los cambios en la economía del cuidado de salud ponen mayor presión en los proveedores de salud y en sus clientes. Las compañías o agencias encargadas de pagar por los servicios médicos prestados, cada vez piden más evidencia de que los servicios proporcionados no sólo son efectivos, sino costo-efectivos. Los clínicos y los programas cada vez se cuestionan más si no usan métodos actuales basados en la investigación. Los fondos públicos son pocos, y una tercera parte de las agencias o aseguradoras ejercen una gran presión para que los tratamientos sean más cortos, menos costosos, y más efectivos. A fin de cuentas, a los clínicos se les pide más con menos.

La incorporación de los acercamientos motivacionales a los programas de tratamiento, podría ser una respuesta práctica y eficaz para muchos de estos colegas. La investigación reciente (Brown y Miller, 1993; Kolden et al., 1997; McCaul y Svikis, 1991) apoya la integración de los módulos de entrevista motivacional en programas para reducir la fricción, para aumentar la participación del cliente en el tratamiento, y para aumentar el logro y el mantenimiento de los resultados positivos al tratamiento. Otros estudios han demostrado que las intervenciones breves usando las estrategias motivacionales y la entrevista motivacional son más efectivas que no recibir tratamiento o ser puesto en una lista de espera, y que no es inferior a ciertas clases de tratamientos más intensivos (Bien et al.,

1993a, 1993b; Noonan y Moyers, 1997). Un repaso del costo-efectividad de los tratamientos para trastornos por uso de alcohol, concluyó que la consejería motivacional breve, figuró entre las modalidades de tratamiento más efectivas, basándose en la evidencia considerada por medio de las investigaciones clínicas (Holder et al., 1991). La consejería motivacional breve también fue la menos costosa, convirtiéndola en la modalidad de tratamiento de mejor costo-efectividad de las 33 que se evaluaron. A pesar de que se advirtió que era una aproximación que requiere refinamiento, el mismo estudio encontró una correlación negativa entre la efectividad y los costos de las formas de tratamiento más tradicionales para los trastornos por uso de alcohol y destacó una tendencia en aumento para favorecer el cuidado ambulatorio efectivo, por encima del cuidado interno menos efectivo o menos estudiado – pero mucho más caro –, con sede en hospitales o un cuidado residencial (Holder et al., 1991).

Este capítulo empieza con una discusión de la continuidad del tratamiento, en el cual las intervenciones motivacionales se tienen que incorporar y termina con las descripciones de los acercamientos motivacionales que se han usado en ambientes específicos de tratamiento. También se discute la importancia de involucrar una persona significativa para aumentar la motivación del cliente para cambiar.

El Continuo de Tratamiento y el Cuidado Graduado

En 1990, el Instituto de Medicina (IOM), en un informe especial al Congreso, pidió una ampliación de la base del tratamiento para los trastornos por uso de alcohol (IOM, 1990a). Tanto antes como después de la comparecencia, las modalidades y las intervenciones especiales para tratar los problemas relacionados con el uso de sustancias, habían y han proliferado. Al año siguiente del informe del IOM, Holder y sus asociados revisaron los costos y la efectividad de 33 clases diferentes de tratamientos para problemas de alcohol, que habían estado sometidos a experimentos clínicos (Holder et al., 1991). Los costos son mucho mayores si los servicios de tratamiento especializados para los problemas de sustancias se añaden a la base. Sin embargo, estas modalidades variadas, no siempre se usan adecuadamente. Es más, los servicios no siempre están disponibles para los que los necesitan o los quieren debido a los costos, falta de accesibilidad física y poquísimos personal disponible.

El informe del IOM llamó la atención sobre varias suposiciones importantes que son la base de sus esfuerzos:

- Los problemas por uso de sustancias no son homogéneos; difieren en intensidad, duración, efectos y otras dimensiones importantes.
- Los individuos que tienen problemas con el uso de sustancias son también diferentes y tienen preferencia acerca de los tratamientos que aceptarán.
- La magnitud de los problemas relacionados con el uso de sustancias, es demasiado grande para manejarlos por medio de programas de tratamiento especializados que se aíslan del cuidado de salud principal y de otros servicios sociales.

En una era de cuidado dirigido y de un descenso de fondos públicos para los servicios que han demostrado no ser costo-efectivos, la disposición de cuidado de salud se tiene que limitar necesariamente. Sin embargo, los fondos aún se pueden distribuir de una forma racional, justa y efectiva si los tratamientos más costosos se reservan para los casos más severos y las intervenciones menos intensivas que tienen una posibilidad razonable de éxito, se utilizan como una primera respuesta. Este acercamiento de cuidado *graduado* para proporcionar

servicios de tratamiento, opera de acuerdo a los siguientes principios (Sobell y Sobell, 1999):

- Tanto el avalúo como el tratamiento deben ser individualizados, con diferentes clases e intensidades hechos a la medida del problema que se plantea (o problemas) y las características del cliente.
- El tratamiento que se recomienda inicialmente, debe ser el menos intensivo y costoso que tenga más posibilidades – basándose en la investigación, hallazgos del avalúo y el juicio clínico – de resolver el problema identificado.
- Los tratamientos más intensivos y costosos se deben reservar para los problemas más serios y para los clientes que no respondan a las intervenciones menos intensivas.
- Cuando dos intervenciones son igualmente efectivas para los clientes con ciertas características, se debe tratar primero el tratamiento menos costoso. Este principio aplica al uso de tratamiento grupal en lugar del cuidado individual y la consejería por teléfono Internet o por correo, en lugar de una reunión personal cuando estos acercamientos han demostrado ser igualmente efectivos.
- Todos los tratamientos recomendados se deberían basar en una investigación sólida o, a falta de datos adecuados, las guías de la práctica que hayan establecido colegas.
- Al hacer recomendaciones, los clínicos deberían considerar las preferencias del cliente en cuanto al tratamiento. “Tiene poco sentido para los clientes referirlos a tratamientos que crean inadecuados y donde posiblemente los referidos provoquen que los individuos desiertan del tratamiento” (Sobell y Sobell, 1999).
- Tanto los avalúos como los tratamientos deben funcionar sobre la marcha, con procesos cada vez más abarcadores y no con actividades antiguas. Es decir, el avalúo sencillo y las intervenciones breves pueden ser suficiente para los bebedores que consumen en exceso e identificados en ambientes oportunistas, pero a esto le debería seguir avalúos más abarcadores y tratamientos más intensivos, en caso de que no respondan satisfactoriamente al cuidado inicial basándose en los resultados del tratamiento. La necesidad para tratamiento adicional está basada tanto en el desempeño en el ambiente inicial como en otro avalúo más minucioso. El tratamiento adicional puede consistir de más sesiones en el ambiente original o referido a una

intervención como alterna, dependiendo del juicio clínico, hallazgos del avalúo y las preferencias del cliente.

Son muchas las implicaciones para las intervenciones motivacionales de un acercamiento de cuidado graduado para planificar y ofrecer el servicio. Primero, este modelo refleja muchos de los mismos principios implícitos en los acercamientos motivacionales, incluyendo la importancia de ofrecer opciones de tratamiento a los clientes y respetar su elección informada en las decisiones del tratamiento. Segundo, el modelo de cuidado graduado, apoya un aumento de las intervenciones ambulatorias breves que puedan lidiar efectivamente con las personas medianamente incapacitadas, sin proporcionar servicios innecesarios para éstas, mientras que cumple con los objetivos de salud pública de reducir los costos sociales elevados de beber y usar drogas peligrosamente. Los acercamientos motivacionales accarrean un avalúo y sólo unas cuantas sesiones clínicas han demostrado ser efectivas y se podrían ofrecer en una amplia gama de ambientes de cuidado de la salud, siempre y cuando el personal esté adecuadamente adiestrado y esté de acuerdo con el método. Por último, puesto que un acercamiento de cuidado graduado para planificar y asignar los servicios de tratamiento, se basa en el desempeño y no en una jerarquía específica de intervenciones, los acercamientos motivacionales se pueden aplicar en una serie de distintos formatos. Por ejemplo, los clínicos pueden experimentar con la cantidad, duración o frecuencia de las sesiones para encontrar el formato que cumpla mejor con las necesidades individuales.

Usos de los Acercamientos Motivacionales en Ambientes Específicos de Tratamiento

Ningún método para incorporar los acercamientos motivacionales a los sistemas de ofrecimiento de servicios, es superior a los demás. Se presentan pocas oportunidades obvias de por sí, pero las aplicaciones han sido y continúan siéndolo, un asunto de creatividad clínica. Algunas de las formas en que las intervenciones motivacionales se han usado son como:

- Un medio para comprometer rápidamente con el ambiente médico general para facilitar el referido a tratamiento

- Una primera sesión para aumentar la posibilidad de una breve consulta cuando un cliente se pone en una lista de espera y para ofrecer un servicio útil si el cliente no regresa
- Una consulta breve facilitadora cuando un cliente cae en lista de espera, en lugar de decirle que espere por el tratamiento
- Una preparación hacia el tratamiento para aumentar la retención y la participación
- Una ayuda a los clientes forzados a entrar a tratamiento para sacarlos de los sentimientos iniciales de coraje y resentimiento
- Una forma de vencer la defensividad y la resistencia del cliente
- Una intervención por sí sola en ambientes donde tan solo existe el contacto breve
- Un estilo de consejería de un período corto en el que usted, el clínico, puede lograr un impacto beneficioso. Esto podría ser debido a que la duración del servicio se restringe por las políticas de reembolso o porque la naturaleza de un programa (por ej., un programa de ayuda al empleado) o el ambiente permite tan solo un encuentro, como en una sala de emergencia. Es más, la duración promedio de una estadía en un tratamiento de abuso de sustancias es corta. Si usted no logra impactar en la primera o segunda sesión, usted podría no llegar a conseguirlo. Por tanto, sería sabio usar de la mejor forma el primer contacto con el cliente.

Sin embargo, esto podría confligir con las exigencias prácticas de un ambiente clínico en el que la papelería se tiene que hacer al momento de la admisión, hay una sala de espera llena de clientes, o se tiene que completar un plan de tratamiento ya para la cuarta sesión. Sin embargo, generalmente es un error *comenzar* una sesión llenando formularios. Dedique un tiempo justo al inicio para escuchar a su cliente, para entenderlo y aumentar su motivación hacia el cambio. Si un contacto es todo lo que puede conseguir con este cliente, es poco probable que llenar un cuestionario ayude. La investigación demuestra que inclusive una sola sesión de entrevista motivacional hace una diferencia.

El resto de este capítulo describe formas creativas en las que los acercamientos motivacionales que se describen en este “TIP”, se pueden implementar.

En el Departamento de Emergencia

Una de las primeras demostraciones del poder de las intervenciones breves, se implementó en los departamentos de Emergencia del “Massachusetts

General Hospital”, a finales de los años 50. Morris Chafetz estaba preocupado con que muchos de los pacientes que se trataban en las salas de emergencia llegaban ahí debido a problemas de salud y lesiones relacionadas con su consumo de bebida. Aun así no se hacía nada al respecto. Algún residente podía repender con un dedo en alto a algún paciente diciéndole: “Usted tiene que dejar de beber”, pero nunca había seguimiento. De hecho, menos del 5 por ciento de esos pacientes buscaba tratamiento para sus problemas con el alcohol.

Chafetz se preguntaba que pasaría si un consejero empático estuviera presente para escuchar a estos pacientes después de que hubiesen sido tratados médicamente, estimulándolos a regresar para tratamiento. Por eso, llevó a cabo dos estudios en los que a los pacientes que llegaban a la sala de emergencia con problemas médicos asociados al consumo de alcohol, se les asignaba un consejero para una conversación corta (de 15 a 20 minutos), después del tratamiento médico. En ambos estudios (Chafetz et al., 1962, 1964), los pacientes tenían 12 veces más posibilidades de regresar a tratamiento por sus problemas con el alcohol si habían conversado con un consejero empático (65 y 78 por ciento), comparado con los pacientes que tan solo recibieron el cuidado de emergencia (5 y 6 por ciento).

En el “Boston Medical Center’s Emergency Department”, los doctores desarrollaron el Proyecto ASSERT (siglas que representan en inglés *Alcohol and Substance Abuse Services and Educating Providers to Refer Patients to Treatment* – Servicios por abuso de sustancias y alcohol y educación a los proveedores para referir a tratamiento los pacientes – las siglas pueden equivaler a afirmar), fundado originalmente por el Centro para Tratamiento por Abuso de Sustancias. El Proyecto “ASSERT” emplea defensores que promueven la salud, quienes ciernen pacientes en las salas de emergencia por uso de sustancias, establecen afinidad, exploran aspectos de cambio, avalúan la preparación para cambiar usando el medidor de preparación, negocian un plan y facilitan acceso al sistema de tratamiento por abuso de sustancias. Este programa también adiestra e involucra a los residentes en medicina de emergencia. Los datos de seguimiento publicados, muestran una reducción de un 45 por ciento en la severidad de los problemas de drogas, una reducción de 56 por ciento en el uso de alcohol y una reducción de 64 por ciento en la frecuencia de beber al irse de fiesta. Además, 50 por ciento de los pacientes matuvieron una cita para tratamiento (Bernstein et al., 1997a).

En las Clínicas Obstetras

Otro ejemplo de una intervención motivacional efectiva, es el estudio piloto que llevó a cabo Nancy Handmaker con mujeres embarazadas que asistieron a clínicas obstetras. Las mujeres que informaron cierto consumo de bebida durante el mes anterior, pasaron por un avalúo estructurado y se les asignó a recibir o una intervención motivacional, o materiales escritos que les informaban de los riesgos de beber durante el embarazo. En las entrevistas personales que no emitían juicios, las mujeres informaron haber consumido más alcohol del que admitieron en los cuestionarios de cernimiento. Entre las mujeres que se consideraba tendrían un nivel mayor de concentraciones de alcohol en la sangre, la intervención motivacional fue más efectiva para reducir el consumo durante los dos meses siguientes de su embarazo (Handmaker et al., 1999).

En los Ambientes Médicos

Varios estudios han usado las intervenciones motivacionales en los ambientes médicos. Los fumadores adolescentes hospitalizados, se beneficiaron de las entrevistas motivacionales breves para su dependencia a fumar y en la cantidad de días en los que fumaron (Colby et al., 1998). Los investigadores determinaron la etapa de cambio de los pacientes en una clínica de cuidado primario que dieron al menos una respuesta positiva a “CAGE”. A pesar de que los investigadores habían esperado que la mayoría de estos individuos estuvieran en la etapa de contemplación, se encontró que los pacientes estaban principalmente en la etapa de acción, y la mayoría no estaban consumiendo alcohol (Samet y O’Connor, 1998). Esto implica que los médicos de cuidado principal, quizás pueden contribuir mejor a la sobriedad de sus pacientes al proporcionar retroalimentación positiva acerca de permanecer abstemio y usar técnicas para prevenir las recaídas. Los proveedores de cuidado primario que recibieron adiestramiento breve en un programa de consejería centrado en el consumo de alcohol, mejoraron sus destrezas de consejería y estuvieron mucho más preparados para intervenir con bebedores problemáticos (Ockene et al., 1997).

Entrevista Motivacional y Revisión de la Marihuana

Un estudio que llevó a cabo la Univesidad de Washington ofreció una Revisión de la Marihuana en dos sesiones, hecho público mediante los medios noticiosos locales con un número de teléfono al que llamar con preguntas. En las primeras semanas del programa, el personal notó que el 60 por ciento de las personas elegibles que llamaban y fijaban una cita, no la cumplían. Esta tasa se redujo a la mitad cuando el

protocolo de la llamada inicial para admisión se modificó. El nuevo acercamiento incluía un diálogo de 3 a 5 minutos, durante el cual el personal hacía una serie de preguntas abiertas y, escuchando las respuestas atentamente, discutía las razones del interlocutor para estar interesado en el programa.

El Modelo Matriz para los Usuarios de Drogas

En 1994, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, fundó el desarrollo de un programa modelo intensivo de tratamiento ambulatorio que se tenía que desarrollar con elementos apoyados por la investigación (Rawson et al., 1995). La primera versión de este modelo, iba dirigido a personas con trastornos por uso de estimulantes, incluidos en instrucciones específicas para los terapeutas y una filosofía elaborada del tratamiento que enfatizaba un acercamiento motivacional:

El terapeuta fomenta una relación positiva, saludable con el paciente y usa esa relación para reforzar el cambio de comportamiento positivo. La interacción es realista y directa, pero no es ni confrontativa ni paternal. Los terapeutas son adiestrados para ver el proceso de tratamiento como un ejercicio que promoverá la autoestima, la dignidad y el valor personal. Una relación positiva entre el paciente y el terapeuta es un elemento crítico para la retención del cliente. (p. 120)

La filosofía de aumento de motivación básica que caracterizaba el modelo Matriz original para tratamiento ambulatorio para usuarios de estimulantes, se ha ampliado para incluir protocolos para sustancias. El modelo continúa siendo evaluado y refinado de acuerdo a los resultados de los estudios que se siguen realizando.

Terapia de Aumento Motivacional

El estado de Virginia ha desarrollado y está usando un modelo multicomponente que incorpora la Terapia de Aumento Motivacional (MET, por sus siglas en inglés *Motivational Enhancement Therapy*). El programa se conoce como “SATOE”, por sus orígenes como el grupo de trabajo “Substance Abuse Treatment Outcome Evaluation” (Evaluación del Resultado del Tratamiento por Abuso de Sustancias), una recopilación estatal de los clientes y representantes de las agencias de tratamiento por abuso de sustancias públicas, a nivel local, universidades y el Departamento de Salud Mental, Retardación Mental y Servicios por Abuso de Sustancias.

Los elementos que se están desarrollando en el modelo “SATOE” incluyen:

- Avalúos de los Clientes
- Ubicación de los clientes en los distintos niveles y clases de servicios
- Utilizar la revisión y las mejoras del ofrecimiento del servicio
- Evaluaciones del resultado del tratamiento

El modelo “SATOE” actualmente consiste de cinco componentes principales:

- Diagnósticos de los trastornos por abuso de sustancias de acuerdo a los criterios del *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales*, 4ta edición (“DSM-IV)
- Avalúos e intervenciones “MET”
- Evaluación del Índice de Severidad a la Adicción (ASI, por sus siglas en inglés, *Addiction Severity Index*)
- Criterios de ubicación del cliente estandarizados, como los criterios de Ubicación del Paciente de la Sociedad Americana de Medicina Adictiva
- Revisar la utilización del uso de las revisiones de los servicios de tratamiento

En el modelo “SATOE”, a los clientes generalmente se les da la Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhode Island (URICA por sus siglas en inglés, *University of Rhode Island Change Assessment*) – un cuestionario de 32 ítems en el que el cliente auto-avalúa la preparación para cambiar los comportamientos problemáticos (véase el Capítulo 8). Las puntuaciones de “URICA” guían el juicio de los clínicos en cuanto a la preparación de los clientes para el tratamiento. Este instrumento se seleccionó porque muchos clientes del sector público tienen diagnósticos de un trastorno por abuso de sustancias que coexiste con trastornos de salud mental, y este instrumento permite a los que lo contestan identificar el problema objetivo, en contraste con otros instrumentos para medir la preparación que son específicos para el uso de sustancias.

En una versión implementada de este modelo, los clientes que se identificaron como precontempladores (y algunas veces contempladores) por medio de los avalúos clínicos basados en “URICA”, se ubicaron por separado en un tratamiento con orientación motivacional dentro de un marco de tiempo limitado (de 4 a 8 semanas), que usa los principios e intervenciones de “MET”. A pesar de que algunos clientes encuentran este curso de tratamiento basado en “MET” suficiente para hacer los cambios de comportamiento deseados, del tratamiento basado en “MET” típicamente se espera que más bien aumente

la preparación de los clientes para un tratamiento por abuso de sustancias más tradicional que también incorpore los principios de “MET”. Otros acercamientos para implementar los principios de “MET” bajo el “SATOE”, implican integrar los principios de “MET” por medio de modelos de tratamiento tradicionales ambulatorios y ambulatorios intensivos.

Una vez que el cliente termina el curso breve de tratamiento basado en “MET”, el programa pide una re-evaluación del cliente, usando indicadores del comportamiento como cumplimiento con el tratamiento o resultados de análisis de orina además de otro avalúo de “URICA” o un avalúo clínico informal de la preparación para el cambio. Con base en los hallazgos, el cliente entonces puede ser dado de alta o se puede desarrollar un nuevo plan de trabajo que implique más tratamiento con orientación motivacional, tratamiento tradicional para abuso de sustancias, otros servicios como manejo de caso o terapia individual y, en el caso de los clientes referidos por el sistema de justicia criminal, referido a las agencias de justicia criminal para sanciones graduales. A pesar de que el estado espera apoyar todos los componentes de “SATOE”, el énfasis inicial se ha dado a la preparación para cambiar los avalúos y el “ASI”. Una lista de proveedores se ha establecido para facilitar la comunicación entre los usuarios del modelo o sus componentes. Además, una evaluación abarcadora de los parámetros de implementación y un análisis del costo-efectividad del modelos están planificados.

Para facilitar la implementación del “SATOE”, el Estado emprendió una serie de actividades importantes. La primera fue desarrollar un manual de los principios y de las técnicas de “MET”. Puesto que el protocolo de “MET” mejor conocido para el tratamiento por abuso de sustancias, es el esfuerzo del proyecto “MATCH” para el tratamiento breve *individual* de los clientes y el tratamiento *grupal* la modalidad prevaleciente en los programas públicos de Virginia, el Centro de Transferencia Tecnológica de Adicción de Virginia, desarrolló un modelo *con base grupal* del tratamiento “MET” y produjo un manual para este protocolo (Ingersoll y Wagner, 1997). Este modelo ha demostrado ser efectivo para aumentar la preparación para cambiar (Wagner et al., 1998). La segunda actividad es una iniciativa de tratamiento a gran escala en la cual al personal de adiestramiento se le presentan los principios básicos de “MET” y las implicaciones para los cambios en el programa, mientras que al personal clínico se le adiestra en los principios de “MET” y las intervenciones clínicas relacionadas con el mismo.

Virginia espera que el modelo “SATOE” evolucione con el tiempo como respuesta a la retroalimentación del campo. Se ha dado una atención seria a las alternativas dentro del modelos, lo que permitirá a las agencias locales ajustarlo a sus prioridades y limitaciones. Por ejemplo, algunas agencias de tratamiento en el Estado, han escogido integrar los principios de “MET” a través de la continuidad de los servicios de trastornos por abuso de sustancias, o en servicios específicos como una terapia ambulatoria intensiva, en lugar de un seguimiento de tratamiento por separado basado en el “MET”. Mientras que el protocolo estándar de “MET” implica cuatro sesiones, el modelo “SATOE” explorará versiones con un término más amplio y abiertas, para acomodar las expectativas de las agencias de justicia criminal locales.

La implementación del modelo “SATOE” representa un cambio paradigmático potencial en el sistema de servicio de Virginia para tratamiento por abuso de sustancias. La conclusión en todos los esfuerzos relacionados con el “SATOE”, ha sido el desarrollo de metodología que permite a las agencias del sector público, proporcionar los servicios más adecuados y costo-efectivos.

Un Uso de la Intervención Motivacional Orientado a los Afroamericanos

Al trabajar con clientes afroamericanos, el uso de la intervención motivacional de una forma culturalmente congruente, puede ser muy efectivo para extraer las declaraciones personales, comprometer en el proceso de tratamiento y resultados positivos del tratamiento. Por ejemplo, en el desarrollo de la discrepancia, ampliar las discrepancias entre el comportamiento por el uso de sustancias y el propósito percibido del cliente, la razón de ser o el destino en la vida, crea una disonancia significativa y una pausa reflexiva. Otras discrepancias culturalmente significativas, incluyen la discrepancia entre el uso de sustancias y el compromiso hacia el bienestar de la comunidad; el uso de las sustancias y el compromiso hacia los demás; el uso de sustancias y el desarrollo espiritual de uno y la resistencia; el uso de la sustancia y “actuar fuera de sí”. Estas discrepancias guardan relación con los principios significativos culturalmente; principios culturales que reflejan herencia cultural africana (Grills y Rowe, 1998; Longshore et al., 1998). Estos incluyen principios de interconexión recíproca, responsabilidad hacia la comunidad, la creencia de que el núcleo esencial d el ser es la esencia divina, la creencia de que cada persona tiene un propósito en la vida dado por Dios y la importancia de desarrollar una buena personalidad. Además, dejar de considerar

que al curarse (la recuperación) de un proceso donde simplemente se cura a la persona individual, para considerarlo un proceso que estimula que se cure la comunidad, estimula al cliente de una forma más sustancial en consideración a su consumo de sustancias. La sanación de uno mismo representa la naturaleza interdependiente esencial de las comunidades afroamericanas (Rowe y Grills, 1993).

Por último, el uso de la intervención motivacional con los clientes afroamericanos, se ha aumentado por medio de la contextualización del uso personal de sustancias dentro de una realidad histórica y social. El uso de sustancias se entiende no sólo como una función de los atributos del individuo, sino también dentro del contexto de las fuerzas de opresión históricas y sociales y el racismo en los Estados Unidos que agresivamente interfiere con el bienestar y con las prácticas que defienden la vida del individuo, la familia y la comunidad. Se considera que los efectos adversos del uso de sustancias, se consideran reducen las oportunidades en la vida, la vida familiar, las tradiciones culturales y el sentido de la vida comunitaria para los afroamericanos (Goddard, 1992)

Este uso congruente culturalmente de la intervención motivacional, ha demostrado ser efectivo para mover a los clientes afroamericanos de la precontemplación a la contemplación, de la contemplación a la acción y de la acción al mantenimiento (Longshore et al., 198).

Los Adolescentes con Múltiples Problemas por Drogas

El programa de tratamiento para adolescentes del centro e Alcoholismo, Abuso de Sustancias y Adicción, de la Universidad de Nuevo México, trabaja principalmente con adolescentes que tienen problemas abrumadores. Usan varias drogas, tienen problemas con la ley, están fracasando en la escuela o la han abandonado, tienen relaciones tormentosas con las familias y a veces abusivas, algunas veces pertenecen a gangas y están participando en todo tipo de comportamiento riesgoso. Casi ninguno de ellos llega a tratamiento por iniciativa propia. Los envían las cortes, los trae un familiar o vienen de algún ambiente bajo custodia. A menudo están enfadados, silenciosos, meditativos, confrontativos o desafiantes. Resienten que los adultos les digan que no deberían consumir drogas.

Inclusive con toda la presión externa de las cortes y de la familia, la retención es un problema significativo. El cliente adolescente promedio que se admite al programa, permanece durante cinco sesiones ambulatorias. Para tratar este problema, la

entrevista motivacional se usa en la admisión (Aubrey, 1998). A los adolescentes que entraban al programa se les asignó al azar recibir la entrevista de admisión usual o una entrevista motivacional que incluía la retroalimentación personal del avalúo. Aubrey encontró que sus clientes adolescentes respondieron muy bien a la entrevista motivacional, un estilo de consejería considerablemente diferente a lo que ellos habían esperado. También permanecieron en el tratamiento por más tiempo. Los que tuvieron una entrevista motivacional en el momento de la admisión, permanecieron por un promedio de 17 sesiones, comparado con las 6 de los que recibieron el procedimiento de admisión regular. Lo más importante fue el impacto en el uso de sustancias de los adolescentes. Después de 3 meses de seguimiento, los adolescentes que recibieron la entrevista motivacional tuvieron una tasa más alta de abstinencia que el grupo control (70 por ciento contra 43 por ciento), unos resultados paralelos a los hallazgos con los pacientes internos adultos (Brown y Miller, 1993) y poblaciones ambulatorias (Bien et al., 1993b).

Mujeres con Vulnerabilidades Múltiples

Los individuos con problemas por abuso de sustancias, tienen más posibilidades de tener algún problema de salud, salud mental o social que el resto de la población. Las mujeres son especialmente vulnerables; los estudios indican que las tasas de trastornos coexistentes son mayores en las mujeres que en los hombres (Helzer y Pryzbeck, 1988; Regier et al., 1990). Reconociendo que las mujeres pueden tener problemas múltiples y de que podrían estar preparadas para cambiar un aspecto de su vida pero no otro, unos investigadores en California han desarrollado los Pasos del Modelo de Cambio, basado en las etapas de cambio (Brown et al., en imprenta; Melchior et al., en imprenta).

Los Pasos del Cambio evalúan la preparación de una mujer para entrar a tratamiento al examinar cuatro categorías: (1) preparación para cambiar el comportamiento por uso de sustancias, (2) preparación para cambiar las prácticas sexuales de alto riesgo, (3) preparación para cambiar una situación doméstica violenta, y (4) preparación para lidiar con los problemas emocionales. Esto permite a una mujer considerar sus muchas necesidades y entrar a las clases de tratamiento necesarias o al tratamiento integrado. Los resultados iniciales del estudio demostraron que los cuatro niveles de la etapa de cambio no indican un solo deseo implícito para cambiar, apoyando así el uso de los Pasos del Cambio para evaluar la preparación en varios campos, y de que los problemas que presentan el mayor potencial de daño inmediato para las mujeres,

generalmente inducen la mayor disposición hacia el cambio. Estas son consideraciones importantes cuando se predice la entrada al tratamiento y el resultado para las mujeres. Los estudios futuros examinarán la retención de las mujeres en el tratamiento por abuso de sustancias, basada en el modelo de los Pasos del Cambio.

Un Programa de Tratamiento Residencial a Corto Plazo

En un programa de tratamiento del suroeste, que da servicio a una población que representa el 95 por ciento de la población nativoamericana, se han estado usando una cantidad de estrategias motivacionales para aumentar el resultado del tratamiento en varios de los componentes del programa con una facilidad de 150 camas. Por ejemplo, el personal clínico de la facilidad lleva identificaciones con algo más que su nombre y título. El nombre de cada una de los clínicos en su identificación, incluye referencias al grupo étnico o a la familia de origen; los miembros tribales se identifican por una de las dos docenas de clanes, que abarcan la identidad tribal en el lenguaje nativo y los que no son de origen nativoamericano, se identifican por su ancestro (por ej., europeo, africano). Los clientes que entran al programa residencial de 16 días y ½, reciben material para diseñar sus propias identificaciones individualizadas, las que contienen información sobre sus familias de origen. A los clínicos se les estimula a integrar el uso de las relaciones del clan en sus intervenciones individuales o familiares, de modo que es común oír referencias de un cliente como hermano menor, abuela o tío. Estas referencias aumentan la motivación de los clientes a participar en el proceso de tratamiento y a comprometerse en las dinámicas terapéuticas del programa nativoamericano.

En un seguimiento a los 6 meses, de tres docenas de antiguos clientes, este programa encontró que 70 por ciento de los que completaron el programa residencial, seguían estando mejor que en el momento de la admisión; tenían tasas menores de consumo de alcohol y una calidad de vida e interacción familiar mejoradas. A pesar de que aún hay oportunidad de mejorar en esas áreas de funcionamiento, hubo casos de cambios significativos. Hubo informes de seguimiento de individuos que establecieron domicilios luego de una serie de meses o años de abuso de alcohol durante los cuales se habían vuelto deambulantes. Algunos clientes comenzaron a desarrollar sobre las enseñanzas culturales a las que habían estado expuestos. Los clientes también intentaron encontrar tutores fuera del programa de tratamiento de quienes

podieran aprender más acerca de las tradiciones, tales como la forma en que funciona una choza para sudar y cómo facilitar estas ceremonias a los familiares o amigos. La importancia de incluir las relaciones familiares como parte del proceso terapéutico, fue la clave para motivar a los clientes a comenzar los cambios de comportamiento de bebida que los programas de tratamiento estándar han considerado muy difíciles, si no imposibles, de cambiar.

Un antiguo cliente, un graduado al que se le dio seguimiento, dejó la región para entrar a un programa de tratamiento residencial de 30 días. Después de completar estos treinta días, el cliente recibió estímulo para convertirse en voluntario y permaneció como consultor cultural, mientras otros miembros de su tribú eran admitidos. Dos años más tarde, ese cliente y voluntario regresó a su hogar y consiguió empleo como un consejero tradicional en el programa de 16 días y ½, donde había comenzado su recuperación en un principio.

Ambientes Grupales

El contexto actual del ofrecimiento de servicio, da un fuerte énfasis en el tratamiento grupal. Muchas actividades de aumento de motivación que pueden darse en una terapia grupal, no tienen lugar en un tratamiento individual (por ej., los clientes pueden recibir retroalimentación de sus compañeros); sin embargo, surgen varios aspectos clínicos significativos en términos de dirigir los grupos: fricción, estructura de los grupos, cohesión del grupo y manejo de clientes difíciles (Dies, 1994). Llevar a cabo una terapia grupal es considerablemente más complicado que llevar a cabo un tratamiento individual, pues implica manejar múltiples clientes simultáneamente. También, el uso de los materiales de comportamiento y estrategias y técnicas motivacionales en grupos, se tiene que hacer de una forma en que se logren los mismos objetivos que en una terapia individual. Por lo tanto, ser un buen clínico en un ambiente individual no cualifica a un terapeuta para llevar a cabo sesiones grupales; en cambio, el clínico tiene que poseer un entendimiento de la dinámica grupal y las destrezas necesarias para llevar a cabo una terapia grupal.

Los esfuerzos hasta este momento han dado una mezcla de resultados para la terapia de aumento motivacional en los ambientes grupales. Algunos estudios encuentran que la entrevista motivacional en un ambiente grupal, es menos efectiva que una consejería individual; en un caso, los estudiantes universitarios tratados en grupo tuvieron resultados algo menos pobres que los que estuvieron en un

AUMENTO MOTIVACIONAL EN LA TERAPIA GRUPAL

Llevar a cabo intervenciones motivacionales en un grupo comparado con un formato individual, es más difícil, más complejo y más retante. Sin embargo, personalmente, lo encuentro mucho más recompensante. En la terapia grupal, particularmente usando las técnicas y estrategias motivacionales, los clientes aprenden por medio del grupo. Es como una sala de espejos; los clientes tienen la sensación de saber cómo se proyectan. Para mí, cuando un cliente escucha atentamente a otro o señala la ambivalencia del otro cliente, el grupo es como un laboratorio viviente, de aprendizaje, de experiencias practicadas primero en un ambiente seguro antes de ponerlas a prueba en el mundo real. Al fin y al cabo, lo que los clientes tienen es una meta común para reducir o detener el uso de sustancias, y es con el apoyo mutuo y la presión de sus pares que se vuelve efectiva.

grupo control sin tratamiento (Walters et al., en imprenta).

Sin embargo, un equipo de la Universidad de Washington encontró que los estudiantes universitarios que bebían copiosamente, redujeron su consumo marcadamente como respuesta a un programa grupal de 6 semanas (Baer et al., 1992). Se consiguieron también resultados favorables en un experimento reciente, al azar, que evaluaba una intervención de comportamiento con base cognoscitiva, el tratamiento Auto-Cambio Guiado (GSC, por sus siglas en inglés *Guided Self-Change*). Este experimento demostró que las técnicas y las estrategias con base motivacional, fueron tan exitosas en el formato grupal como en el tratamiento individual tanto para el abuso de alcohol como para el de sustancias (Sobell et al., 1995; Sobell y Sobell, 1998). Los resultados de este experimento fueron específicamente los siguientes (1) ninguna evidencia de alguna fricción específica a lo largo del tratamiento como resultado de la asignación al azar al grupo o al tratamiento individual, (2) una alta cohesión grupal, considerada esencial para los resultados exitosos del grupo (Cota et al., 1995, MacKenzie, 1983; Satterfield, 1994), según los informes de los clientes en los que alegaron que fueron capaces de responder con una apertura considerable, (3) resultados similares para el grupo "GSC" con base motivacional y los niveles de satisfacción del cliente, comparados con clientes tratados individualmente, (4) una disminución significativa en el uso de bebida y drogas, desde el pretratamiento hasta el tratamiento, tanto en los formatos grupales como en los individuales, y los cambios que se mantuvieron al año de haber concluido el tratamiento, y (5) una reducción considerable del costo, al proporcionar tratamiento con base motivacional en grupo, en lugar de en un formato individual; un ahorro de un 41.5 por ciento del cálculo actual del servicio, y una reducción ocho veces mayor de citas a las que se faltó en el formato grupal comparado con las sesiones individuales.

Además, 80 por ciento de todos los clientes individuales o grupales dijeron que recomendarían el programa "GSC" a un amigo.

Debido a que el apoyo social es intrínseco al tratamiento grupal, los clientes en un grupo pueden reforzar y ayudarse a mantener los cambios los unos a los otros. Las personas comienzan a abrirse a lo largo del tratamiento según van recibiendo retroalimentación y se les refuerza proporcionar información sobre ellas mismas: dos elementos importantes del tratamiento grupal y de la entrevista motivacional. Al usar materiales de retroalimentación de consejería en grupo, se puede usar un procedimiento en el que alguien diga algo y cada uno le vaya añadiendo, así los clientes se enfrascan en un proceso de escuchar atentamente y comentar de una forma que promueve la discrepancia, así como que señala la ambivalencia observada en sus pares. En la terapia grupal, todos los clientes actúan como agentes de cambio al ayudarse los unos a los otros por medio de un proceso basado en la igualdad de sus pares, para fortalecer su motivación y compromiso hacia el cambio. El grupo en lugar de un clínico individual, es el agente de cambio (Dies, 1994).

A pesar de que el estudio promete mucho, es el primer estudio que usa la intervención basada en la motivación en un formato grupal. Parece razonable que los acercamientos motivacionales se puedan adaptar para usarse en grupos para aumentar el costo-efectividad, aun así está claro que algunos esfuerzos de la intervención motivacional han fallado e inclusive han resultado perjudiciales. Hasta que se aclaren métodos de tratamiento grupales efectivos, sería sabio evaluar nuevos programas para asegurarse de que cumplan con lo que se pretende.

10 Direcciones para la Investigación Futura

La intervención motivacional es un acercamiento relativamente nuevo, aunque recibido favorablemente, para estimular el cambio de comportamiento favorable. El acercamiento se deriva de una variedad de fuentes, que incluyen la consejería centrada en el cliente, la terapia cognoscitiva, la teoría de sistemas, y un modelo transteórico de cambio (Miller y Rollnick, 1991). Hasta la fecha, las intervenciones motivacionales se han usado exitosamente con una variedad de problemas, poblaciones de clientes y ambientes (véase el Capítulo 2), y la metodología parece ser aplicable generalmente, a pesar de que se desarrolló principalmente para los que beben alcohol en exceso y los fumadores de cigarrillos. Se han llevado a cabo con resultados prometedores una cantidad de experimentos clínicos controlados sobre la entrevista motivacional e intervenciones breves usando un acercamiento motivacional (Bien et al., 1993; Noonan y Moyers, 1997).

Sin embargo, como con cualquier acercamiento de tratamiento innovador, aún quedan muchas preguntas por contestar sobre las intervenciones motivacionales; especialmente por como ha ido evolucionando el concepto en un período de vida tan corto. Muchas de estas preguntas son temas para una agenda de investigación activa y abarcadora; otras son problemas más prácticos relacionados con los usos clínicos. Muchas de las preguntas también son complejas y están vinculadas, de forma que las respuestas precisas presentan un reto.

Algunas de las preguntas o aspectos que requieren investigación adicional incluyen lo siguiente:

- ¿Cuáles son los ingredientes activos de las intervenciones motivacionales? A pesar de que ha habido algún intento para identificar los elementos comunes de las intervenciones breves y añadir elementos más fundamentales a los

acercamientos motivacionales, ninguna investigación estructurada ha dividido aún los distintos elementos y determinado cuáles son las más críticas o qué combinaciones son las más útiles. Por ejemplo, el escuchar atentamente, la retroalimentación estructurada, el desarrollo de la discrepancia y los balances decisionales, han asumido cada uno por separado, cierta prominencia en las discusiones acerca de este acercamiento. Esta pregunta probablemente no tenga una simple respuesta pues algunas clases de clientes probablemente respondan mejor a un aspecto del modelo que a otro y en diferentes momentos del proceso de cambio.

- ¿Pueden las intervenciones motivacionales estandarizarse? Una consecuencia natural de la primera pregunta en lo que se refiere a los ingredientes activos, es si los acercamientos motivacionales se pueden integrar en manuales de adiestramiento básicos, de manera que los clínicos puedan aprender los elementos básicos y monitoreados para determinar su apego hacia este modelo. Ya está disponible un ejemplo de un programa como éste, el manual del Proyecto “MATCH”, publicado por el Instituto Nacional para Abuso de Alcohol y Alcoholismo (Miller et al., 1995c).
- ¿Qué clases de clientes se beneficiarían más – y cuáles menos – de las intervenciones motivacionales? Aquí existe el peligro de que en nombre de considerar incluir el costo del cuidado de salud, alguien pudiese concluir: ¿Por qué no dar *solamente* intervenciones motivacionales? Se sabe demasiado poco en este momento acerca de quién responde y quién no a la consejería motivacional breve y por qué. Alrededor de la mitad de los estudios de las intervenciones motivacionales breves, se han llevado a cabo en ambientes médicos con bebedores que consumen

en exceso, quienes *no* estaban buscando tratamiento para los problemas de alcohol. Otros estudios han demostrado que la intervención motivacional aumenta la efectividad del tratamiento subsiguiente (bien et al., 1993; Noonan y Moyers, 1997). El Proyecto “MATCH” probó una terapia de aumento motivacional de cuatro sesiones comparándola con métodos de tratamientos ambulatorios de doce sesiones y encontró resultados similares a largo plazo, con cierta evidencia de que para los que padecían una dependencia más severa fue mejor tratamientos más largos (Grupo de Investigación del Proyecto “MATCH”, 1997a). Es demasiado pronto para predecir quién necesita sólo consejería motivacional y quién necesita tratamiento más intensivo.

- ¿Qué resultados estándar se pueden definir y medir para las intervenciones motivacionales? Los acercamientos motivacionales se han usado para influir en una serie de factores, incluyendo los patrones para el consumo de sustancias, los referidos exitosos, cumplimiento con el tratamiento y completar con éxito el régimen que se ordene. Las evaluaciones de investigación deben especificar qué resultados se esperan y cómo se van a medir éstos. Un aspecto de las intervenciones motivacionales, es la cantidad de efectos variables en los estudios hasta la fecha (Noonan y moyers, 1997). Del mismo modo, donde la intervención se concentra en cumplir con el consejo médico o de tratamiento (por ej., tomar medicamentos según se han recetado, participar con regularidad en programas de ejercicios o de rehabilitación), ¿cuán grande se

puede esperar que sea un efecto y cuánto se debe esperar que dure? Otra pregunta relacionada es cuáles, si algunos, resultados aproximados predicen los resultados más duraderos.

- ¿Qué características de los clínicos influyen en la efectividad de las intervenciones motivacionales? Los clínicos, así como los clientes, tienen características que influyen positiva o negativamente con cuánta fuerza se pueden apegar al modelo y cuáles son sus expectativas en lo que se refiere a la efectividad potencial de las intervenciones motivacionales. Los clínicos que proveen consejería breve con una voz médica autoritaria o que no se han adiestrado cuidadosamente, pueden haber comprometido el *espíritu* de consejería motivacional y haber manchado negativamente los hallazgos de las investigaciones (Noonan y Moyers, 1997). La entrevista motiacional no es un acercamiento que sea compatible con todos los clínicos.
- ¿Son efectivas las intervenciones que se determinan de acuerdo a las etapas? Hay cierta evidencia que indica que cuando los clientes están en las etapas iniciales de preparación, es más probable que respondan favorablemente a una intervención con enfoque motivacional, en lugar de a una que se concentre en el cambio de comportamiento (Heather et al., 1996b). Esto sugiere que las distintas estrategias de tratamiento, pueden ser óptimas en diferentes etapas de cambio. Una pregunta diferente es si ciertas estrategias motivacionales son apropiadas sólo en ciertas etapas de cambio (Perz et al., 1996) o con ciertas poblaciones (Obert et al.,

ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON PACIENTES INTERNADOS CON UN DIAGNÓSTICO DUAL

Me interesé en la entrevista motivacional (EM [MI por sus siglas en inglés, *motivational interviewing*]) cuando mi equipo y yo estábamos tratando de mejorar la tasa de asistencia al tratamiento poshospitalario para los pacientes con diagnóstico dual, después de ser dados de alta de nuestras unidades psiquiátricas. Me sorprendió ver que poco se había escrito acerca de la eficacia de las intervenciones motivacionales con esta población. Por eso, mi equipo y yo decidimos llevar a cabo un estudio de la efectividad de la EM con los pacientes con diagnóstico dual. Asignamos al azar la mitad de nuestros pacientes a un tratamiento estándar (TE [ST por sus siglas en inglés, *standard treatment*]), en el cual recibieron cuidado psiquiátrico interno y estándar, incluyendo la planificación estándar para dar de alta, bajo la cual el equipo explicaría la importancia del tratamiento poshospitalario y lo estimularía. La otra mitad se asignó a TE, pero recibió avalúo motivacional, retroalimentación acerca de los resultados de admisión y una hora de entrevista motivacional justo antes de ser dados de alta.

Encontramos que los pacientes con diagnóstico dual en el grupo de EM, asistieron a su primera cita de cuidado ambulatorio con una tasa que era dos veces y media más que la del grupo TE (Swanson et al.,

ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON PACIENTES INTERNADOS CON UN DIAGNÓSTICO DUAL

en imprenta), lo que sugiere que la EM, prácticamente sin modificaciones, era efectiva. La intervención parecía ser particularmente efectiva para pacientes con una motivación muy baja. Esto se podría deber a que estos pacientes son más verbales acerca de su ambivalencia que otros y porque nosotros consideramos la EM como una forma perfecta para resolver la ambivalencia. Otra cosa que aprendimos fue que preguntar a los pacientes porqué *no* asistirían al tratamiento poshospitalario tenía un valor sorpresivo y aumentaba enormemente la afinidad entre el terapeuta y el paciente. Parecía que le permitía a los clientes saber que no sólo les íbamos a decir sobre la importancia del tratamiento poshospitalario, sino que en realidad estábamos dispuestos a discutir su ambivalencia sobre el asunto.

Los pacientes también se sorprendieron al no contradecirles sus respuestas directamente por sus razones para no asistir al tratamiento poshospitalario. Por ejemplo, si un paciente decía: “Estoy mejor ahora, no necesito más cuidado”, nosotros no le diríamos: “Pero para seguir bien necesita continuar con su tratamiento”. A cambio, usábamos *preguntas abiertas* (por ej.: “¿Qué cree que le ayudó a mejorar?”, o simplemente, “Dígame más”), o el *reflejo ampliado* (por ej., Así que, usted está diciendo que posiblemente no necesite más tratamiento nunca más” o, para los pacientes más frágiles: “Es difícil para usted imaginar una razón por la que podría seguir necesitando tratamiento”). Cuando los pacientes ofrecían desventajas específicas para no seguir el tratamiento poshospitalario, como pérdida de tiempo en el trabajo o reacciones negativas de la familia, nosotros reaccionábamos de una forma parecida con preguntas abiertas y escuchando atentamente (por ej., “parece que su trabajo es sumamente importante para usted y que no querría que nada interfiriese con éste”). Con frecuencia, preguntas y reflexiones como éstas, llevan al paciente a contradecir sus propios planteamientos iniciales de resistencia. Resultó que hasta los pacientes difíciles podían comprar la idea del tratamiento poshospitalario mejor que nunca y la EM nos dio el método perfecto para facilitar este proceso. Sin embargo, lo más importante fue lo que *no* hicimos, es decir, no argumentamos con el paciente o ni siquiera intentamos disputar terapéuticamente sus ideas (a veces) ilógicas sobre el tratamiento poshospitalario. En cambio, esperamos por las semillas de la motivación y simplemente les dimos forma sobre la marcha, hasta que finalmente el paciente se oyó a sí mismo argumentar a favor de buscar servicios adicionales.

Michael V. Pantalon, Examinador de Campo

1997). ¿Trabajan mejor los tratamientos orientados a la acción para los clientes en la etapa de acción? Dos estudios encontraron que los resultados eran parecidos para los clientes en la etapa de acción a los que se les hacía una entrevista motivacional comparados con un tratamiento de cambio de comportamiento (Heather et al., 1996; Grupo de Investigación del proyecto “MATCH”, 1997a). ¿Qué intervenciones son mejores en qué etapas o con qué poblaciones? Todavía queda mucho por aprender.

- ¿Cuán efectivas y costo-efectivas son las intervenciones motivacionales comparadas con otros tratamientos establecidos y más abarcadores? Al menos un experimento clínico ha indicado que la entrevista motivacional no es inferior a un grupo de apoyo más abarcador para ayudar a los usuarios de marihuana a que reduzcan su uso o logren mantener la abstinencia (Noonan y Moyers, 1997). De forma similar, en

el Proyecto “MATCH”, un acercamiento de aumento motivacional dio resultados generales comparables a un costo más bajo, comparado con dos métodos de tratamiento más largos. Las respuestas y mejoras a esta clase de estudio, se tienen que llevar a cabo para cerciorarse de si los acercamientos motivacionales son intervenciones alternativas realistas y menos costosas para algunos clientes.

- ¿Cómo influyen la cultura y el contexto la efectividad de las intervenciones motivacionales? El Proyecto “MATCH” no encontró diferencias en la forma de responder a la terapia de aumento motivacional y otros dos acercamientos de tratamiento de por parte de los pacientes ambulatorios afroamericanos, hispanos y blancos no-hispanos (Grupo de Investigación del proyecto “MATCH”, 1997a). Sin embargo, la etnicidad fue definida en este caso de una forma simplista, como en la mayoría de los estudios, como una etiqueta de identificación. Se

necesitan análisis más sofisticados sobre las influencias étnicas, puesto que la heterogeneidad dentro de esos grupos se pierde ante una categorización tan burda, llamada también “falacia étnica” (Longshore y Grills, 1998). Los niveles de asimilación cultural, idioma y combinación consejero-cliente, pueden influir el proceso y el resultado de las intervenciones motivacionales.

- ¿Qué clases de adiestramiento y de apoyo se necesitan para enseñar las intervenciones motivacionales? Los acercamientos clínicos que se describen en este “TIP”, son más un *estilo* de consejería motivacional que un conjunto de trucos o técnicas (Grupo de Investigación del proyecto “MATCH”, 1998b). Mientras aumenta la necesidad de enseñar intervenciones motivacionales, se considerarán preguntas que incluyan lo siguiente: ¿Cuáles son los aspectos de “transferencia tecnológica” al enseñar este acercamiento motivacional? ¿Qué formatos de adiestramiento son más efectivos para cambiar el comportamiento de la práctica del consejero para influir las respuestas de los clientes durante y después del tratamiento? ¿Qué aspectos de la

intervención motivacional son más importantes enseñar, y cuál es la mejor forma de hacerlo? Parece probable, sin embargo, que se necesite más de una presentación de taller de trabajo para cambiar las prácticas clínicas establecidas. A lo mejor es más prometedor incorporar este acercamiento al adiestramiento de los *nuevos* profesionales.

Conclusión

En este “TIP” se han discutido muchas formas diferentes de acercamientos motivacionales. Ciertamente, la evidencia hasta ahora es tan estimulante, que inclusive las intervenciones breves pueden influir la motivación del cliente e impulsar el mejoramiento significativo. Sin embargo, estamos comenzando a entender cómo y por qué trabajan estos acercamientos, y de qué forma los podemos incorporar en los servicios de cuidado de salud de varias poblaciones. El uso de estos métodos prometedores en el futuro, dependerá de la creatividad de los clínicos e investigadores al adoptarlos, adaptarlos y evaluarlos para hacerlos efectivos para los clientes.

Apéndice A

Bibliografía

- Agency for Health Care Policy and Research. *Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline*, Number 18. (Agencia de Políticas e Investigación del Cuidado de Salud. *Suspensión de Fumar: Guía Práctica Clínica*, Núm. 18) Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1996.
- Alcohólicos Anónimos. Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered From Alcoholism (Alcohólicos Anónimos: La historia de cómo muchos miles de hombres y mujeres se han recuperado del alcoholismo) 3ra ed. Nueva York: Servicios Mundiales de Alcohólicos Anónimos, 1976.
- Allen, J.P., y Columbus, M., eds. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*. (Avalúando problemas de alcohol: Una guía para los clínicos e investigadores) Bethesda, MD: Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 1995.
- Allport, G.W.; Vernon, P.E.; y Lindzey, G. *Study of Values: A Scale for Measuring the Dominant Interests in Personality* (Estudio de valores: una escala para medir los intereses predominantes en la personalidad) 3ra ed. Boston: Houghton-Mifflin, 1960.
- Allsop, S.; Saunders, B.; Phillips, M.; y Carr, A. A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. (Un experimento sobre la prevención de recaída en hombres bebedores problemáticos, severamente dependientes) *Addiction* 92:61-73, 1997.
- Alterman, A.I.; Kampman, K.; Boardman, CR.; Cacciola, J.S.; Rutherford, M.J.; McKay, J.R.; y Maany, I. A cocaine-positive baseline urine predicts outpatient attrition and failure to attain initial abstinence. (Una prueba de orina básica positiva a la cocaína predice deserción al tratamiento ambulatorio y fracaso para lograr la abstinencia inicial). *Drug and Alcohol Dependence* 46:79-85, 1997.
- Alterman, A.I.; McKay, J.R.; Mulvaney, F.D.; y McLellan, A.T. Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine dependent men. (Predicción de la deserción del tratamiento hospitalario diurno en los hombres dependientes a la cocaína con un nivel socioeconómico inferior) *Drug and Alcohol Dependence* 40:227-233, 1996.
- Anderson, P., y Scott, E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. (El efecto de la consejería de los especialistas médicos generales en los hombres que beben en exceso) *British Journal of Addiction* 87:891-900, 1992.
- Anglin, M.D.; Hser, Y.; Crits-Cristoph, P.; Cummings, L.; Hall, S.; Kosten, T.R.; y Martin, W.R. Investigación sobre tratamiento: 1989-1991. In: *Drug Abuse and Drug Abuse Research: The Fourth Triennial Report to Congress From the Secretary, Department of Health and Human Services* (En: *Abuso de Drogas e Investigación sobre el Abuso de Drogas: Cuarto informe trienal al Congreso del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos*) Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1992 (sin publicar).
- Annis, H.M. y Davis, CS. Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. (La autoeficacia y la prevención de la recaída alcohólica) En: Baker, T., y Cannon D., eds. *Assessment and Treatment of Addictive Disorders* (Avalúo y tratamiento de

- trastornos adictivos*). Nueva York: Praeger, 1988. pp.88-112.
- Annis, H.M. y Davis, CS. Relapse prevention (Prevención de recaída). *Alcohol Health and Research World* 15:204-212, 1991.
- Annis, H.M. y Graham, J.M. Situational Confidence Questionnaire(SCQ-39): User's Guide (Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (SCQ-39):Guía del Usuario). Toronto, ON: Addiction Research Foundation (Fundación para la Investigación de Adicción), 1988.
- Annis, H.M. y Graham, J.M. *Situational Confidence Questionnaire (Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones)*. Toronto, ON: Addiction Research Foundation (Fundación para la Investigación de Adicción), 1990.
- Annis, H.M. y Graham, J.M. Profile types on the Inventory of Drinking Situations: Implications for relapse prevention counseling (Tipos de perfiles sobre el inventario de situaciones de consumo de bebida: implicaciones de la consejería para prevención de recaídas). *Psychology of Addictive Behaviors* 9:176-182, 1995.
- Appelbaum, A. A critical re-examination of the concept of "motivation for change" in psychoanalytic treatment. (Un re-examen crítico del concepto de "motivación para cambio" en el tratamiento psicoanalítico). *International Journal of Psychoanalysis* 53:51-59, 1972.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) 4ta ed. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría, 1994.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Practice guidelines for the treatment of substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. (Guías prácticas para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias: alcohol, cocaína, derivados de opio). *American Journal of Psychiatry* 152(11 Suppl.):1-59, 1995.
- Aubrey, L.L. "Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment" (Entrevista motivacional con adolescentes que se presentan para recibir tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias) Tesis doctoral, Universidad de Nuevo México. *Dissertation Abstracts International*, 59-03B, 1357, 1998.
- Azrin, N.H., y Besalel, V.A. Job Club Counselor's Manual. A Behavioral Approach to Vocational Counseling (Manual del Consejero del Club de Trabajo. Un acercamiento de comportamiento para la consejería motivacional). Baltimore, MD. University Park Press, 1980.
- Azrin, N.H., y Besalel, V.A. *Finding a job. (Encontrando un trabajo)*. Berkley, CA: Ten Speed Press, 1982.
- Azrin, N.H.; Sisson, R.W.; Meyers, R.J.; y Godley, M.D. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. (Tratamiento de alcoholismo mediante disulfiram y tratamiento de refuerzo comunitario). *Journal of Therapy and Experimental Psychiatry* 13(2):105-112, 1982.
- Babor, T.F., y Grant M., eds. Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care.(Proyecto de identificación y manejo de problemas relacionados con el alcohol. Informe de la II fase: un experimento clínico al azar sobre las intervenciones breves en el cuidado de salud primario). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1992.
- Baer, J.S.; Marlatt, G.A.; Kivlahan, D.R.; Fromme, K.; Larimer, M.E.; y Williams, E. Experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults (Prueba experimental de tres métodos para reducir el riesgo de alcohol para jóvenes adultos). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(6):974-979, 1992.
- Bandura, A. Human agency in social cognitive theory (Agencia humana en teoría cognoscitiva humana) *American Psychologist* 44:1175-1184, 1989.
- Bandura, A. Self-Efficacy. The Exercise of Control (Autoeficacia: el ejercicio de control). Nueva York: W.H. Freeman, 1997.
- Baumeister, R.F. The crystallization of discontent in the process of major life change (La cristalización del descontento en el proceso de un cambio importante en la vida) En: Heatherton, T.F., y Weinberger, J.L., eds. *Can Personality Change? (¿Puede cambiar la personalidad?)* Washington DC: Asociación Americana de Psicología, 1994. págs. 281-294.
- Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; and Liese, B.S. *Cognitive Therapy of Substance Abuse (Terapia cognoscitiva de abuso de sustancias)*. Nueva York: Guilford Press, 1993.

- Beckman, L.J. An attributional analysis of Alcoholics Anonymous (Un análisis de las características de Alcohólicos Anónimos) *Journal of Studies on Alcohol* 41:714-726, 1980.
- Bernstein, E.; Bernstein, J.; y Levenson, S. Proyecto "ASSERT": An ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system (Una intervención con sede en salas de emergencia para aumentar el acceso al cuidado primario, servicios preventivos y al sistema de tratamiento por abuso de sustancias) *Annals of Emergency Medicine* 30(2):181-197, 1997a.
- Bien, T.H. "Motivational intervention with alcohol outpatients" (Intervención motivacional con pacientes ambulatorios por alcohol) Tesis doctoral, Universidad de Nuevo México, 1992.
- Bien, T.H.; Miller, W.R.; y Boroughs, J.M. . "Motivational interviewing with alcohol outpatients" (Entrevista motivacional con pacientes ambulatorios por alcohol). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 21:347-356, 1993a.
- Bien, T.H.; Miller, W.R.; y Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review (Intervenciones breves para problemas por alcohol: un estudio). *Addiction* 88:315-336, 1993b.
- Blomqvist, J. Paths to recovery from substance misuse: Change of lifestyle and the role of treatment (Caminos para recuperarse del maluso de sustancias: cambio del estilo de vida y el papel del tratamiento). *Substance Use and Misuse* 31(13):1807-1852, 1996.
- Borysenko, J., y Borysenko, M. The Power of the Mind to Heal: Renewing Body, Mind and Spirit (El poder de la mente para sanar: renovando cuerpo, mente y espíritu) Carson, CA: Hay House, 1995.
- Brecht, M.L., y Anglin, M.D. Conditional factors of maturing out: Legal supervision and treatment (Factores condicionales al madurar: supervisión legal y tratamiento). *International Journal of the Addictions* 25:395-407, 1990.
- Brehm, S.S., y Brehm, J.W. Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control (Reactancia psicológica: una teoría de libertad y control) Nueva York: Academic Press, 1981.
- Breslin, F.C.; Sobell, M.B.; y Buchan, G. "A comparison of a brief and long format for the Situational Confidence Questionnaire" (Una comparación de un formato breve y corto para el Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones). Cartel presentado en la trigésimo primera Reunión Anual de la "Association for Advancement of Behavior Therapy". Miami Beach, FL. Noviembre, 1997.
- Brown, J.M., y Miller, W.R. Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment (Impacto de la entrevista motivacional en el tratamiento de alcoholismo con reclusión). *Psychology of Addictive Behaviors* 7:211-218, 1993.
- Brown, S.A. Drug effect expectancies and addictive behavior change (Expectativas de los efectos de drogas y el cambio de comportamiento adictivo) *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1:55-67, 1993.
- Brown, S.A.; Christiansen, B.A.; y Goldman, M.S. The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies (El Cuestionario de Expectativa sobre el Alcohol: un instrumento para el avalúo de las expectativas del alcohol para los adolescentes y adultos) *Journal of Studies on Alcohol* 48:483-491, 1987.
- Brown, V.B.; Huba, G.J.; y Melchior, L.A. Level of burden: Women with more than one co-occurring disorder (Nivel de carga: mujeres con más de un trastorno presente). *Journal of Psychoactive Drugs* 27(4):339-346, 1995.
- Brown, V.B.; Melchior, L.A.; Panter, A.T.; Slaughter, R.; y Huba, G.J. Women's steps of change and entry into drug abuse treatment: A multidimensional stages of change model (Las etapas de cambio de las mujeres y la entrada a tratamiento por abuso de drogas: un modelo multidimensional de las etapas de cambio) *Journal Substance Abuse Treatment*, en imprenta.
- Brownell, K.D.; Marlatt, G.A.; Lichtenstein, E.; y Wilson, G.T. Understanding and preventing relapse (Entendiendo y evitando la recaída). *American Psychologist* 41:765-782, 1986.
- Budman, S., y Gurman, A. Theory and Practice of Brief Therapy (Teoría y práctica de la terapia breve) Nueva York: Guilford Press, 1988.
- Budney, A.J., y Higgings, S.T. Therapy Manuals for Drug Addiction. A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Training Cocaine Addiction (Un refuerzo comunitario además de un acercamiento con vales: tratando la adicción a la cocaína). "DHHS" Pub. No. 98-4309,

- Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1998.
- Carey, K.B. Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: A collaborative, motivational, harm reduction approach (Reducción del uso de sustancias en el contexto de tratamiento psiquiátrico ambulatorio. Un acercamiento colaborador, motivacional y reductor de daños). *Community Mental Health Journal* 32:291-306, 1996.
- Carpenter, R.A.; Lyons, C.A; y Miller, W.R. Peer-managed self-control program for prevention of alcohol abuse in American Indian high school students: A pilot evaluation study (Programa de autocontrol manejado por pares para la prevención de abuso de alcohol por parte de estudiantes de escuela superior nativoamericanos: un estudio de evaluación piloto). *International Journal of the Addictions* 20:299-310, 1985.
- Carroll, M.E. The economic context of drug and non-drug reinforcers affects acquisition and maintenance of drug-reinforced behavior and withdrawal effects (El contexto económico de los refuerzos con drogas o sin drogas afecta la adquisición y el mantenimiento de un comportamiento reforzado por drogas y los efectos de la retirada). *Drug and Alcohol Dependence* 33:201-210, 1993.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. Assessment and Treatment of Patients With Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse (Evaluación y Tratamiento de Pacientes con Enfermedades de Salud Mental Coexistentes y Abuso de Alcohol y Otras Drogas) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 9. "DHHS" Pub. No. (SMA) 94-2078. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1994a.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Assessment of Cocaine-Abusing Methadone-Maintained Patients* (Avalúo de pacientes que abusan de la cocaína en mantenimiento con metadona) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 10. "DHHS" Pub. No. (SMA) 94-3003. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1994c.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse and Infectious Diseases* (Instrumentos Simples de Cernimiento para Vencer el Abuso de Alcohol y Otras Drogas y las Enfermedades Infecciosas) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 11. "DHHS" Pub. No. (SMA) 94-2094. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1994d.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Combining Substance Abuse Treatment With Intermediate Sanctions for Adults in the Criminal Justice System* (Combinando el Tratamiento de Abuso de Sustancias con Sanciones Intermedias para Adultos en el Sistema de Justicia Criminal) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 12. "DHHS" Pub. No. (SMA) 94-3004. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1994e.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *The Role and Current Status of Patient Placement Criteria in the Treatment of Substance Use Disorders* (El papel y el estado actual de los criterios de ubicación del paciente en el tratamiento para trastornos por uso de sustancias) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 13. "DHHS" Pub. No. (SMA) 95-3021. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1995a.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Planning for Alcohol and Other Drug Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System* (Planificando Tratamiento para el Abuso del Alcohol y Otras Drogas para Adultos en el Sistema de Justicia Criminal) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 17. "DHHS" Pub. No. (SMA) 95-3039. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1995b.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy* (Emparejando el tratamiento con las necesidades de terapia de sustitución para derivados del opio). Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 20. "DHHS" Pub. No. (SMA) 95-3049. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1997

- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians (Una Guía de Servicios de Abuso de Sustancias para Clínicos de Cuidado Primario). Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 24. "DHHS" Pub. No. (SMA) 97-3139. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1997.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. Substance Abuse Use Disorder Treatment for People With Physical and Cognitive Disabilities (Tratamiento para Trastornos por Uso de Sustancias para Gente con Impedimentos Físicos y Cognoscitivos) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 29. "DHHS" Pub. No. (SMA) 98-3249. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1998a.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Continuity of Offender Treatment for Substance Use Disorders From Institution to Community* (Continuidad del Tratamiento para los Trastornos por Abuso de Sustancias de la Institución a la Comunidad) Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Número 30. "DHHS" Pub. No. (SMA) 98-3245. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1998b.
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse (Intervenciones Breves y Terapias Breves de Abuso de Sustancias)* Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], "DHHS" Pub. No. (SMA) 99-3353. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, en imprenta (a).
- Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias. Substance Abuse Treatment for Persons With Child Abuse and Neglect Issues (Tratamiento por abuso de sustancias para personas relacionadas con maltrato o negligencia de menores). Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP- por sus siglas en inglés [Treatment Improvement Protocol], Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, en imprenta (b).
- Chafetz, M.E.; Blane, H.T.; Abram, H.S.; Clark, E.; Golner, J.; Hastie, E.L.; y McCourt, W.F. Establishing treatment relations with alcoholics: A supplementary report (Estableciendo relaciones con alcohólicos: un informe suplementario) *Journal of Nervous and Mental Disease* 134:395-409, 1962.
- Chamberlain, P.; Patterson, G.; Reid, J.; Kavanaugh, K.; y Forgatch, M. Observation of client resistance (Observación de la resistencia del cliente) *Behavior Therapy* 15:144-155, 1984.
- Chapman, P.L.H., y Hugues, I. An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: An experimental study with 6-and 18-month follow-up (Una evaluación de tres programas de tratamiento para alcoholismo: un estudio experimental con seguimiento a los 6 y 18 meses) *British Journal of Addiction* 83:67-81, 1988.
- Chen, K., y Kandel, D.B. The natural history of drug use from adolescence to mid-thirties in a general population sample (La historia natural del uso de drogas desde la adolescencia hasta mitad de los treinta en una muestra de la población general) *American Journal of Public Health* 85(1):41-47, 1995.
- Chick, J.; Lloyd, G.; y Crombie, E. Counseling problem drinkers in medical wards: A controlled study. (Dando consejería a bebedores problemáticos en pabellones médicos; un estudio controlado) *British Medical Journal* 290:965-967, 1985.
- Chick, J.; Ritson, B.; Connaughton, J.; y Stewart, A. Advice versus extended treatment for alcoholism: :A controlled study. (Consejo en oposición al tratamiento extendido para el alcoholismo: un estudio controlado) *British Journal of Addiction* 283:159-170, 1988.
- Christiansen, B.A.; Goldman, M.S.; e Inn, A. Development of alcohol-related expectancies in adolescents: Separating pharmacological from social learning influences (Desarrollo de expectativas relacionadas con el alcohol en adolescentes: separando lo farmacológico de las influencias de aprendizaje social) *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50:336-344. 1982.
- Colby, S.M.; Monti, P.M.; Barnett, N.P.; Rohsenow, D.J.; Weissman, K.; Spirito, A.; Woolard, R.H.; y Lewander, W.J. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study (Entrevista motivacional breve en un ambiente hospitalario para adolescentes fumadores: un estudio

- preliminar). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66:574-578, 1998.
- Collins, R.L.; Lapp, W.M.; Emmons, K.M.; e Isaac, L.M. Endorsement and strength of alcohol expectancies (Endoso y fortaleza de las expectativas del alcohol). *Journal of Studies on Alcohol* 51(4):336-342, 1990.
- Colten, M.E., y Janis, I.L. Effects of moderate self-disclosure and the balance sheet procedure (Efectos de la auto-divulgación y el procedimiento de la hoja de balance). En: Janis, I.L., ed. *Counseling on Personal Decisions: Theory and Research on Short-Term Help Relationships (Consejería para decisiones personales: teoría e investigación en relaciones de ayuda a corto plazo)*. New Haven, CT: Yale University Press, 1982. págs. 159-171.
- Connors, G.J., y Maisto, S.A. Alcohol expectancy construct: Overview and clinical applications (Construcción de las expectativas del alcohol: visión general y aplicaciones clínicas). *Cognitive Therapy and Research* 12:487-504, 1988.
- Connors, G.J.; O'Farrell, T.J.; Cutter, H.S.G.; y Thompson, D.L. Dose-related effects of alcohol among male alcoholics, problem drinkers, and nonproblem drinkers (Efectos asociados a las dosis de alcohol entre hombres alcohólicos, bebedores problemáticos y no-problemáticos). *Journal of Studies on Alcohol* 48:461-466, 1987.
- Costello, R.M. Alcoholism treatment and evaluation: In search of methods. II. Collation of two-year follow-up studies (Evaluación y tratamiento de alcoholismo: en búsqueda de métodos. II. Verificación de los estudios de dos años de seguimiento). *International Journal of the Addictions* 10:857-867, 1975.
- Cota, A.A.; Longman, R.S.; Evans, C.R.; Dion, K.L.; y Kilik, L. Using and misusing factor analysis to explore group cohesion (Uso y maluso del factor análisis para explorar la cohesión grupal). *Journal of Clinical Psychology* 51:308-316, 1995.
- Cox, W.M.; Klinger, E.; y Blount, J.P. Alcohol use and goal hierarchies: Systematic motivational counseling for alcoholics (Uso del alcohol y las jerarquías de las metas: consejería motivacional sistemática para alcohólicos). En: Miller, W.R., y Rollnick, S., eds. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behaviors (Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos)*. Nueva York: Guilford Press, 1993. págs. 260-271.
- Cummings, C.; Gordon, J.R.; y Marlatt, G.A. Relapse: Prevention and Prediction (Recaída: prevención y predicción). En: Miller, W.R., ed. *The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity (Los comportamientos adictivos: tratamiento de alcoholismo, abuso de drogas, fumar y obesidad)*. Oxford: Pergamon Press, 1980. págs. 291-321.
- Cunningham, J.A.; Sobell, L.C.; Gavin, D.R.; Sobell, M.B.; y Breslin, F.C. Assessing motivation for change: Preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of alcohol or drug use (Avaluando motivación para el cambio: desarrollo preliminar y evaluación de una escala midiendo los costos y beneficios del uso de drogas y el alcohol). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(2):107-114, 1997.
- Cunningham, J.A.; Sobell, M.B.; Sobell, L.C.; Gavin, D.R.; y Annis, H.M. Heavy drinking and negative affective situations in a general population and a treatment sample: Alternative explanations (Consumo de bebida excesivo y situaciones negativas afectivas en una población general y una muestra de tratamiento: explicaciones alternativas). *Psychology of Addictive Behaviors* 9:123-127, 1995.
- Daley, D.C.; Salloum, I.M.; Zucoff, A.; Kiricsi, L.; Thase, M.E. Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study (Aumento del apego entre pacientes ambulatorios con depresión y dependencia a la cocaína: resultados de un estudio piloto). *American Journal of Psychiatry* 155:1611-1613, 1998.
- Daniels, V., Somers, M.; y Orford, J. How can risk drinking amongst medical patients be modified? The effects of computer screening and advice and a self-help manual (¿Cómo se puede modificar el consumo de bebida riesgoso entre los pacientes médicos? Los efectos de un cernimiento computadorizado y consejería, y de un manual de autoayuda). *Behavioral Psychotherapy* 20:47-60, 1992.
- Davidson, R. Can psychology make sense of change? (¿Puede la psicología lograr que tenga sentido el cambio?) En: Edwards, G., y Lader, M., eds. *Addiction: Processes of Change (Adicción: procesos de cambio)* Society for the Study of Addiction Monograph No. 3 (Sociedad de estudio de la adicción, monografía No. 3) Nueva

- York: Oxford University Press, 1994. págs. 51-78.
- Deci, E.L. *Intrinsic Motivation (Motivación Intrínseca)* Nueva York: Plenum Press, 1975.
- Deci, E.L. *The Psychology of Self-Determination (La psicología de la auto-determinación)*. Lexington, MA: Lexington Books, 1980.
- De Leon, G.; Melnick, G.; Kressel, D.; y Jainchill, N. Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS Scales): Predicting retention in therapeutic community treatment (Circunstancias, motivación, preparación y aptitud [las escalas CMRS]: prediciendo la retención en el tratamiento comunitario terapéutico) *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 20(4):495-515, 1994.
- DiClemente, C.C. Motivational interviewing and the stages of change (Entrevista motivacional y las etapas del cambio). En: Miller, W.R., y Rollnick, S., eds. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behaviors (Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos)* Nueva York: Guilford Press, 1993. págs. 191-202.
- DiClemente, C.C.; Carbonari, J.P.; Montgomery, R.P.G.; y Hugues, S.O. The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (Escala sobre la Autoeficacia en la Abstinencia del Alcohol). *Journal of Studies on Alcohol* 55(2):141-148, 1994.
- DiClemente, C.C.; y Prochaska, J.O. Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change (Procesos y etapas de auto-cambio: manejo y competencia en el cambio de comportamiento por fumar). En: Shiffman, S.; y Wills, T.A., eds. *Coping and Substance Abuse (Manejo y abuso de sustancias)*. Nueva York: Academic Press, 1985. págs. 319-343.
- DiClemente, C.C.; y Prochaska, J.O. Toward a comprehensive transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors (Hacia un modelo de cambio transteórico y abarcador: etapas de cambio y comportamientos adictivos). En: Miller, W.R., y Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors (Tratando comportamientos adictivos)*, 2da ed. Nueva York: Plenum Press, 1998.
- DiClemente, C.C.; y Scott, C.W. Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement (Etapas de cambio: interacciones con el cumplimiento e involucración en el tratamiento) En: Onken, L.S.; Blaine, J.D.; y Boren, J.J., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment (Más allá de la alianza terapéutica: manteniendo al individuo dependiente de las drogas en tratamiento)* Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 165. "DHHS" Pub. No. (ADM) 97-4142. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1997. págs. 131-156.
- Dies, R.R., ed. *The Therapist's Role in Group Treatments (El papel del terapeuta en los tratamientos grupales)*. Nueva York: Guilford Press, 1994.
- D'Onofrio, G.; Bernstein, E., Bernstein, J.; Woolard, R.H.; Brewer, P.A.; Craig, S.A.; y Zink, B.J. Patients with alcohol problems in the emergency department, Part 2: Intervention and referral (Pacientes con problemas de alcohol en salas de emergencia, parte 2: intervención y referido). *Academic Emergency Medicine* 5:1210-1217, 1998.
- Drummond, D.C. Alcohol interventions: Do the best things come in small packages? (Intervenciones por alcohol: ¿viene lo mejor en paquetes pequeños? *Addiction* 92(4):375-379, 1997.
- Drummond, D.C.; Thom, B.; Brown, C.; Edwards, G.; y Mullan, M.J. Specialist versus general practitioner of problem drinkers (Un especialista en contra de un generalista que se dedica a los bebedores problemáticos). *Lancet* 336:915-918, 1990.
- Eastwood, G.L., y Avunduk, C. *Manual of Gastroenterology: Diagnosis and Therapy (Manual de gastroenterología: diagnóstico y terapia)*, 2da. Ed. Nueva York: Little, Brown and Company, 1994.
- Edwards, G.; Orford, J.; Egert, S.; Guthrie, S.; Hawken, A.; Hensman, C.; Mitcheson, M.; Oppenheimer, E.; y Taylor, C. Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice" (Alcoholismo: un experimento controlado sobre el "tratamiento" y "consejería"). *Journal of Studies on Alcohol* 38:1004-1031, 1997.
- Ellis, A., y Velten, E. *When AA Doesn't Work for You: Rational Steps to Quitting Alcohol (Cuando AA no funciona para usted: pasos racionales para dejar el alcohol)*. Fort Lee, NJ: Barricade Books, 1992.
- Elvy, G.A.; Wells, J.E.; Y Baird, K.A. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital (Referidos intentados como intervención para el consumo de bebida

- problemático en el hospital general). *British Journal of Addiction* 83:83-89, 1988.
- Fleming, M.F.; Barry, K.L.; Manwell, L.B.; Johnson, K. y London, R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in community based primary care practices (Consejería médica breve para bebedores de alcohol problemáticos: un experimento al azar controlado en prácticas de cuidado primario con sede en comunidades) *JAMA* 277(13):1039-1045, 1977.
- Fosnocht, K.M. Cost-effectiveness of the AHCPR guidelines for smoking (Costo-efectividad de las guías de "AHCPR" para fumar). *JAMA* 279(11):837, 1978.
- Galanter, M.; Keller, D.S.; y Dermatis, H. Network Therapy for addiction: Assessment of the clinical outcome of training (Red de trabajo terapéutico para adicción: avalúo del resultado clínico del adiestramiento) *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 23:255-367, 1997.
- Gavin, D.R.; Sobell, L.C.; y Sobell, M.B. Evaluation of the Readiness to Change Questionnaire with problem drinkers in treatment (Evaluación del Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio con bebedores problemáticos en tratamiento) *Journal of Substance Abuse* 10:53-58, 1998.
- Goddard, L., ed. An African Centered Model of Prevention for African-American Youth at High Risk (Un modelo con enfoque africano de prevención para jóvenes afroamericanos en alto riesgo) Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1992.
- Gordon, T. Parent Effectiveness Training: The No-Lose Program for Raising Responsible Children (Adiestramiento de la efectividad de los padres: el programa infalible para criar hijos responsables). Nueva York: Wyden, 1970.
- Grills, C., y Rowe, D. African traditional medicine: Implications for African centered approaches to healing (Medicina tradicional africana: implicaciones de acercamientos para sanar con enfoques africanos) En: Jones, R., ed. *African American Mental Health (Salud Mental Afroamericana)*. Hampton, VA: Cobb and Henry, 1998.
- Handmaker, N.S.; Miller, W.R. y Manicke, M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers (Hallazgos de un estudio piloto de entrevista motivacional para bebedoras embarazadas). *Journal of Studies on Alcohol* 60(2):285-287, 1999.
- Harris, K.B., y Miller, W.R. Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy (Adiestramiento en autocontrol de comportamiento para bebedores problemáticos: componentes de eficacia). *Psychology of Addictive Behaviors* 4:82-90, 1990.
- Heather, N. Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: The need for caution (Interpretando la evidencia de las intervenciones breves para bebedores que consumen en exceso: la necesidad de precaución) *Alcohol and Alcoholism* 30(3):287-296, 1995.
- Heather, N.; Kissoon-Singh, J.; y Fenton, G.W. Assisted natural recovery from alcohol problems: Effects of a self-help manual with and without supplementary telephone contact (Recuperación natural asistida para los problemas de alcohol; efectos de un manual de autoayuda con o sin contacto telefónico suplementario). *British Journal of Addiction* 85:1177-1185, 1990.
- Heather, N.; Luce, A.; Peck, D.; y Dunbar, B. "Development of the Readiness to Change Questionnaire (Treatment Version)" ("Desarrollo del Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (versión para tratamiento)". Informe a "Northern and Yorkshire R&D Directorate", 1996a.
- Heather, N.; Robertson, I.; MacPherson, B.; Allsop, S.; y Fulton, A. Effectiveness of a controlled drinking self-manual: One year follow-up results (Efectividad del manual de uso individual para el consumo de bebida controlado: resultados de un año de seguimiento). *British Journal of Clinical Psychology* 26:279-287, 1987.
- Heather, N.; Rollnick, S.; Bell, A.; y Richmond, R. Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards (Efectos de la consejería breve entre los hombres que beben en exceso identificados en pabellones de hospitales). *Drug and Alcohol Review* 15:29-38, 1996b.
- Heather, N.; Whitton, B.; y Robertson, I. Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: Six month follow-up results (Evaluación de un manual de autoayuda para bebedores problemáticos reclutados por medios noticiosos y publicitarios: resultados de seguimiento de seis meses). *British Journal of Clinical Psychology* 25:19-34, 1986.

- Helzer, J.E., y Pryzbeck, T.R. Co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment (Manifestación simultánea de alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos en la población en general y su impacto en el tratamiento). *Journal of Studies on Alcohol* 49:219-224, 1988.
- Higgins, S.T.; Bickel, W.K.; y Hugues, J.R. Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration (Influencia de un refuerzo alternativo en la auto-administración de cocaína en humanos). *Life Sciences* 55:179-187, 1994a.
- Higgins, S.T.; y Budney, A.J. Treatment of cocaine dependence through the principles of behavior analysis and behavioral pharmacology (Tratamiento de dependencia a la cocaína por medio de principios de análisis de comportamiento y comportamiento farmacológico). En: Onken, L.S.; Blaine, J.D.; y Boren, J.J., eds. *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence (Tratamientos de comportamiento para abuso de drogas y dependencia)*. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1993. págs. 97-121.
- Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Foerg, F.; y Ogden, D. Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome (Tratamiento de comportamiento ambulatorio; resultado de un año). *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 3:205-212, 1995.
- Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Foerg, F.; Donham, R.; y Badger, M.S. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence (Los incentivos mejoran el resultado en el tratamiento ambulatorio de comportamiento para la dependencia a la cocaína). *Archives of General Psychiatry* 51:568-576, 1994b.
- Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Hugues, J.R.; Foerg, F.; y Badger, G. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach (Logrando la abstinencia a la cocaína con un acercamiento de comportamiento). *American Journal of Psychiatry* 150:763-769, 1993.
- Higgins, S.T.; y Silverman, K. Motivating Behavior Change Among Illicit Drug Abusers: Research on Contingency Management Interventions (Cambio de comportamiento entre los que abusan de drogas ilícitas: investigación sobre las intervenciones de manejo de contingencia). Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría, 1999.
- Holder, H.; Longabaugh, R.; Miller, W.R.; y Rubonis, A.V. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation (Costo-efectividad del tratamiento para alcoholismo: una primera aproximación). *Journal of Studies on Alcohol* 52(6):517-540, 1991.
- Hunt, G.M., y Azrin, N.H. A community-reinforcement approach to alcoholism (Un acercamiento de refuerzo comunitario al alcoholismo). *Behavioral Research and Therapy* 11(1):91-104, 1973.
- Hurt, R.D.; Offord, K.P.; Croghan, I.T.; Gomez-Dahl, L.; Kottke, T.E.; Morse, R.M.; y Melton, J. Mortality following inpatient addictions treatment: Role of tobacco use in a community-based cohort (Mortalidad luego del tratamiento ambulatorio para adicciones: papel del uso del tabaco en un análisis con base comunitaria). *JAMA* 25:1097-1103, 1996.
- Inciardi, J.A.; Tims, F.M.; y Fletcher, B. Innovative Approaches to the Treatment of Drug Abuse: Program Models and Strategies (Acercamientos innovativos al tratamiento de abuso de drogas: programas modelos y estrategias). Westport, CT: Greenwood, 1993.
- Ingersoll, K.S., y Wagner, C.C. Motivational Enhancement Groups for the Virginia Substance Abuse Treatment Outcomes Evaluation (SATOE) Model: Theoretical Background and Clinical Guidelines (Grupos de aumento motivacional para el Modelo de Evaluación de los Resultados del Tratamiento para Abuso de Sustancias de Virginia: transfondo teórico y guías clínicas). Richmond, VA: Oficina de Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental, Servicios de Retardación Mental y Abuso de Sustancias, 1997.
- Instituto de Medicina. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems (Ampliando la Base del Tratamiento para Problemas con Alcohol)*. Report of a Study by a Committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioral Medicine (Informe de un estudio del Instituto de Medicina, División de Salud Mental y Medicina de Comportamiento). Washington, DC: National Academy Press, 1990a.
- Instituto de Medicina. *Treating Drug Problems (Tratando Problemas con Drogas)*. Washington, DC: National Academy Press, 1990b.

- Intagliata, J. A telephone follow-up procedure for increasing the effectiveness of a treatment program for alcoholics (Un procedimiento de seguimiento telefónico para aumentar la efectividad de un programa de tratamiento para alcohólicos). *Journal of Studies on Alcohol* 37:1330-1335, 1976.
- Ivey, J.H.; Gluckstern, N.B.; e Ivey, M.B. *Basic Influence Skills (Destrezas básicas para influir)*. 3ra ed. North Amherst, MA: Microtraining Associates, 1997.
- Jaffee, J.H. The swinging pendulum: The treatment of drug users in America (El péndulo giratorio: el tratamiento para usuarios de drogas en América). En: Dupont, R.L.; Goldstein, A.; O'Donnell, J.; y Brown, B., eds. *Handbook on Drug Abuse (Guía sobre abuso de drogas)*. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1979. págs. 3-16.
- Janis, I.L., y Mann, L. *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment (Toma de decisiones: un análisis psicológico de conflicto, selección y compromiso)*. Londres: Cassel y Collier Macmillan, 1977.
- Johnson, V.E. *I'll Quit Tomorrow (Lo dejo mañana)*. Nueva York: Harper & Row, 1973.
- Jones, R.A. *Self-Fulfilling Prophecies: Social, Psychological, and Physiology Effect of Expectancies (Profecías auto-realizadas: efecto social, psicológico y fisiológico de las expectativas)*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum, 1977.
- Kahan, M.; Wilson, L.; y Becker, L. Effectiveness of physical-based interventions with problem drinkers: A review (Efectividad de las intervenciones de enfoque físico con bebedores problemáticos: una revisión). *Canadian Medical Association Journal* 152(6):851-859, 1995.
- Kanfer, F.H. *Self-regulation: Research, issues, and speculations (Auto-regulación: investigación, aspectos y especulaciones)*. En: Neuringer, C., y Michael, J.L., eds. *Behavioral Modification in Clinical Psychology (Modificación de comportamiento en la psicología clínica)*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1970. págs. 178-220.
- Kanfer, F.H., y Scheft, B.K. *Guiding the Process of Therapeutic Change (Guiando el proceso del cambio terapéutico)*. Champaign, IL: Research Press, 1988.
- Keller, D.S.; Galanter, M.; y Weinberg, S. Validation of a scale for network therapy: A technique for systematic use of peer and family support in addiction treatment (Validación de una escala para la terapia en cadena: una técnica para el uso sistemático del apoyo de los pares y de la familia en el tratamiento por adicción). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 23:115-127, 1997.
- Kent, R. Motivational interviewing and the maintenance of change (Entrevista motivacional y el mantenimiento del cambio). En: Miller, W.R., y Rollnick, S., eds. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior (Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar el comportamiento adictivo)*. Nueva York: Guilford Press, 1991. págs. 191-202.
- Khantzian, E.J. An ego/self theory of substance dependence: A contemporary psychoanalytic perspective (Una teoría del ego/individualidad de la dependencia a las sustancias: una perspectiva psicoanalítica contemporánea). En: Lettieri, D.J.; Sayers, M.; y Pearson, H.W., eds. *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives (Teorías sobre el abuso de drogas: selección de perspectivas contemporáneas)*. Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 30. "DHHS" Pub. No. (ADM) 80-967. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1980. págs. 29-33.
- Khantzian, E.J.; Hallyday, K.S.; y McAuliffe, W.E. *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers (Adicción y la personalidad vulnerable: terapia de grupo con dinámica modificada para los que abusan de sustancias)*. Nueva York: Guilford Press, 1990.
- Kilpatrick, D.G.; Roitzsch, J.C.; Best, C.L.; McAlhany, D.A.; Sturgis, E.T.; y Miller, W.C. Treatment goal preference and problem perception of chronic alcoholics: Behavioral and personality correlates (Preferencia de las metas del tratamiento y percepción de los problemas de los alcohólicos crónicos: conceptos correlativos de comportamiento y personalidad). *Addictive Behaviors* 3:107-116, 1978.
- Klingermann, H.K. The motivation for change from problem alcohol and heroin use (La motivación para el cambio por problemas de alcohol y uso de heroína). *British Journal of Addiction* 86:727-744, 1991.

- Kolden, G.G.; Howard, K.I.; Bankoff, E.A.; Maling, M.S.; y Martinovich, Z. Factors associated with treatment continuation: Implications for the treatment of drug dependence (Factores asociados con la continuación del tratamiento: implicaciones para el tratamiento de la dependencia de las drogas). En: Onken, L.S.; Blaine, J.D.; y Boren, J.J., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment (Más allá de la alianza terapéutica: manteniendo al individuo dependiente de las drogas en tratamiento)* Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 165. "DHHS" Pub. No. (ADM) 97-4142. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1997. págs. 110-130.
- Kopel, S., y Arkowitz, H. The role of attribution and self-perception in behavior change: Implications for behavior therapy (El papel de la atribución y la auto-percepción en el cambio de comportamiento: implicaciones para la terapia de comportamiento). *Genetic Psychology Monographs* 92:175-212, 1975.
- Koumans, A.J.R., y Muller, J.J. Use of letters to increase motivation in alcoholics (Uso de cartas para aumentar la motivación en los alcohólicos). *Psychology Reports* 16:1152, 1965.
- Kris, A.O. The conflict of ambivalence (El concepto de la ambivalencia). *Psychanalytical Study of the Child* 39:213-234, 1984.
- Kristenson, H.; Öhlin, H.; Hultén-Nosslin, M.B.; Trell, E.; y Hood, B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls (Identificación e intervención de alto consumo de bebida entre hombres de mediana edad: resultados y seguimiento de un estudio de seguimiento a largo plazo entre 24 y 60 meses con controles al azar). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 7:203-209, 1983.
- Kuchipudi, V.; Hobein, K.; Flickinger, A.; e Iber, F.L. Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease (Fracaso de una intervención motivacional de 2 horas para alterar el comportamiento de consumo de bebida recurrente en alcohólicos con enfermedades gastrointestinales). *Journal of Studies on Alcohol* 51:356-360, 1990.
- Landry, M.J. *Overview of Addiction Treatment Effectiveness (Información general sobre la efectividad del tratamiento)*. "DHHS" Pub. No. (ADM) 96-3081. Rockville, MD: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina de Estudios Aplicados, 1996.
- Landry, M.J.; Smith, D.E.; y Steinberg, J.R. Anxiety, depression, and substance use disorders: Diagnosis, treatment, and prescribing practices (Ansiedad, depresión y trastornos por uso de sustancias: diagnóstico, tratamiento y prácticas recetadas). *Journal of Psychoactive Drugs* 23(4):397-416, 1991.
- Leake, G.J., y King, S.A. Effect of counselor expectations on alcoholic recovery (Efecto de las expectativas del consejero en la recuperación del alcohólico). *Alcohol Health and Research World* 11(3):16-22, 1977.
- Leigh, B.C. Confirmatory factor analysis of alcohol expectancy scales (Análisis del factor de confirmación de las escalas de expectativas del alcohol). *Psychological Bulletin* 105:361-373, 1998b.
- Leukefeld, C.G., y Tims, F.M. Compulsory treatment: A review of findings (Tratamiento compulsorio: reseña de hallazgos). En Leukefeld, C.G., y Tims, F.M., eds. *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice (Tratamiento compulsorio por abuso de sustancias: investigación y práctica clínica)*. Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 86. "DHHS" Pub. No. (ADM) 88-41578. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1988. págs. 236-251.
- Leventhal, H. Fear appeals and persuasion: The differentiation of a motivational construct (Atracciones de los miedos y persuasión: la diferenciación de una construcción motivacional). *American Journal of Public Health* 61:1208-1224, 1971.
- Liepmann, M.R.; Nirenberg, T.D.; y Begin, A.M. Evaluation of a program designed to help family and significant others to motivate resistant alcoholics into recovery (Evaluación de un programa diseñado para ayudar a la familia y a las personas significativas a motivar a los alcohólicos reacios a recuperarse). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 15(2):209-221, 1989.
- Leberg, T. y Miller, W.R. Personality, cognitive, and neuropsychological correlates of harmful alcohol consumption: A cross-national comparison of clinical samples (Conceptos correlativos de la personalidad, cognoscitivos y neuropsicológicos

- del consumo dañino de alcohol: una comparación a lo largo de la nación con muestras clínicas). *Annals of the new York Academy of Sciences* 472:75-97, 1986.
- Loneck, B.; Garrett, J.A.; y Banks, S.M. A comparison of the Johnson intervention with four other methods of referral to outpatient treatment (Una comparación de la intervención Johnson con otros cuatro métodos de referidos al tratamiento ambulatorio). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 22(2):233-246, 1996a.
- Loneck, B.; Garrett, J.A.; y Banks, S.M. The Johnson intervención and relapse during outpatient treatment (La intervención Johnson y la recaída durante el tratamiento ambulatorio). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 22(3):363-375, 1996b.
- Longabaugh, R.; Beattie, M.; Noel, N.; Stout, R.; y Malloy, P. The effect of social investment on treatment outcome (El efecto de la inversión social en el resultado del tratamiento). *Journal of Studies on Alcohol* 54(4):465-478, 1993.
- Longshore, D., y Grills, C. Drug problem recognition among African American drug-using arrestees (Reconocimiento del problema de drogas entre los afroamericanos arrestados usuarios de drogas). *Addictive Behaviors* 23(2):275-279, 1998.
- Longshore, D., y Grills, C; Anglin, D.; y Annon, K. Treatment motivation among African American drug-using arrestees (Motivación para tratamiento entre los afroamericanos arrestados usuarios de drogas). *Addictive Behaviors* 24(2):126-144, 1998.
- Luborsky, L.; McMellan, A.T.; Woody, G.E.; O'Brien, C.P.; y Auerbach, A. Therapist success and its determinants (Éxito del terapeuta y sus determinantes). *Archives of General Psychiatry* 42:602-611, 1985.
- Luke, D. "Teens' images of smoking and smokers" (Imágenes de los adolescentes sobre fumar y los fumadores). Paper presented at the annual meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (Ensayo presentado en la reunión anual de Sociedad para la Investigación del Tabaco y la Nicotina), Nueva Orleans, LA, 1988.
- Mackenzie, k.R., ed. The Clinical Application of a Group Climate Measure (La aplicación clínica de una medida climática de grupo). Nueva York: International Universities Press, 1983.
- Marlatt, G.A.; Baer, J.S., Kivlahan, D.R.; Dimeff, L.A.; Larimer, M.E., Quigley, L.A.; Somers, J.M.; y Williams, E. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment (cernimiento e intervención breve para bebedores universitarios en alto riesgo: resultados de un avalúo de seguimiento de dos años). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66:604-615, 1998.
- Marlatt, G.A.; y Gordon, J.R., eds. Relapse Prevention: Maintenance strategies in the Treatment of Addictive Behaviors (Prevención de recaída: estrategias de mantenimiento en el tratamiento de comportamientos adictivos). Nueva York: Guilford Press, 1985.
- Marlatt, G.A.; y Kristeller, J. Mindfulness and meditation (Atención y meditación). En: Miller, W.R., ed. Integrating Spirituality Into Treatment Resources for Practitioners (Integrando la espiritualidad en los recursos de tratamiento de los profesionales). Washington, DC: Asociación Americana de Psicología, 1999.
- Mattick, R.P., y Jrvs, T. Brief or minimal intervention for alcoholics? The evidence suggests otherwise (¿Intervención mínima o breve para los alcohólicos? La evidencia sugiere lo contrario). *Drug and Alcohol Review* 13:137-144, 1944.
- McAuliffe, W.E., y Gordon, R.A. Reinforcement and the combination of effects: Summary of a theory of opiate addiction (El refuerzo y la combinación de efectos: resumen de una teoría sobre la adicción a los derivados del opio). En: Lettieri, D.J.; Sayers, M.; y Pearson, H.W., eds. *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives (Teorías sobre el abuso de drogas: selección de perspectivas contemporáneas)*. Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 30. "DHHS" Pub. No. (ADM) 80-967. Washington, DC. EEUU. Oficina de Impresión del Gobierno, 1980. págs. 137-141.
- McCaul, M.E., y Sviki, D.S. Improving client compliance in outpatient treatment: Counselor targeted interventions (Mejorando el cumplimiento del cliente con el tratamiento ambulatorio: intervenciones dirigidas por el consejero). En: Pickens, R.W.; Leukefeld, C.G.; y Shuster, C.R. *Improving Drug Abuse Treatment (Mejorando el tratamiento de abuso de drogas)* Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 106. "DHHS" Pub. No. (ADM) 97-4142. Rockville, MD:

- Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1991. págs. 204-217.
- McConaughy, E.A.; Prochaska, J.O.; y Velicer, W.F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles (Etapas de cambio en la psicoterapia: medidas y perfiles de muestras). *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 20:368-375, 1983.
- McLellan, A.T.; Alterman, A.I.; Metzger, D.S.; Grisson, G.R.; Woody, G.E.; Luborsky, L.; y O'Brien, C.P. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments. Role of treatment services (Similaridad de los predictores del resultado entre los tratamientos para derivados de opio, cocaína y alcohol: papel de los servicios de tratamiento). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(6):1141-1158, 1994.
- Melchior, L.A.; Huba, G.J.; Brown, V.B.; y Slaughter, R. Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry into substance abuse treatment (Evaluación de los efectos de llegar a las mujeres con múltiples vulnerabilidades al momento de entrar a tratamiento por abuso de sustancias). *Evaluation and Program Planning (Evaluación y planificación del tratamiento)*, en imprenta.
- Meyers, R.J., y Smith, J.E. Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach (Guía clínica para el tratamiento de alcohol: el acercamiento de refuerzo comunitario). Nueva York: Guilford press, 1995.
- Meyers, R.J., y Smith, J.E. Getting off the fence: Procedures to engage treatment resistant drinkers (Rompiendo barreras: procedimientos para comprometer con el tratamiento a los bebedores reacios). *Journal of Substance Abuse Treatment* 14(5):467-472, 1997.
- Miller, L. Neuropsychological assessment of substance abusers: Review and recommendations (Avalúo neuropsicológico de los que abusan de sustancias: reseña y recomendaciones). *Journal of Substance Abuse Treatment* 2(1):5-17, 1985a.
- Miller, W.R. Alcoholism scales and objective assessment methods: A review (Escala del alcoholismo y métodos de avalúo objetivos: una reseña). *Psychological Bulletin* 98:84-107, 1976.
- Miller, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers (Entrevista motivacional con bebedores problemáticos). *Behavioral Psychotherapy* 11:147-172, 1983.
- Miller, W.R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism (Motivación para el tratamiento: una reseña con énfasis especial en el alcoholismo). *Psychological Bulletin* 98(1):84-107, 1985b.
- Miller, W.R. Increasing motivation for change (Aumentando la motivación para el cambio). En: Hester, R.K., y Miller, W.R., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (Manual de acercamientos al tratamiento del alcoholismo: alternativas efectivas)*, 2da ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995, págs. 89-104.
- Miller, W.R. What is relapse? Fifty ways to leave the wagon (¿Qué es la recaída? Cincuenta formas de abstenerse de la bebida). *Addiction* 91(Suplemento):S15-S27, 1996.
- Miller, R.W.; Andrews, N.R.; Wilbourne, P.; y Bennett, M.E. A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems (Una riqueza de alternativas; tratamientos efectivos para los problemas de alcohol). En: Miller, W.R., y Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change (Tratando los comportamientos adictivos: procesos de cambio)*, 2da ed. Nueva York: Plenum Press, 1998. págs. 203-216.
- Miller, W.R., y Baca, L.M. Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers (Dos años de seguimiento con biblioterapia y adiestramiento controlado por el consejero para los bebedores problemáticos). *Behavior Therapy* 14:441-448, 1983.
- Miller, W.R.; Benefield, R.G.; y Tonigan, J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles (Aumentando la motivación para el cambio en el consumo de bebida problemático: una comparación controlada de dos estilos terapéuticos). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3):455-461, 1993.
- Miller, W.R.; Brown, J.M.; Simpson, T.L.; Handmaker, N.S.; Bien, T.H.; Luckie, L.F.; Montgomery, H.A.; Hester, R.K.; y Tonigan, J.S. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature (¿Qué funciona? Un análisis metodológico de la literatura sobre los resultados del tratamiento de alcohol). En: Hester, R.K., y Miller, W.R., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (Manual de acercamientos al tratamiento del alcoholismo: alternativas*

- efectivas), 2da ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995a. págs. 12-44.
- Miller, W.R., y C' de Baca, J. Quantum change: Toward a psychology of transformation (Cambio de quantum: hacia una psicología de la transformación). En: Heatherton, T.F., y Weinberger, J.L., eds. *Can personality Change? (¿Puede cambiar la personalidad?)* Washington DC: Asociación Americana de Psicología, 1994. págs. 253-280.
- Miller, W.R.; gribskov, C.J.; y Mortell, R.L. Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact (Efectividad de un manual de autocontrol para bebedores problemáticos con o sin contacto con el terapeuta). *International Journal of Addictions* 16:1247-1254, 1981.
- Miller, W.R., y Heather, N. Treating Addictive Behaviors (Tratando los comportamientos adictivos) 2da ed. Nueva York: Plenum Press, 1998.
- Miller, W.R., y Kutz, E. Models of alcoholism used in treatment: Contrasting AA and other perspectives with which it is often confused (Modelos de alcoholismo usados en el tratamiento: contratando AA y otras perspectivas que se confunden con frecuencia). *Journal of Studies on Alcohol* 55:159-166, 1994.
- Miller, W.R.; Leckman, A.L.; Delaney, H.D.; y Tinckcom, M. Long-term follow-up of behavioral self-control training (Seguimiento a largo plazo del adiestramiento para el autocontrol de comportamiento). *Journal of Studies on Alcohol* 55(3):249-261, 1992.
- Miller, W.R., y Meyers, R.J. Engaging unmotivated individuals in treatment for alcohol problems: A comparison of three intervention strategies (Comprometiendo a los individuos desmotivados con el tratamiento para los problemas de alcohol: una comparación de tres estrategias de intervención). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, en imprenta.
- Miller, W.R., y Page, A.C. Warm turkey: Other routes to abstinence (No romper totalmente en seco: otros caminos para la abstinencia). *Journal of Substance Abuse Treatment* 8:227-232, 1991.
- Miller, W.R., y Pechacek, T.F. New roads: Assessing and treating psychological dependence (Nuevos caminos: Evaluando y tratando la dependencia psicológica). *Journal of Substance Abuse Treatment* 4: 73-77, 1987.
- Miller, W.R., y Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behaviors (Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos) Nueva York: Guilford Press, 1991.
- Miller, W.R., y Sánchez, V.C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change (Motivando a los jóvenes adultos a entrar en tratamiento y a cambiar el estilo de vida). En: Howard, G., y Nathan, P.E., eds. *Alcohol Use and Misuse by Young Adults (Uso y maluso de alcohol entre los jóvenes adultos)*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1994.
- Miller, W.R., y Saucedo, C.F. Assessment of neuropsychological impairment and brain damage in problem drinkers (Avalúo de impedimento neuropsicológico y daño cerebral en bebedores problemáticos). En: Golden, C.J.; Moses, J.A., Jr.; Coffman, J.A.; Miller, W.R.; y Strider, F.D., eds. *Clinical Neuropsychology: Interface With Neurologic and Psychiatric Disorders (Neuropsicología Clínica: entrecara con trastornos neurológicos y psiquiátricos)*. Nueva York: Grune & Stratton, 1983. págs. 141-195.
- Miller, W.R.; y Sovereign, R.G. The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors (El examen médico: un modelo para una intervención temprana en comportamientos adictivos) En: Løberg, T.; Miller, W.R.; Nathan, P.E.; y Marlatt, G.A., eds. *Addictive Behaviors: Preventions and Early Intervention (Comportamientos adictivos: prevenciones e intervención temprana)*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1989. págs. 219-231.
- Miller, W.R.; Sovereign, R.G.; y Krege, B. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a prevention intervention (Entrevista motivacional con bebedores problemáticos: II. El examen médico del bebedor como una intervención de prevención). *Behavioral Psychotherapy* 16:251-268, 1988.
- Miller, W.R., y Taylor, C.A. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers (Efectividad relativa del adiestramiento de biblioterapia, individual y de autocontrol grupal en el tratamiento de los bebedores problemáticos). *Addictive Behaviors* 5:13-24, 1980.
- Miller, W.R.; Taylor, C.A.; y West, J.C. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for

- problem drinkers (Terapia de comportamiento concentrada en contra de abarcadora para bebedores problemáticos). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48:590-601, 1980.
- Miller, W.R., y Tonigan, J.S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (Avaluando la motivación para el cambio de los bebedores: Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento). *Psychology of Addictive Behaviors* 10(2):81-89, 1996.
- Miller, W.R.; Westerberg, V.S.; y Waldron, H.B. Evaluating alcohol problems (Evaluando los problemas de alcohol) En: Hester, R.K., y Miller, W.R., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (Manual de acercamientos al tratamiento del alcoholismo: alternativas efectivas)*, 2da ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995b, págs. 61-88.
- Miller, W.R.; Zweben, A.; DiClemente, C.C.; y Rychtarik, R.G. Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence (Manual de terapia para aumentar la motivación: guía de investigación clínica para terapeutas tratando individuos con abuso de alcohol y dependencia). Proyecto "MATCH" Series de Monografías, Vol.2. Pub. "NIH" No. 94-3723. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 1995c.
- Moos, R.H.; Brennan, P.L.; Fondacaro, M.R.; y Moos, B.S. Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers (Respuestas de manejo para acercamiento y prevención entre bebedores mayores problemáticos o no-problemáticos). *Psychology and Aging* 5(1):31-40, 1990.
- Najavitis, L.M., y Weiss, R.D. Variations in therapists effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical view (Variaciones en la efectividad de los terapeutas en el tratamiento de pacientes con trastornos por uso de sustancias: una visión empírica). *Addiction* 89(6):679-688, 1994.
- Nir, Y., y Cutler, R., The unmotivated patient syndrome: Survey of therapeutic interventions (El síndrome del paciente desmotivado: estudio de las intervenciones terapéuticas). *American Journal of Psychiatry* 135:442-447, 1978.
- Nirenberg, T.D.; Sobell, L.C.; y Sobell, M.B. Effective and inexpensive procedures for decreasing client attrition in an outpatient alcohol treatment program (Procedimientos efectivos y económicos para reducir la deserción de los clientes a los programas de tratamiento de alcohol ambulatorios) *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 7:73-82, 1980.
- Noonan, W.C., y Moyers, T.B. Motivational interviewing (Entrevista motivacional). *Journal of Substance Misuse* 2:8-16, 1997.
- Obert, J.L.; Rawson, R.A.; y Miotto, K. Substance abuse treatment for "hazardous users": An early intervention (Tratamiento para abuso de sustancias para "usuarios arriesgados": una intervención temprana). *Journal of Psychoactive Drugs* 29(3):291-298, 1997.
- Ockene, J.K.; Wheeler, E.V.; Adams, A.; Hurley, T.G.; y Hebert, J. Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting (Adiestramiento de proveedor para consejería de alcohol centrada en el paciente dentro de un ambiente de cuidado primario). *Archives of Internal Medicine* 157(20):2334-2341, 1997.
- O'Farrell, T.J./ ed. *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions (Tratando los problemas de alcohol: intervenciones familiares y maritales)*. Nueva York: Guilford Press, 1993.
- Orford, J. *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions (Apetitos excesivos: una visión psicológica de las adicciones)*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1985.
- Orford, J. Empowering family and friends: A new approach to the secondary prevention of addiction (Dando poder a la familia y a los amigos: un nuevo acercamiento a la prevención secundaria de la adicción). *Drug and Alcohol Review* 13:417-429, 1994.
- Orleans, C.T.; Schoenbach, V.J.; Wagner, E.H.; Quade, D.; Salomon, M.A.; Pearson, D.C.; Fiedler, J.; Porter, C.Q.; y Kaplan, B.H. Self-help quit smoking interventions: Effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling (Intervenciones de autoayuda para dejar de fumar: efectos de los materiales de autoayuda, instrucciones de apoyo social y consejería telefónica). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:439-448, 1991.
- Panepinto, W.C., y Higgins, M.J. Keeping alcoholics in treatment: Effective follow-through

- procedures (Manteniendo a los alcohólicos en el tratamiento: procedimientos de seguimiento efectivos). *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 30:414-419, 1969.
- Parker, M.W.; Winstead, D.K.; y Willi, F.J. Patient autonomy in alcohol rehabilitation: I. Literature review. *International Journal of the Addictions* 14:1015-1022, 1979.
- Pattison, E.M.; Sobell, L.C. Emerging Concepts of Alcohol Dependence (Conceptos emergentes de la dependencia al alcohol) Nueva York: Springer, 1977.
- Persson, J., y Magnusson, P.H. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: A controlled study (Intervención temprana en pacientes con consumo excesivo de alcohol). *Alcohol: An International Biomedical Journal* 6:403-408, 1989.
- Perz, C.A.; DiClemente, C.C.; y Carbonari, J.P.; Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation (¿Haciendo lo correcto en el momento correcto? La interacción de las etapas de cambio para lograr dejar de fumar con éxito). *Health Psychology* 15:462-468, 1996.
- Peterson, L.; Gable, S.; y Saldana, L. Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect (Tratamiento de la adicción materna para prevenir el maltrato y negligencia de menores).
- Pickens, R.W., y Fletcher, B.W. Overview of treatment issues (Información general sobre aspectos del tratamiento). En: Pickens, R.W.; Leukefeld, C.G.; y Shuster, C.R. *Improving Drug Abuse Treatment (Mejorando el tratamiento de abuso de drogas)* Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 106. "DHHS" Pub. No. (ADM) 91-1754. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1991. págs. 1-19.
- Polich, J.M.; Armor, D.J.; y Braiker, H.B. The Course of Alcoholism: Four Years After Treatment (El curso del alcoholismo: cuatro años después del tratamiento). Nueva York: John Wiley y Sons, 1981.
- Prochaska, J.O. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis (Sistemas de psicoterapia: un análisis transteórico). Homewood, IL: Dorsey Press, 1979.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrated model of change (Etapas y procesos de autocambio de fumar: hacia un modelo de cambio integrado). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51:390-395, 1983.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy (El acercamiento transteórico: cruzando las fronteras tradicionales de la terapia). Homewood, IL: Dow-Jones-Irwin, 1984.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors (Etapas de cambio en la modificación de los problemas de comportamiento). En: Hersen, M.; Eisler, R.M.; y Miller, P.M., eds. *Progress in Behavior Modification (Progreso en la modificación de comportamiento)*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company, 1992. págs. 184-214.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.; y Norcross, J.C. Changing: Process approaches to initiation and maintenance of changes (Cambiano: acercamientos al proceso de la iniciación y mantenimiento de los cambios). En: Klar, Y.; Fisher, J.D.; Chinsky, J.M.; y Nadler, A., eds. *Self-Change: Social, Psychological and Clinical Perspectives (Autocambio: perspectivas sociales, psicológicas y clínicas)*. Nueva York: Springer-Verlag, 1992a. págs. 87-114.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.; y Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors (En búsqueda de cómo cambia la gente: usos de los comportamientos adictivos). *American Psychologist* 47:1102-1114, 1992b.
- Prochaska, J.O., y Goldstein, M.G. Process of smoking cessation: Implications for clinicians (Proceso de dejar de fumar: implicaciones para los clínicos). *Clinical Chest Medicine* 12:727-735, 1991.
- Prochaska, J.O.; Velicer W.F.; Rossi, J.S; Goldstein, M.G. Marcus, B.H.; Rawoski, W.; Fiore, C.; Harlow, L.L.; Redding, C.A., Rosenbloom, D.; y Rossi, S.R. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors (Etapas de cambio y el balance decisional para los 12 comportamientos problemáticos). *Health Psychology* 13(1):39-46, 1994.
- "Project MATCH Research Group". Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes (Emparejando los tratamientos del

- alcoholismo con la heterogeneidad de la clientela” resultados del consumo de bebida postratamiento del Proyecto “MATCH”). *Journal of Studies on Alcohol* 58:7-29, 1997a.
- “Project MATCH Research Group”. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes (Emparejando los tratamientos del alcoholismo con la heterogeneidad de la clientela” resultados del consumo de bebida a los tres años del Proyecto “MATCH”). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22:1300-1311, 1998a.
- “Project MATCH Research Group”. Project MATCH secondary a priori hypotheses (Hipótesis a priori secundaria del Proyecto “MATCH”). *Addiction* 92:1671-1698, 1997b.
- “Project MATCH Research Group”. Therapist effects in three treatments for alcohol problems (Efectos del terapeuta en tres tratamientos para los problemas de alcohol). *Psychotherapy Research* 18(4):455-474, 1998b.
- Rawson, R.A.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Smith, D.P.; y Scheffey, E.H. *The Neurobehavioral Treatment Manual (El manual de tratamiento de neurocomportamiento)*. Beverly Hills, CA: Matrix, 1989.
- Rawson, R.A.; Shoptaw, S.J.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Hasson, A.L.; Marinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.TR., y Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model (Un acercamiento ambulatorio intensivo para el tratamiento por abuso de cocaína: el modelo Matrix). *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):117-127, 1995.
- Regier, D.A.; Farmer, M.E.; rae, D.S.; Locke, B.Z.; Keith, S.J.; Judd, L.L.; y Goodwin, F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse (Co-morbosidad de los trastornos mentales con abuso de alcohol y otras drogas). *JAMA* 264:2511-2518, 1990.
- Richmond, R.L.; Kehoe, L.A.; y Webstern I.W. Multivariate models for predicting abstention following interventions to stop smoking by general practitioners (Modelos múltiples variados para predecir la abstinencia luego de las intervenciones para dejar de fumar por los profesionales generalistas). *Addictions* 88:1127-1135, 1993.
- Robertson, I.; Heather, N. Dziedzicki, A; Crawford, J. y Winton, M. Comparison of minimal versus intensive controlled drinking treatment interventions for problem drinkers (Comparación de las intervenciones de tratamiento de bebida intensivas contra mínimas para los bebedores problemáticos). *British Journal of Clinical Psychology* 25:185-194, 1986.
- Robins, L.N.; Davis, D.H.; y Goodwin, D.W. Drug use by U.S. Army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home (Uso de drogas por los hombres alistados en el ejército de los EEUU en Vietnam: un seguimiento al volver a sus hogares). *American Journal of Epidemiology* 99:235-249, 1974.
- Rogers, C.R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework (Una teoría de la terapia, personalidad y relaciones interpersonales según se desarrolló en un marco de trabajo orientado al cliente). En Koch, S., ed. *Psychology: A Study of a Science*. Vol. 3, *Formulations of the Person and the Social Context (Psicología; un estudio de una ciencia Vol. 3, Formulaciones de la persona y el contexto social)*. Nueva York: McGraw-Hill, 1959, págs. 184-256.
- Rogers, R.W.; Deckner, C.W.; y Mewborn, C.R. An expectancy-value theory approach to the long-term modification of smoking behavior (Un acercamiento a la teoría de las expectativas de valores hacia la modificación a largo plazo del comportamiento de fumar). *Journal of Clinical Psychology* 34:562-566, 1978.
- Rokeach, M. *The Nature of Human Values (La naturaleza de los valores humanos)*. Nueva York: Free Press, 1973.
- Rokeach, M. *Rokeach Value Survey (Estudio de valores Rokeach)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
- Rollnick, S.; Heather, N.; y Bell, A. Negotiating behavior change in medical settings: The development of brief motivational interviewing (Negociando un cambio de comportamiento en ambientes médicos: el desarrollo de una entrevista motivacional breve). *Journal of Mental Health* 1:25-37, 1992a.
- Rollnick, S.; Heather, N.; Gold, R.; y Hall, W. Development of a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers (Desarrollo de un cuestionario corto de “preparación para el cambio” para usarse en intervenciones oportunistas entre bebedores

- excesivos). *British Journal of Addiction* 87:743-754, 1992b.
- Rollnick, S., y Miller, W.R. What is motivational interviewing? (¿Qué es la entrevista motivacional?) *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 23:325-334, 1995.
- Romelsjo, A.; Anderson, L.; Barrner, H.; Borg, S.; Granstrand, C.; Hultman, O.; Hassler, A.; Kallqvist, A.; Magnusson, P.; Morgell, R.; Hyman, K.; Olofsson, A.; Olsson, E.; Rhedin, A.; y Wikblad, O. Randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care (Estudio al azar de la prevención secundaria de los bebedores problemáticos en una etapa temprana dentro del cuidado de salud). *British Journal of Addiction* 84:1319-1327, 1989.
- Rowe, D., y Grills, C. African-centered drug treatment: An alternative conceptual paradigm for drug counseling with African-American clients (Tratamiento de drogas centrado en Africa: un paradigma conceptual alternativo para la consejería de drogas para clientes afroamericanos). *Journal of Psychoactive Drugs* 25:21-33, 1993.
- Ryan, R.M.; Plant, R.W.; y O'Malley, S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout (Motivaciones iniciales para el tratamiento de alcoholismo: relaciones con las características del cliente, la involucración en el tratamiento y la deserción). *Addictive Behaviors* 20(3):279-297, 1995.
- Samet, J.H., y O'Connor, P.G. Alcohol abusers in primary care: Readiness to change behavior (Personas que abusan del alcohol en el cuidado primario: preparación para cambiar el comportamiento). *American Journal of Medicine* 105:302-306, 1998.
- Samet, J.H.; Rollnick, S.; y Barnes, H. Beyond CAGE: A brief clinical approach after detection of substance abuse (Más allá de "CAGE": un acercamiento clínico breve después de detectar abuso de sustancias). *Archives of Internal Medicine* 156:2287-2293, 1996.
- Sannibale, C. The differential effect of a set of brief interventions on the functioning of a group of "early-stage" problem drinkers (El efecto diferencial de un conjunto de intervenciones breves sobre el funcionamiento de un grupo de bebedores problemáticos en una "etapa temprana"). *Australian Drug and Alcohol Review* 7:147-155, 1988.
- Satterfield, J.M. Integrating group dynamics and cognitive-behavioral groups: A hybrid model (Integrando las dinámicas de grupo y los grupos de comportamiento cognoscitivo: un modelo híbrido). *Clinical Psychology: Science and Practice* 1:185-196, 1994.
- Saunders, B.; Wilkinson, C.; y Allsop, S. Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic (Intervención motivacional con usuarios de heroína que asisten a una clínica de metadona). En: Miller, W.R., y Rollnick, S., eds. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behaviors (Entrevista motivacional: preparando gente para cambiar comportamientos adictivos)* Nueva York: Guilford Press, 1993. págs. 279-282.
- Saunders, B.; Wilkinson, C.; y Philips, M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme (El impacto de una entrevista motivacional breve en los usuarios de derivados de opio que asisten a un programa de metadona). *Addiction* 90(3):415-424, 1995.
- Scales, R. "Motivational interviewing and skills-based counseling in cardiac rehabilitation: The Cardiovascular Health Initiative and Lifestyle Intervention (CHILE) Study" (La entrevista motivacional y la consejería basada en destrezas en la rehabilitación cardíaca: Estudio (CHILE) de intervención en el estilo de vida y la iniciativa de salud cardiovascular). Tesis doctoral. Universidad de Nuevo México. *Dissertation Abstracts International*, 59-03A, 0741, 1998.
- Schafer, J., y Brown, S.A. Marijuana and cocaine effect expectancies and drug use patterns (Expectativas del efecto de la marihuana y la cocaína y los patrones de uso). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:558-565, 1991.
- Senft, R.A.; Polen, M.R.; Freeborn, D.K.; y Hollis, J.F. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers (Intervención breve en un ambiente de cuidado primario para bebedores peligrosos). *American Journal of Preventive Medicine* 13:464-470, 1997.
- Silverman, K.; Chutuape, M.D.; Bigelow, G.E.; y Stitzer, M.L. Reinforcement of cocaine abstinence in treatment-resistant patients: Effects of reinforcer magnitude (Refuerzo de la

- abstinencia a la cocaína en pacientes reacios al tratamiento: efectos de la magnitud del refuerzo). En: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence*, 1996. Serie de Monografías de Investigación de "NIDA", Núm. 174. "DHHS" Pub. No. (ADM) 97-4236. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1997. pág. 74.
- Silverman, K.; Higgings, S.T.; Brooner, R.K.; Montoya, I.D.; Cone, E.J.; Schuster, C.R.; y Preston, K.L. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy (Abstinencia a la cocaína sostenida en los pacientes bajo mantenimiento con metadona a través de una terapia de refuerzo basada en vales). *Archives of General Psychiatry* 53:409-415, 1996.
- Simpson, D.D., y Joe, G.W. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment (Motivación como un predictor de la deserción temprana del tratamiento por abuso de sustancias). *Psychotherapy* 30(2):357-368, 1993.
- Simpson, D.D.; Joe, G.W.; y Brown, B.S. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) (Resultados de la retención en el tratamiento y seguimiento en el Estudio de Resultados sobre el Tratamiento por Abuso de Sustancias). *Psychology of Addictive Behaviors* 11:294-307, 1997.
- Sisson, R.W., y Azrin, N.H. Family member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers (Involucración de los miembros de la familia para iniciar y promover el tratamiento de los bebedores problemáticos). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 17(1):15-21, 1986.
- Sklar, S.M.; Annis, H.M.; y Turner, N.E. Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy (Desarrollo y validación del Cuestionario de Confianza en el Consumo de Drogas: una medida de manejo de la autoeficacia). *Addictive Behaviors: An International Journal* 22:655-670, 1997.
- Skutle, A., y Berg, G. Training in controlled drinking for early-stage problem drinkers (Adiestrando en el consumo de bebida controlado para los bebedores problemáticos en la etapa temprana). *British Journal of Addiction* 82:493-501, 1987.
- Smith, D.E.; Heckemeyer, C.M.; Kratt, P.P.; y Mason, D.A. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study (Entrevista motivacional para mejorar el compromiso con un programa de control de peso para mujeres obesas con "NIDDM": un estudio piloto). *Diabetes Care* 20:53-54, 1997.
- Sobell, L.C. Bridging the gap between science and practitioners: The challenge before us (Llenando un vacío entre la ciencia y los especialistas: el reto ante nosotros). *Behavior Therapy* 27:297-320, 1996.
- Sobell, L.C.; Breslin, F.C.; y Sobell, M.B. Substance-related disorders (alcohol) (Trastornos relacionados con el uso de sustancias [alcohol]). En: Turner, S., y Hensen, M., eds. *Adult Psychopathology and Diagnosis Issues (Psicopatología adulta y aspectos del diagnóstico)*. 3ra ed. Nueva York John Wiley and Sons, 1997. págs. 128-159.
- Sobell, L.C.; Cunningham, J.A.; y Sobell, M.B. Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys (Recuperación de los problemas de alcohol con o sin tratamiento: frecuencia en dos estudios poblacionales). *American Journal of Public Health* 86:966-972, 1996a.
- Sobell, L.C.; Cunningham, J.A.; Sobell, M.B.; Agrawal, S.; Gavin, D.R.; Leo, G.I.; y Singh, K.N. Fostering self-change among problem drinkers: A proactive community intervention (Fomentando el autocambio entre los bebedores problemáticos: una intervención comunitaria proactiva). *Addictive Behaviors* 21(6):817-833, 1996b.
- Sobell, L.C.; y Sobell, M.B., eds. Alcohol consumption measures (Medidas de consumo de alcohol). En: Allen, J.P., y Columbus, M. eds. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers (Avaluando los problemas de alcohol: una guía para los clínicos e investigadores)* Treatment Handbook Series 4. Bethesda, MD: Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 1995a. págs. 55-74.
- Sobell, L.C., y Sobell, M.B. *Timeline Follow Back (TLFB) (Seguimiento temporal)* Toronto, ON: Fundación de Investigación en Adicción, 1996.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; Brown, J.; y Cleland, P.A. "A randomized trial comparing group versus individual guided self-change treatment for

- alcohol and drug abusers.” (Un experimento al azar comparando el tratamiento grupal con el autocambio individual guiado para los que abusan del alcohol y las drogas). Cartel presentado en la vigésimo novena Reunión Anual de la “Association for Advancement of Behavior Therapy”. Washington, DC., 1995.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; y Leo, G.I. “Spousal social support: A motivational intervention for alcohol abusers” (Apoyo social del cónyuge: una intervención motivacional para los que abusan del alcohol) Cartel presentado en la reunión anual de la “Association for Advancement of Behavior Therapy”. Atlanta, GA., 1993a.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; Toneatto, T.; y Leo, G.I. What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? (¿Qué impulsa a la solución de los problemas del alcohol sin tratamiento?) *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17:217-224. 1993b.
- Sobell, L.C.; Toneatto, T.; y Sobell, M.B.; Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications (Avalúo del comportamiento y planificación del tratamiento de alcohol, tabaco, y otros problemas de drogas: situación actual con un énfasis en las aplicaciones clínicas). *Behavior Therapy* 25:533-580, 1994.
- Sobell, M.B.; Buchan, G.; y Sobell, L.C. “Relationship of goal choices by substance abusers in guided self-change treatment to subject characteristics and treatment outcome” (Relación de la selección de metas de los que abusan de sustancias en el tratamiento de autocambio guiado para exponer las características y el resultado del tratamiento). Cartel presentado en la reunión anual de la “Association for Advancement of Behavior Therapy”. Nueva York, 1996c.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment (Bebedores problemáticos: tratamiento de autocambio guiado). Nueva York: Guilford press, 1993.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. “Group versus individual guided self-change treatment for problem drinkers” (Tratamiento grupal contra el autocambio individual guiado para los bebedores problemáticos). Ponencia presentada en el Congreso Mundial “Behavioral and Cognitive Therapies”, Copenhagen, Denmark, 1995b.
- Sobell, M.B., y Sobell, L.C. Guiding self-change (Guiando el autocambio) En: Miller, W.R., y Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors (Tratando Comportamientos Adictivos)*, 2da ed. Nueva York: Plenum, 1998. págs. 189-202.
- Sobell, M.B., y Sobell, L.C. Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services (Cuidado guiado para los problemas de alcohol: un método efectivo para planificar y proporcionar servicios clínicos). En: Tucker, J.A.; Donovan, D.M.; y Marlatt, G.A., eds. *Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies (Cambiando el comportamiento adictivo: tendiendo un puente entre las estrategias clínicas y de salud pública)*. Nueva York: Guilford Press, 1999. págs. 331-343.
- Sociedad Americana de Medicina Adictiva. Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders (Criterios de ubicación de pacientes para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias psicoactivas) 2da ed. Washington, DC: Sociedad Americana de Medicina Adictiva, 1996.
- Southwick, L.; Steele, C.; Marlatt, A.; y Lindell, M. Alcohol-related expectancies: Defined by phase of intoxication and drinking experience (Expectativas relacionadas con el alcohol: definidas por medio de la fase de intoxicación y la experiencia de consumo de bebida). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49:713-721, 1981.
- Stanton, M.D. The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent individuals (El papel de la familia y las otras personas significativas en el compromiso y retención de los individuos dependientes de drogas). En: Onken, L.S.; Blaine, J.D.; y Boren, J.J., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment (Más allá de la alianza terapéutica: manteniendo al individuo dependiente de las drogas en tratamiento)* Serie de Monografías de Investigación de “NIDA”, Núm. 165. “DHHS” Pub. No. (ADM) 97-4142. Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1997. págs. 157-180.
- Stephens, R.S.; Roffman, R.A.; Cleaveland, B.L.; Curtin, L.; y Wertz, J. “Extended versus minimal intervention with marijuana-dependent adults” (Intervención extensa contra mínima para adultos dependientes de la marihuana). Ponencia presentada en la reunión anual de la “Association

- for Advancement of Behavior Therapy”, San Diego, CA, 1994.
- Strang, J.; Bacchus, L.; Howes, S.; y Watson, P. Turned away from treatment: Maintenance seeking opiate addicts at two-year follow-up (Rechazados del tratamiento: búsqueda de mantenimiento de adictos a los derivados del opio en un seguimiento de dos años). *Addiction Research* 6:71-81, 1997.
- Sutton, S. Can stages of change provide guidelines in the treatment of addictions? (¿Pueden las etapas de cambio proporcionar guías en el tratamiento de las adicciones?) En Edwards, G., y Dare, C. eds. *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions (Psicoterapia, tratamientos psicológicos y las adicciones)*. Nueva York: Cambridge University Press, 1996.
- Swanson, A.J.; Pantalon, M.V.; y Cohen, K.R. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients (Entrevista motivacional y apego al tratamiento entre los pacientes con diagnósticos duales y psiquiátricos). *Journal of Nervous and Mental Disease*, en imprenta.
- Taleff, M.J. A Handbook To Assess and Treat Resistance in Chemical Dependency (Manual para evaluar y tratar la resistencia en la dependencia química). Dubuque, IA: Kendall/Hunt, 1997.
- Thomas, E.J., y Ager, R.D. Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers (Terapia familiar unilateral con cónyuges de personas que abusan del alcohol y no cooperan). En: O’Farrel, T.J., ed. *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions (Tratando los problemas de alcohol: intervenciones familiares y maritales)*. Nueva York: Guilford Press, 1993. págs. 3-33.
- Thombs, D.L. Introduction to Addictive Behaviors (Introducción a los comportamientos adictivos). Nueva York: Guilford Press, 1994.
- Tonigan, J.S.; Toscova, R.T.; y Connors, G.J. Spirituality and the 12-Step programs: A guide for clinicians (La espiritualidad y los programas de 12 pasos: una guía para los clínicos). En: Miller, W.R., ed. *Integrating Spirituality Into Treatment Resources for Practitioners (Integrando la espiritualidad en los recursos de tratamiento de los profesionales)*. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología, 1999.
- Trigwell, P.; Grant, P.J.; y House, A. Motivation and glycemic control in diabetes mellitus (Motivación y control glicémico en la diabetes mellitus). *Journal of Psychosomatic Research* 43:307-315, 1997.
- Truax, C.B., y Carkhuff, R.R. *Toward Effective Counseling and Psychotherapy (Hacia la consejería efectiva y la psicoterapia)*. Chicago: Aldine, 1967.
- Tuchfield, B. Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications (Remisión espontánea en los alcohólicos: observaciones empíricas e implicaciones teóricas). *Journal of Studies on Alcohol* 42:626-641, 1981.
- Tucker, J.A. Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers (Predictores de búsqueda de ayuda y la relación temporal de ayuda entre los bebedores problemáticos tratados o sin tratar). *Addiction* 90(6):805-809, 1995.
- Tucker, J.A.; Vuchinick, R.E.; y Gladsjo, J.A. Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems (Sucesos ambientales que rodean la recuperación natural de los problemas relacionados con el alcohol). *Journal of Studies on Alcohol* 55:401-411, 1994.
- Tucker, J.A.; Vuchinick, R.E.; y Pukish, M.M. Molar environmental contexts surrounding recovery from alcohol problems by treated and untreated problem drinkers (Contextos ambientales molares que rodean la recuperación de los problemas de alcohol de los bebedores problemáticos tratados o sin tratar). En: Marlatt, G.A., y Vanden Bos, G.R., eds. *Addictive Behaviors: Readings on Etiology, Prevention, and Treatment (Comportamientos adictivos: lecturas en etiología, prevención y tratamiento)*. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología, 1997. págs. 581-601.
- Vaillant, G.E. *The Natural History of Alcoholism Revisited (La historia natural del alcoholismo vuelta a visitar)*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.
- Van Blisen, H.P. Motivational interviewing: perspectives from the Netherlands with particular emphasis on heroin-dependent clients (Entrevista motivacional: perspectivas desde los Países Bajos con énfasis particular en los clientes que dependen de la heroína). En: Miller, W.R., y Rollnick, S., eds. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behaviors (Entrevista motivacional: preparando*

- gente para cambiar comportamientos adictivos) Nueva York: Guilford Press, 1993. págs. 214-235.
- Van Bremen, J.R., y Chasnoff, I.J. Policy issues for integrating parenting interventions and addiction treatment for women (Aspectos del plan de acción para integrar las intervenciones de la crianza y el tratamiento para las mujeres). *Topics in Early Childhood Special Education* 14:254-274, 1994.
- Varney, S.M.; Rohsenow, D.J.; Dey, A.N.; Myers, M.G.; Zwick, W.R.; y Monti, P.M. Factors associated with help seeking and perceived dependence among cocaine users (Factores asociados con la búsqueda de ayuda y la dependencia percibida entre los usuarios de cocaína). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 21(1):81-91, 1995.
- Victorio-Estrada, A., y Mucha, R.F. The Inventory of Drinking Situations (IDS) in current drinkers with different degrees of alcohol problems (El inventario de situaciones para el consumo de bebida en bebedores actuales con grados diferentes de problemas asociados con el alcohol). *Addictive Behaviors* 22:557-565, 1997.
- Wagner, C.C.; Ingersoll, K.S.; Horvath, P.; May, J. Fornilli, K. y Gharib, S. A Technology Transfer Case Study: Part II. Motivational Enhancement Therapy as First Stage Treatment (Un estudio de caso de transferencia tecnológica: Parte II. Terapia de aumento motivacional como la primera etapa del tratamiento). Scottsdale, AZ: College on Problems of Drug Dependence, 1998.
- Wahlberg, J. Personal growth and self-esteem through cultural spiritualism: A Native-American experience (Crecimiento personal y de autoestima mediante la espiritualidad cultural: una experiencia nativoamericana). En: Rivas, R.F., y Hull, G.H., eds. *Case Studies Generalist Practice (Estudios de caso en la práctica generalista)*. Belmont, CA: Wadsworth, 1996. págs. 65-71.
- Wallace, J. The new disease model of alcoholism (El modelo nuevo de la enfermedad del alcoholismo). *Western Journal of Medicine* 152(5):502-505, 1990.
- Wallace, P; Cutler, S; y Haines, A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption (Experimento controlado al azar de la intervención del médico generalista con pacientes que consumen alcohol en exceso). *British Medical Journal* 297:663-668, 1988.
- Walters, S.T.; Bennett, M.E.; y Miller, J.E. Reducing alcohol use in college students: A controlled trial of two brief interventions (Reduciendo el uso de alcohol en los estudiantes universitarios: un experimento controlado de dos intervenciones breves). *Journal of Drug Education*, en imprenta.
- Watson, A.L., y Sher, K.J. Resolution of alcohol problems without treatment: methodological issues and future directions of natural recovery research (Solución de los problemas de alcohol sin tratamiento: aspectos metodológicos y direcciones futuras de la investigación de la recuperación natural). *Clinical Psychology: Science and Practice* 5:1-18, 1998.
- Wetter, D.W.; Fiore, M.C.; Gritz, E.R.; Lando, H.A.; Stitzer, M.L.; Hasselblad, V.; y Baker, T.B. The Agency for Health Care Policy and Research: Smoking cessation clinical practice guideline - Findings and implications for psychologists (guía para la práctica clínica de dejar de fumar - hallazgos e implicaciones para los psicólogos). *American Psychologist* 53:657-669, 1998.
- Wilbanks, W.L. Drug addiction should be treated as a lack of self-discipline (La adicción a las drogas se debe tratar como una falta de auto-disciplina). En: Leone, B., ed. *Chemical Dependency: Opposing Viewpoints (Dependencia química: puntos de vista opuestos)*. San Diego, CA: Greenhaven, 1989.
- Wilk, A.I.; Jensen, N.M.; y Havighurst, T.C. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers (Meta-análisis de experimentos de control al azar que lidean con intervenciones breves en bebedores que consumen alcohol copiosamente). *Journal of General Internal Medicine* 12(5):274-283, 1997.
- Williams, R., y Williams, V. Anger Kills: Seventeen Strategies for Controlling the Hostility That Can Harm Your Health (El coraje mata: siete estrategias que pueden controlar la hostilidad que puede afectar su salud). Nueva York: HapperCollins, 1994.
- Yahne, C.E., y Miller, W.R. Evoking hope (Evocando la esperanza). En: Miller, W.R., ed. *Integrating Spirituality Into Treatment Resources for Practitioners (Integrando la espiritualidad en los recursos de tratamiento de los profesionales)*.

- Washington, DC: Asociación Americana de Psicología, 1999.
- Zacny, J.P.; Divane, W.T.; y de Wit, H. Assessment of magnitude and availability of a non-drug reinforcer on preference for a drug reinforcer (Avalúo de la magnitud y disponibilidad de un refuerzo que no sea una droga prefiriéndolo a uno que lo sea). *Human Psychopharmacology* 7:281-286, 1992.
- Ziedonis, D., y Fisher, W. Motivation-based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia (Avalúo basado en la motivación y tratamiento por abuso de sustancias en pacientes con esquizofrenia). *Directions in Psychiatry* 16(11):1-8, 1996.
- Zweben, A., y Barrett, D. Brief couples treatment for alcohol problems (Tratamiento breve de parejas para problemas de alcohol). En: O'Farrell, T.J., ed. *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions (Tratando los problemas de alcohol: intervenciones familiares y maritales)*. Nueva York: Guilford Press, 1993. págs. 353-380.
- Zweben, A.; Bonner, M.; Chaim, G.; y Santon, P. Facilitative strategies for retaining the alcohol-dependent client in outpatient treatment. (Estrategias facilitadoras para retener en tratamiento ambulatorio al cliente dependiente de alcohol). *Alcoholism Treatment Quarterly* 5:3-24, 1988.
- Zweben, A., y Fleming, M.F. Brief interventions for alcohol and drug problems (Intervenciones breves para los problemas de alcohol y drogas) En: Tucker, J.A.; Donovan, D.M.; y Marlatt, .A., eds. *Changing Addictive Behavior (Cambiando el comportamiento adictivo)*. Nueva York: Guilford Press, en imprenta
- Zweben, A., y Li, S. Efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency (Eficacia de inducir un rol en la prevención de la deserción temprana de un tratamiento ambulatorio para el tratamiento de la dependencia a las drogas). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 8:171-182, 1988.
- Zweben, A.; Pearlman, S.; y Li, S. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the Marital Systems Study (Una comparación de la consejería breve y la terapia conjunta en el tratamiento del abuso de alcohol: los resultados del estudio de los sistemas maritales). *British Journal of Addiction* 38(8):899-916, 1988.
- Zweben, J.E. Counseling issues in methadone maintenance treatment (Aspectos de la consejería en el tratamiento con mantenimiento en metadona). *Journal of Psychoactive Drugs* 23(2):177-190, 1991.

Apéndice B Instrumentos de Cernimiento y Avalúo

Este apéndice incluye

- Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas (ADCQ - por sus siglas en inglés *Alcohol and Drug Consequences Questionnaire*)
- Escala de Balance Decisional de Alcohol (y Drogas Ilegales)
- Cuestionario de Efectos del Alcohol
- Cuestionario de Expectativa sobre el Alcohol – III (Adultos)
- Prueba de Identificación de Trastornos por Abuso de Alcohol (AUDIT – por sus siglas en inglés *Alcohol Use Disorders Identification Test*)
- Breve Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (BSCQ – por sus siglas en inglés *Brief Situational Confidence Questionnaire*)
- Informe sobre la Retroalimentación Personal
- Entendiendo su Informe de Retroalimentación Personal
- Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (Versión para Tratamiento) (RCQ-TV – por sus siglas en inglés *Readiness To Change Questionnaire (Treatment Version)*)
- Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (SCQ-39 por sus siglas en inglés *Situational Confidence Questionnaire*)
- Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (SOCRATES 8A, 8D)
- Escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhode Island (URICA-por sus siglas en inglés *University of Rhode Island Change Assessment Scale*)
- Lo que quiero del tratamiento

Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas (ADCQ - por sus siglas en inglés *Alcohol and Drug Consequences Questionnaire*)

Cualquier cambio puede tener buenas y malas consecuencias. Estas consecuencias puede que no sean las mismas para todo el mundo. Al considerar su decisión de cambiar su uso de alcohol o drogas, quisiéramos que supiera qué consecuencias son importantes para usted. Esto no es un examen: no hay respuestas correctas ni equivocadas. Simplemente queremos saber lo que piensa.

La droga principalmente problemática para mí es (escriba el nombre de la droga primaria, por ej., alcohol, cocaína)

Todas las preguntas a continuación se refieren a la droga principal que uso.

Cuando considero **dejar o reducir** el uso de mi droga principal, para mí son importantes las siguientes razones.

“SI LA DEJO O REDUZCO EL USO...”

Circule el número que aplique a usted

	No importante	Ligeramente importante	Moderadamente importante	Muy importante	Extremadamente importante	No aplica
Me sentiré mejor físicamente.	1	2	3	4	5	0
Tendré dificultades para relajarme.	1	2	3	4	5	0
Cambiaré un estilo de vida que disfruto.	1	2	3	4	5	0
Tendré menos problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	0
Me sentiré frustrado y ansioso.	1	2	3	4	5	0
Tendré más dinero para hacer otras cosas.	1	2	3	4	5	0
Estaré más activo y alerta.	1	2	3	4	5	0
Me deprimiré.	1	2	3	4	5	0
Tendré menos problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	0
Me sentiré mejor sobre mí mismo	1	2	3	4	5	0
Recuperaré respeto hacia mí mismo.	1	2	3	4	5	0
Lograré más de las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5	0
Tendré una mejor relación con mi familia	1	2	3	4	5	0
Tendré dificultades para lidiar con mis problemas.	1	2	3	4	5	0
Sentiré los síntomas de retirada o ansias.	1	2	3	4	5	0
Tendré demasiado tiempo entre manos.	1	2	3	4	5	0
Tendré dificultades para no beber o usar drogas.	1	2	3	4	5	0

	No importante	Ligeramente importante	Moderadamente importante	Muy importante	Extremadamente importante	No aplica
Mi salud mejorará	1	2	3	4	5	0
Viviré más.	1	2	3	4	5	0
Tendré más control de mi vida.	1	2	3	4	5	0
Me aburriré.	1	2	3	4	5	0
Estaré irritable.	1	2	3	4	5	0
Tendré más estabilidad financiera.	1	2	3	4	5	0
Extrañaré el sabor.	1	2	3	4	5	0
Tendré una relación mejor con mis amigos.	1	2	3	4	5	0
Me sentiré tenso.	1	2	3	4	5	0
Ahorraré dinero.	1	2	3	4	5	0
Extrañaré la sensación de tener una nota.	1	2	3	4	5	0

Escala de Balance Decisional de Alcohol (y Drogas Ilegales)

de ID del Cliente _____

Fecha: / / _____

Puntos del Avalúo: _____

LOS SIGUIENTES PLANTEAMIENTOS PUEDEN TENER IMPORTANCIA A LA HORA DE TOMAR UNA DECISION PARA USAR ALCOHOL (Y DROGAS). QUISIERAMOS QUE CONOCIERA LA IMPORTANCIA QUE TIENE CADA PLANTEAMIENTO PARA USTED EN EL PRESENTE, EN LO QUE SE REFIERE A DECIDIR SI CONSUME ALCOHOL (Y DROGAS). POR FAVOR, CALIFIQUE EL NIVEL DE IMPORTANCIA PARA CADA UNO DE LOS PLANTEAMIENTOS BASANDOSE EN LOS 5 PUNTOS A CONTINUACION:

- 1 = Sin ninguna importancia**
- 2 = Ligeramente importante**
- 3 = Moderadamente importante**
- 4 = Muy importante**
- 5 = Extremadamente importante**

POR FAVOR LEA CADA UNO DE LOS PLANTEAMIENTOS Y CIRCULE EL NUMERO QUE APARECE A LA DERECHA PARA INDICAR COMO CALIFICA USTED EL NIVEL DE IMPORTANCIA EN LO QUE SE REFIERE A TOMAR UNA DECISION EN CUANTO A CONSUMIR ALCOHOL (O USAR DROGAS) EN LA ACTUALIDAD.

¿Cuán importante es esto para mí?	Importancia al tomar una decisión sobre el consumo de bebida (usar drogas):				
6.	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7. Mi consumo de bebida (uso de drogas) me causa problemas con los demás.	1	2	3	4	5
8. Me gustó más cuando estoy bebiendo (usando drogas).	1	2	3	4	5
9. Porque sigo bebiendo (usando drogas) alguna gente cree que me falta el valor para dejarlo.	1	2	3	4	5
10. Beber (usar drogas) me ayuda a lidiar con problemas.	1	2	3	4	5
11. Tener que mentir a los demás sobre mi consumo de bebida (uso de drogas) me molesta.	1	2	3	4	5
12. Alguna gente trata de evadirme cuando bebo (uso drogas).	1	2	3	4	5
13. Beber (usar drogas) me ayuda a divertirme y a socializar.	1	2	3	4	5
14. Beber (usar drogas) interfiere con mi funcionamiento en casa o/y en el trabajo.	1	2	3	4	5

¿Cuán importante es esto para mí?	Importancia al tomar una decisión sobre el consumo de bebida (usar drogas):				
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
6.					
15. Beber (usar drogas) me hace una persona más divertida.	1	2	3	4	5
16. Algunas de las personas más cercanas están decepcionadas conmigo por mi consumo de bebida (uso de drogas).	1	2	3	4	5
17. Beber (usar drogas) me ayuda a desinhibirme y a expresarme.	1	2	3	4	5
18. Parecería que me meto en problemas cuando bebo (uso drogas).	1	2	3	4	5
19. Podría herir a alguien accidentalmente debido a mi consumo de bebida (uso de drogas).	1	2	3	4	5
20. No beber (usar drogas) en una reunión social me haría sentir demasiado diferente.	1	2	3	4	5
21. Estoy perdiendo la confianza y el respeto de mis compañeros de trabajo y/o cónyuge debido a mi consumo de bebida (uso de drogas).	1	2	3	4	5
22. Mi consumo de bebida (uso de drogas) me ayuda a tener energía y mantenerme activo.	1	2	3	4	5
23. Estoy más seguro de mí mismo cuando estoy bebiendo (usando drogas).	1	2	3	4	5
24. Estoy dando un mal ejemplo a los demás con mi consumo de bebida (uso de drogas).	1	2	3	4	5
25. Sin alcohol (drogas ilegales), mi vida sería insípida y aburrida.	1	2	3	4	5
26. Parece que le gusto más a la gente cuando estoy bebiendo (usando drogas).	1	2	3	4	5

Puntuación:

Las ventajas de beber (usar drogas) son los ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 17, 19, 20.

Apéndice B

Las desventajas de beber (usar drogas) son los ítems: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 15, 18.

Para conseguir el número promedio de las ventajas confirmadas, sume el número total de puntos de los ítems y divídalos por 10.

$$\text{Ejemplo: Ventajas de beber (uso de drogas)} = \frac{\text{Suma de los ítems } (2+4+7+9+11+14+16+17+19+20)}{10}$$

Para conseguir el número promedio de las desventajas confirmadas, sume el número total de puntos de los ítems y divídalos por 10.

$$\text{Ejemplo: Desventajas de beber (uso de drogas)} = \frac{\text{Suma de los ítems } (1+3+5+6+8+10+12+13+15+18)}{10}$$

Cuestionario de Efectos del Alcohol

Este cuestionario consiste de una serie de planteamientos que describen los posibles efectos que siguen al uso de alcohol. Nos gustaría averiguar sus creencias actuales sobre el alcohol.

Por favor lea cada uno de los planteamientos y conteste de acuerdo a sus experiencias con una cantidad de alcohol alta (5 tragos o más por ocasión). Si usted cree que el alcohol tiene en usted siempre o algunas veces el efecto señalado, marque DE ACUERDO. Si usted cree que nunca tiene el efecto señalado, marque EN DESACUERDO.

Luego, en la columna extrema de la derecha, escriba el número que mejor corresponda a la fortaleza de su creencia, de acuerdo a la escala siguiente:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Creo Ligeramente									Creo Fuertemente

Por ejemplo, si usted cree fuertemente que el alcohol le hace más inteligente, deberá marcar DE ACUERDO y poner un "10" en la última columna.

Por favor, conteste todas las preguntas sin saltar ninguna.

Para una cantidad de alcohol ALTA (5 tragos o más por ocasión)

	De acuerdo	En desacuerdo	Creo fuertemente
1. Beber me hace sentir directo.	_____	_____	_____
2. El alcohol disminuye la tensión muscular en mi cuerpo.	_____	_____	_____
3. Beber me hace sentir menos tímido.	_____	_____	_____
4. El alcohol me permite dormir mejor y con más facilidad.	_____	_____	_____
5. Me siento poderoso cuando bebo, como si pudiera influir a los demás para que hagan lo que quiera.	_____	_____	_____

6. Estoy más torpe después de beber.	_____	_____	_____
7. Soy más romántico cuando bebo.	_____	_____	_____
8. Beber hace que vea el futuro más brillante.	_____	_____	_____
9. Si he consumido alcohol me resulta más fácil regañar a alguien.	_____	_____	_____
10. No puedo actuar con la misma rapidez cuando bebo.	_____	_____	_____
11. El alcohol puede ser un anestésico para mí; es decir, puede amortiguar el dolor.	_____	_____	_____
12. Con frecuencia me siento más sexy después de haber bebido.	_____	_____	_____
13. Beber me hace sentir bien.	_____	_____	_____
14. El alcohol me hace actuar negligentemente.	_____	_____	_____
15. El alcohol tiene para mí un sabor agradable, purificante y cosquilleante.	_____	_____	_____
16. Beber aumenta mi agresividad.	_____	_____	_____
17. El alcohol me parece magia.	_____	_____	_____
18. El alcohol hace que me resulte difícil concentrarme.	_____	_____	_____
19. Después de beber, soy un mejor amante.	_____	_____	_____
20. Cuando estoy bebiendo, me es más fácil abrirme y expresar mis sentimientos.	_____	_____	_____
21. Beber añade para mí cierta calidez a las ocasiones sociales.	_____	_____	_____
22. Si me siento reprimido en alguna forma, beber me hace sentir mejor.	_____	_____	_____
23. No puedo pensar con la misma rapidez cuando bebo.	_____	_____	_____
24. Tomar tragos es para mí una forma agradable para celebrar ocasiones especiales.	_____	_____	_____
25. El alcohol hace que me preocupe menos.	_____	_____	_____
26. Beber me hace inútil.	_____	_____	_____
27. Beber es placentero porque disfruto reunirme con gente que se lo está pasando bien.	_____	_____	_____
28. Después de beber, respondo mejor sexualmente.	_____	_____	_____
29. Me siento más coordinado después de beber.	_____	_____	_____
30. Es más probable que diga cosas vergonzosas después de beber.	_____	_____	_____
31. Disfruto más tener sexo cuando he consumido alcohol.	_____	_____	_____
32. Es más probable que me meta en alguna discusión si he bebido.	_____	_____	_____
33. El alcohol hace que me preocupe menos por hacer las cosas bien.	_____	_____	_____
34. El alcohol me ayuda a dormir mejor.	_____	_____	_____

Apéndice B

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| 35. Beber me da más confianza en mí mismo. | _____ | _____ | _____ |
| 36. El alcohol me hace más irresponsable. | _____ | _____ | _____ |
| 37. Después de beber me resulta más fácil
buscar pelea. | _____ | _____ | _____ |
| 38. El alcohol me facilita hablar con la gente. | _____ | _____ | _____ |
| 39. Si consumo alcohol me resulta más fácil
expresar mis sentimientos. | _____ | _____ | _____ |
| 40. El alcohol me hace más interesante. | _____ | _____ | _____ |

Cuestionario de Expectativa sobre el Alcohol – III (Adultos)

Las páginas siguientes contienen planteamientos acerca de los efectos del alcohol. Lea cuidadosamente cada uno de los planteamientos y responda de acuerdo a sus pensamientos, sentimientos y creencias personales acerca del alcohol en este momento. Estamos interesados en lo que piensa acerca del alcohol, independientemente de lo que otra gente pueda pensar.

Si usted cree que el planteamiento es cierto, o en su mayor parte cierto, o cierto en algún momento, entonces marque (X) “De acuerdo” en la hoja de respuestas. Si usted cree que el planteamiento es falso, o en su mayor parte falso, entonces marque (X) “En desacuerdo” en la hoja de respuestas. Cuando los planteamientos se refieran al consumo de alcohol usted puede pensar en términos de consumir cualquier bebida alcohólica, como la cerveza, vino, whiskey, licor, ron, scotch, vodka, ginebra o distintos tragos preparados. Haya tenido o no experiencias recientes con la bebida, tiene que responder en lo que se refiere a sus creencias acerca del alcohol. Es importante que responda a todas las preguntas.

POR FAVOR SEA HONESTO. RECUERDE, SUS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES.

RESPONDA A ESTOS ITEMS DE ACUERDO A LO QUE CREE PERSONALMENTE QUE ES CIERTO EN LO QUE SE REFIERE AL ALCOHOL.

(Marque con una “X” de acuerdo a sus creencias)

	De acuerdo	En desacuerdo
El alcohol puede transformar mi personalidad.	_____	_____
Beber me ayuda a sentirme en la forma en que me quiera sentir.	_____	_____
Cierto alcohol tiene un sabor agradable, purificante y cosquilleante.	_____	_____
El alcohol me hace sentir feliz.	_____	_____
Beber añade cierta calidez a las reuniones sociales.	_____	_____
Las bebidas dulces mezcladas saben bien.	_____	_____
Cuando estoy bebiendo, me resulta más fácil abrirme y expresar mis sentimientos.	_____	_____
El tiempo pasa rápidamente cuando estoy bebiendo.	_____	_____
Cuando las mujeres beben, se relajan más sexualmente.	_____	_____
Beber me hace sentir directo.	_____	_____
Me siento poderoso cuando bebo, como si pudiera influir a los demás para que hagan lo que quiera.	_____	_____
Beber aumenta la agresividad masculina.	_____	_____

RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE CREA PERSONALMENTE AHORA

	De acuerdo	En desacuerdo
El alcohol deja que mis fantasías fluyan más fácilmente.	_____	_____
Beber me da más confianza en mí mismo.	_____	_____
Beber me hace sentir bien.	_____	_____
Me siento más creativo después de haber estado bebiendo.	_____	_____

RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE CREA PERSONALMENTE AHORA

	De acuerdo	En desacuerdo
Darse unos cuantos tragos es una forma agradable de celebrar ocasiones especiales.	_____	_____
Puedo discutir o argumentar un punto con más firmeza después de haberme dado unos cuantos tragos.	_____	_____
Cuando estoy bebiendo, me siento libre para ser yo mismo y hacer lo que quiera.	_____	_____
Beber me facilita concentrarme en los buenos sentimientos que tenga en ese momento.	_____	_____
El alcohol me permite ser más asertivo.	_____	_____
Cuando tengo una “nota” por haber bebido, todo parece estar mejor.	_____	_____
Un trago o dos hace surgir en mí la parte humorística.	_____	_____
Si estoy nervioso en cuanto a tener sexo, el alcohol me hace sentir mejor.	_____	_____
Beber alivia el aburrimiento.	_____	_____
Pienso que conversar con miembros del sexo opuesto me resulta más fácil después de unos cuantos tragos.	_____	_____
Después de unos cuantos tragos, me siento desinhibido sexualmente.	_____	_____
Beber es placentero porque disfruto reunirme con gente que se lo está pasando bien.	_____	_____
Me gusta el sabor de algunas bebidas alcohólicas.	_____	_____
Si me siento reprimido en alguna forma, unos cuantos tragos me hacen sentir mejor.	_____	_____
Los hombres son más amistosos cuando beben.	_____	_____
Me resulta más fácil conocer gente nueva si he estado bebiendo.	_____	_____
Después de beber me resulta más fácil buscar pelea.	_____	_____
El alcohol puede eliminar sentimientos de inferioridad.	_____	_____
El alcohol hace a las mujeres más sensuales.	_____	_____
Si me he dado un par de tragos, me resulta más fácil expresar mis sentimientos.	_____	_____
Me afectan menos los padecimientos físicos después de unos cuantos tragos.	_____	_____
El alcohol hace que necesite menos atención por parte de los demás de la que suelo necesitar.	_____	_____
El alcohol me hace más franco o testarudo.	_____	_____
Después de unos cuantos tragos, me siento más confiado en mí mismo.	_____	_____
Después de unos cuantos tragos, no me preocupo tanto por lo que otra gente pueda pensar de mí.	_____	_____
Cuando estoy bebiendo, no me considero totalmente responsable por mi comportamiento.	_____	_____
El alcohol me permite pasármelo mejor en las fiestas.	_____	_____
Todo lo que exige un estilo relajado se puede proporcionar con el consumo de alcohol.	_____	_____
Beber hace que vea el futuro más brillante.	_____	_____

RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE CREA PERSONALMENTE AHORA

	De acuerdo	En desacuerdo
No estoy tenso cuando bebo.	_____	_____
A menudo me siento más sensual cuando me he dado un par de tragos.	_____	_____
Darme un par de tragos me ayuda a relajarme en una situación social.	_____	_____
Bebo cuando me siento enfadado.	_____	_____
Beber solo o con otra persona hace que me sienta calmado y sereno.	_____	_____
Después de unos cuantos tragos, me siento más valiente y más capaz de pelear.	_____	_____
Beber puede hacer que me sienta más satisfecho conmigo mismo.	_____	_____
Hay más camaradería en un grupo de gente que ha estado bebiendo.	_____	_____
Mis sentimientos de aislamiento y enajenación disminuyen cuando bebo.	_____	_____
Unos cuantos tragos me hacen sentir en contacto con lo que está pasando a mi alrededor.	_____	_____
El alcohol me hace más tolerante hacia las personas que no me gustan.	_____	_____
El alcohol me ayuda a dormir mejor.	_____	_____
Beber aumenta la agresividad masculina.	_____	_____
Soy mejor amante después de unos cuantos tragos.	_____	_____
Las mujeres hablan más después de haberse dado unos cuantos tragos.	_____	_____
El alcohol disminuye la tensión muscular.	_____	_____
El alcohol hace que me preocupe menos.	_____	_____
Unos cuantos tragos facilita hablar con la gente.	_____	_____
Después de unos cuantos tragos, estoy de mejor humor.	_____	_____
El alcohol parece magia.	_____	_____
Las mujeres pueden tener orgasmos con mayor facilidad si han estado bebiendo.	_____	_____
A veces, beber es como un permiso para olvidarse de los problemas.	_____	_____
Beber me ayuda a salir de un ánimo depresivo.	_____	_____
Después de haberme dado un par de tragos, me siento que soy una persona más amorosa y protectora.	_____	_____
El alcohol disminuye mis sentimientos de culpa por no estar trabajando.	_____	_____
Me siento más coordinado después de beber.	_____	_____
El alcohol hace que me sienta más interesante.	_____	_____
Unos cuantos tragos me hacen sentir menos tímido.	_____	_____
Si estoy tenso o ansioso, darme unos cuantos tragos me hace sentir mejor.	_____	_____
El alcohol me permite quedarme dormido más rápidamente.	_____	_____

RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE CREA PERSONALMENTE AHORA

	De acuerdo	En desacuerdo
Si me siento asustado, el alcohol disminuye mis miedos.	_____	_____
Un par de tragos me hace sentir más incitante o excitado físicamente.	_____	_____
El alcohol puede actuar como un anestésico; es decir, puede reducir el dolor.	_____	_____
Me disfruto más el sexo cuando bebo.	_____	_____
Soy más romántico cuando bebo.	_____	_____
Me siento más masculino / femenino después de unos cuantos tragos.	_____	_____
Cuando me siento antisocial, beber me hace más gregario.	_____	_____
El alcohol me hace sentir mejor físicamente.	_____	_____
Algunas veces cuando bebo solo o con otra persona es más fácil sentirse íntimo y romántico.	_____	_____
Me siento una persona más despreocupada cuando bebo.	_____	_____
Beber hace las reuniones entre amigos más divertidas.	_____	_____
El alcohol facilita olvidar los malos sentimientos.	_____	_____
Después de unos cuantos tragos respondo mejor sexualmente.	_____	_____
Si tengo frío, darme unos tragos me da una sensación de calor.	_____	_____
Es más fácil controlar mis sentimientos después de haberme dado unos tragos.	_____	_____
Me siento lujurioso cuando bebo.	_____	_____
Un par de tragos me hacen sentir más comunicativo.	_____	_____
Un trago o dos me puede hacer más espabilado.	_____	_____
El alcohol disminuye mis hostilidades.	_____	_____
El alcohol me hace sentir más cercano a la gente.	_____	_____
Tiendo a ser menos auto-crítico cuando he bebido algo de alcohol.	_____	_____
Pienso que conversar con miembros del sexo opuesto me resulta más fácil después de unos cuantos tragos.	_____	_____
Beber me hace sentir directo.	_____	_____
Es más fácil recordar bromas o chistes cuando he estado bebiendo.	_____	_____
Después de unos cuantos tragos, me siento menos sumiso ante los que tienen posiciones de autoridad.	_____	_____
El alcohol me hace más hablador.	_____	_____
Soy más romántico cuando bebo.	_____	_____
Los hombres pueden tener orgasmos con mayor facilidad si han estado bebiendo.	_____	_____
Un trago o dos suele ser refrescante después de una actividad física extenuante.	_____	_____
El alcohol me permite pasármelo mejor en las fiestas.	_____	_____
Puedo ser más persuasivo si me he dado unos cuantos tragos.	_____	_____

RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE CREA PERSONALMENTE AHORA

	De acuerdo	En desacuerdo
Beber hace que la gente se sienta más cómoda en situaciones sociales.	_____	_____
El alcohol me ayuda a dormir mejor.	_____	_____
Después de un trago, los dolores musculares y malestares no duelen tanto.	_____	_____
Las mujeres son más amistosas después de haberse dado unos tragos.	_____	_____
El alcohol hace que me preocupe menos.	_____	_____
El alcohol me facilita actuar impulsivamente o tomar decisiones rápidamente.	_____	_____
El alcohol me hace sentir menos tímido.	_____	_____
El alcohol me hace más tolerante hacia las personas que no me gustan.	_____	_____
El alcohol hace que necesite menos atención por parte de los demás de la que suelo necesitar.	_____	_____
Un trago o dos me pueden volver más lento, así que no me siento con prisa o presionado por el tiempo.	_____	_____
Me siento más sexual después de unos cuantos tragos.	_____	_____
El alcohol me hace sentir mejor físicamente.	_____	_____
Tener un trago en la mano puede hacerme sentir seguro en una situación social difícil.	_____	_____
Las cosas parecen más graciosas cuando he estado bebiendo, o al menos me río más.	_____	_____

Prueba de Identificación de Trastornos por Abuso de Alcohol (Audit – por sus siglas en inglés *Alcohol Use Disorders Identification Test*)

Por favor, conteste a cada una de las preguntas marcando uno de los círculos en la segunda columna.

P1	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Mensualmente o menos <input type="radio"/> 2-4 veces al mes <input type="radio"/> 2-3 veces a la semana <input type="radio"/> 4 ó + a la semana	¿Con qué frecuencia consume un trago con alcohol?
P2	<input type="radio"/> 1 ó 2 <input type="radio"/> 3 ó 4 <input type="radio"/> 5 ó 6 <input type="radio"/> 7 ó 9 <input type="radio"/> 10 ó más	¿Cuántos tragos con alcohol se bebe usted en un día típico de consumo de alcohol?
P3	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Al día o casi al día	¿Con que frecuencia se bebe de seis a más tragos por ocasión?
P4	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Al día o casi al día	¿Con que frecuencia durante el último año ha sido incapaz de dejar de beber una vez ha empezado?
P5	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Al día o casi al día	¿Con que frecuencia durante el último año ha fallado en hacer lo que se espera de usted por haber estado bebiendo?

P6	? Nunca ? Menos de una vez al mes ? Mensualmente ? Semanalmente ? Al día o casi al día	¿Con que frecuencia durante el último año ha necesitado un primer trago por la mañana para poderse mantener activo después de una sesión de beber copiosamente?
P7	? Nunca ? Menos de una vez al mes ? Mensualmente ? Semanalmente ? Al día o casi al día	¿Con que frecuencia durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimientos por su consumo de bebida?
P8	? Nunca ? Menos de una vez al mes ? Mensualmente ? Semanalmente ? Al día o casi al día	¿Con que frecuencia durante el último año no ha sido capaz de recordar lo que ha pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?
P9	? No ? Sí, pero no el último año ? Si, en el último año	¿Usted o alguien han resultado heridos como resultado de su consumo de bebida?
P10	? No ? Sí, pero no el último año ? Sí, en el último año	¿Algún pariente, amigo, doctor u otro trabajador de la salud ha estado preocupado por su consumo de bebida o le ha sugerido que lo reduzca?

Su puntuación en el “AUDIT” es _____.

Una puntuación de **ocho puntos o menos** no se considera alcohólica, mientras que nueve puntos y por encima indica alcoholismo.

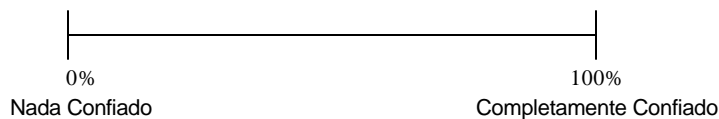
Su puntuación de _____ no indica un problema de alcoholismo.

Breve Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (BSCQ – por sus siglas en inglés *Brief Situational Confidence Questionnaire*)

Nombre: _____ Fecha: _____

A continuación aparecen ocho clases de situaciones en las que algunas personas experimentan un problema de alcohol o drogas. Imagínese que se encuentra justo ahora en cada una de las clases de situaciones a continuación. Indique en la escala que se proporciona cuán confiado se siente que será capaz de resistir beber copiosamente o resistir el impulso de usar la droga principal en cada una de las situaciones, poniendo una “X” a lo largo de la línea, desde 0% “Nada confiado”, hasta 100% “Totalmente confiado” como en el ejemplo que aparece a continuación.

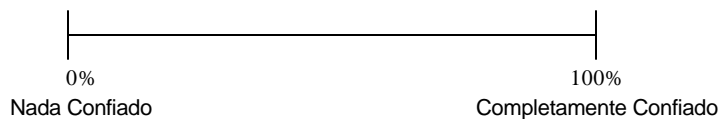
Me siento...



En este momento sería capaz de resistir el impulso de beber copiosamente o usar mi droga principal en situaciones que impliquen...

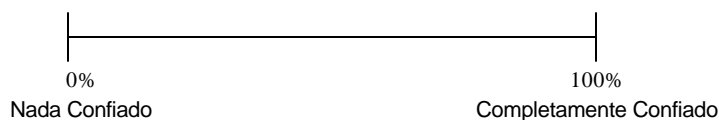
1. **EMOCIONES DESAGRADABLES** (por ej., Si me siento deprimido por cosas en general; si todo parece estarme saliendo mal).

Me siento...



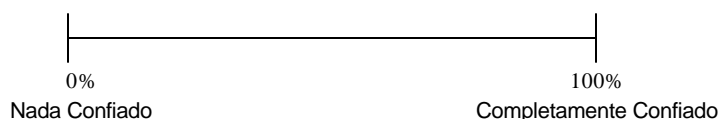
2. **MALESTAR FISICO** (por ej., Si estuviera teniendo problemas para dormir; si me sintiera nervioso y tenso físicamente)

Me siento...



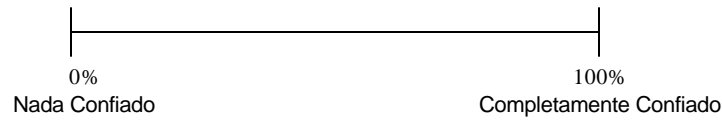
3. **EMOCIONES AGRADABLES** (por ej., Si algo bueno estuviera pasando y me sintiera con ganas de celebrarlo; si todo estuviera saliendo bien).

Me siento...



4. **PONIENDO A PRUEBA MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O USO DE DROGAS** (por ej., Si comenzara a pensar que el alcohol o las drogas no son un problema para mí; si me sintiera confiado de que puedo manejar las drogas o varios tragos).

Me siento...



5. **IMPULSOS Y TENTACIONES** (por ej., Si de pronto sintiera el impulso de beber o usar drogas; si estuviera en una situación en la que hubiese usado drogas o bebido copiosamente).

Me siento...



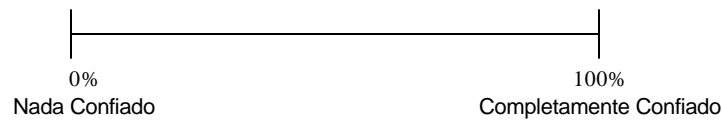
6. **CONFLICTO CON LOS DEMAS** (por ej., Si hubiese tenido una discusión con un amigo; si no me estuviera llevando bien con los demás en el trabajo).

Me siento...



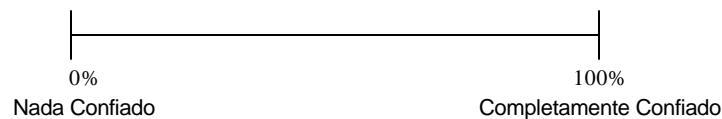
7. **PRESION SOCIAL PARA CONSUMIR** (por ej., Si alguien me presionase para ser “bien alegre” y beber o usar drogas con él; si se me invitara a casa de alguien y me ofrecieran un trago o drogas).

Me siento...



8. **MOMENTOS AGRADABLES CON LOS DEMAS** (por ej., Si quisiera celebrar con un amigo; si me lo estuviera pasando bien en una fiesta y quisiera sentirme inclusive mejor).

Me siento...



Informe sobre la Retroalimentación Personal

Lugar: _____

Nombre: _____ ID: _____

SU BEBIDA

Cantidad de “tragos” estándar a la semana: _____ **bebidas**

Su consumo con relación a adultos americanos
(mismo sexo) _____ **porcentaje**

NIVEL DE INTOXICACION Concentraciones
estimadas de Nivel de Alcohol en la Sangre
(BAC):

en una semana típica _____ **% mg**

en un día de consumo más fuerte _____ **% mg**

FACTORES DE RIESGO

Nivel de tolerancia:

___Bajo (0-60) ___Mediano (61-120) ___Alto (121-180) ___Muy alto (181+)

Otros Riesgos de Drogas:

___Bajo ___Mediano ___Alto

Riesgo Familiar: _____

Bajo: 0-1 Mediano: 2-3 Alto: 4-6 Muy alto: 7+

Puntuación McAndrew: _____

Escala Normal: 0-13 Riesgo Mediano: 24-29 Riesgo Alto: 30 +

Edad de comienzo: _____

Menos de 25 - Alto Riesgo 25-39 - Riesgo Mediano 40 + - Riesgo Bajo

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

Severidad de los Problemas

	Baja	Mediana	Alta	Muy Alta
“AUDIT”	0-7	8-15	16-25	26-40

Su Puntuación: _____

	Baja	Mediana	Alta	Muy Alta
“DRINC”: Nunca pasó	55-60	61-75	76-90	91 +

Su Puntuación: _____

(Información adicional en la página adjunta.)

PRUEBAS DE SANGRE

“SGOT” (AST):

_____ Escala normal: 5-35

“GGTP” (GGT):

_____ Escala normal: 0-30 Baja Normal
31-50 Alta Normal
51 + Elevada / Anormal

“SGPT” (ALT):

_____ Escala normal: 7-56

Ácido úrico:

_____ Escala normal: 2.6-5.6

Bilirrubina:

_____ Escala normal: 0.2-1.2

6. PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS

	Muy por encima del promedio	Por encima del promedio	Promedio	Por debajo del promedio	Muy por debajo del promedio
SV	1	2	3	4	5
TMTA	1	2	3	4	5
TMTB	1	2	3	4	5
SYDM	1	2	3	4	5
SHVA	1	2	3	4	5

Terapeuta: _____

Retroalimentación

Entendiendo su Informe de

Personal

El Informe de Retroalimentación Personal resume los resultados de su evaluación pretratamiento. Su terapeuta le ha explicado esto. Esta información es para ayudarle a entender el informe escrito que recibió y recordar lo que el terapeuta le dijo.

Su informe consta de dos páginas. La primera hoja proporciona información de sus entrevistas pretratamientos. Junto a ésta hay una segunda página que resume sus respuestas a un cuestionario, el Inventario de Uso de Alcohol. La información siguiente se presenta sección por sección para ayudarle a entender lo que significan los resultados.

1. *Su consumo de bebida*

La primera línea en esta sección muestra el número de tragos que usted informó que tomaba en una semana típica. Debido a que las diferentes bebidas alcohólicas varían en intensidad, hemos convertido un patrón regular de consumo en unidades de “un trago” estándar. En este sistema, un trago es igual a

10 onzas de cerveza	(5 por ciento de alcohol) o
4 onzas de vino de mesa	(12 por ciento de alcohol) o
2.5 onzas de vino fortificado (jerez, oporto, etc.)	(20 por ciento de alcohol) o
1.25 onzas de licor 80 grados prueba	(40 por ciento de alcohol) o
1 onza de licor 100 grados prueba	(50 por ciento de alcohol)

Todas estas bebidas contienen la misma cantidad de la misma clase alcohol: una de alcohol etílico puro.

UNA BEBIDA ESTANDAR ES:

Cerveza	10 oz.
Vino	4 oz.
Licor 80 grados prueba	1¼ oz.
Licor 100 grados prueba	1 oz.

La primera parte de la información, por tanto, le informa de cuántos tragos estándar ha estado consumiendo por semana de consumo, de acuerdo a lo que informó en su entrevista. (Si no ha estado bebiendo durante un período de tiempo recientemente, esto se refiere a su patrón de consumo antes de que dejase de beber).

Para darle una idea de cómo compara esto con el consumo de bebida de los adultos norteamericanos en general, el segundo número en la sección 1 es una cifra *percentil*. Esto le deja saber qué porcentaje masculino (si usted es un hombre) o de mujeres (si usted es una mujer) bebe *menos* de lo que usted informó consumir en una semana típica al beber. Si este número fuera 60, por ejemplo, significaría que usted bebe por encima del 60 por ciento de los norteamericanos / as de su sexo (o que 40 por ciento bebe tanto como usted informó, o más).

¿Cuánto es esto? Depende de muchos factores. La investigación reciente indica que la gente que consume un promedio de *tres* tragos estándar o más al día, tiene un riesgo mucho mayor de tener problemas sociales o de salud. Para algunas personas, sin embargo, inclusive 1-2 tragos al día sería demasiado. A las mujeres embarazadas, por ejemplo, se les recomienda que se abstengan totalmente de consumir alcohol, pues inclusive cantidades pequeñas consumidas regularmente ha demostrado aumentar los riesgos de salud del bebé por nacer. Ciertos problemas de salud (como las enfermedades del hígado) hacen inseguro el consumo, inclusive el moderado. Alguna gente se siente incapaz de beber moderadamente, e inclusive consumir uno o dos tragos los lleva a la intoxicación.

Su consumo total de tragos a la semana sólo cuenta parte de la historia. *No* es saludable, por ejemplo, tomarse 12 tragos a la semana guardándolos para los sábados. Ni es seguro tomarse un par de tragos y después conducir. Esto hace surgir la pregunta importante acerca del nivel de intoxicación.

2. *Nivel de Intoxicación*

Una Segunda forma de mirar su consumo de bebida en el pasado, es preguntar qué nivel de intoxicación ha alcanzado. Es posible calcular la cantidad de alcohol que circularía en su corriente sanguínea, basándose en el patrón del consumo informado. La concentración de alcohol en la sangre (BAC, por sus siglas en inglés), es un indicador importante de hasta qué punto podría el alcohol estarle afectando su cuerpo y comportamiento. Por ejemplo, la

policía y las cortes lo usan para determinar si el conductor estaba demasiado incapacitado para operar un vehículo de motor.

Para entender mejor lo qué significa el BAC, considere la lista de efectos comunes de los diferentes niveles de intoxicación.

EFFECTOS COMUNES DE LOS DIFERENTES NIVELES DE INTOXICACIÓN	
20-60 mgs. %	Esta no es una escala de consumo social “normal”. NOTA: Guiar, inclusive con estos niveles, no es seguro.
80 mgs. %	La memoria, el juicio y la percepción se deterioran. Legalmente intoxicado en algunos estados.
100 mgs. %	El tiempo que toma reaccionar y coordinación de movimiento se afectan. Legalmente intoxicado en algunos estados.
150 mgs. %	Vomitarse puede ser normal para algunos bebedores; el balance se ve afectado con frecuencia.
200 mgs. %	Puede haber pérdida de memoria, lo que provoca no recordar sucesos mientras se estaba intoxicado.
300 mgs. %.	Inconciencia en una persona normal, a pesar de que algunos permanecen conscientes bajo niveles que sobrepasan los 600 mgs. % si la tolerancia es muy alta
400-500 mgs. %	Una dosis fatal para una persona normal, a pesar de que algunos sobreviven niveles más altos si la tolerancia es muy alta.

Las dos figuras que se enseñan en la sección 2 son estimados calculados por computadora de su nivel BAC más alto (cumbre), durante una semana típica de consumo de bebida y durante uno de sus días de consumo más copioso.

Es importante entender que no se conoce un nivel “seguro” de intoxicación al guiar o llevar a cabo otras actividades potencialmente peligrosas (como nadar, conducir un bote, cazar, y operar herramientas o maquinaria). Los niveles de alcohol en la sangre tan bajos como 40-60 mgs. % pueden reducir habilidades cruciales. Además del peligro en sí, los bebedores generalmente *no entienden* que sus capacidades están deterioradas. El único nivel BAC seguro al guiar es *zero*. Si usted tiene que conducir mientras está bebiendo, planifique para que pase suficiente tiempo como para que el alcohol se elimine de su cuerpo antes de conducir. Las tablas a continuación pueden ser útiles para determinar cuánto tiempo toma eliminar el alcohol completamente:

HORAS APROXIMADAS DESDE EL PRIMER TRAGO HASTA QUE LOS NIVELES DE CONCENTRACIÓN LLEGAN A CERO EN LOS HOMBRES								
Número de Tragos	Su peso en libras							
	120	140	160	180	200	220	240	260
1	2	2	2	1.5	1	1	1	1
2	4	3.5	3	3	2.5	2	2	2
3	6	5	4.5	4	3.5	3.5	3	3
4	8	7	6	5.5	5	4.5	4	3.5
5	10	8.5	7.5	6.5	6	5.5	5	4.5
Un trago + 10 ozs. de cerveza ó 4 ozs. de vino de licor (100 grados prueba)								

HORAS APROXIMADAS DESDE EL PRIMER TRAGO HASTA QUE LOS NIVELES DE CONCENTRACIÓN LLEGAN A CERO EN LAS MUJERES								
Número de Tragos	Su peso en libras							
	120	140	160	180	200	220	240	260
1	3	2.5	2	2	2	1.5	1.5	1
2	6	5	4	4	3.5	3	3	2.5
3	9	7.5	6.5	5.5	5	4.5	4	4
4	12	9.5	8.5	7.5	6.5	6	5.5	5
5	15	12	10.5	9.5	8	7.5	7	6

Un trago + 10 ozs. de cerveza ó 4 ozs. de vino de licor (100 grados prueba)

3. Factores de Riesgo

Está claro que alguna gente tiene un riesgo más alto de problemas de alcohol u otras drogas. Esta sección le proporciona cierta información acerca de su propio nivel de riesgo, basado en sus características personales. El “alto riesgo” no significa que uno tendrá definitivamente problemas serios con el alcohol u otras drogas. Ni tampoco “bajo riesgo” significa que no tendrá ninguna clase de problemas. Sin embargo la gente con alto riesgo, tiene más posibilidades de desarrollar problemas serios.

Tolerancia

Sus puntos culminantes de niveles BAC, que se dan en la sección 2, son un reflejo razonablemente bueno de su nivel de *tolerancia* al alcohol. Si está buscando los niveles BAC por encima de la escala de consumo normal de bebida socialmente (especialmente si usted no está experimentando algunos de los efectos normales de los BACs inferiores), significa que usted tiene un nivel de tolerancia superior para el alcohol. Esto es en parte hereditario y en parte el resultado de los cambios en el cuerpo, los cuales suceden al consumir altas cantidades de alcohol. Alguna gente se siente orgullosa de esta tolerancia – la habilidad de “resistir alcohol” – y cree que significa que no les está haciendo daño. En realidad, es cierto lo contrario. La tolerancia del alcohol puede ser un *factor de riesgo* serio para los problemas de alcohol. La persona con una tolerancia alta hacia el alcohol alcanza altos niveles de BAC, los cuales pueden dañar el cerebro y otros órganos del cuerpo, pero no tienen una *advertencia desarrollada* de lo que está pasando. La tolerancia no es una protección contra perjudicarse con el alcohol; al contrario, hace el daño aún más posible debido a la confianza falsa que estimula. Es algo así como si una persona no experimentase ninguna sensación de dolor. El dolor es una señal de advertencia importante. La gente que no siente dolor puede lastimarse seriamente sin darse cuenta. Es lo mismo con gente que tiene una alta tolerancia hacia el alcohol.

Mucha gente cree que la tolerancia (“aguantar alcohol”) significa que una persona se deshace del alcohol con más rapidez que otra. A pesar de que mucha gente difiere en qué tan rápidamente los cuerpos pueden deshacerse del alcohol, con lo que realmente tiene más que ver es con *tener* un alto nivel de alcohol en la sangre y no sentirlo.

Uso de otras drogas

Una persona que usa otras drogas además de alcohol se juega otros riesgos adicionales. Disminuir el uso de una droga, puede simplemente significar el aumento en el uso de otra. Los efectos de las distintas drogas se pueden multiplicar cuando se toman juntas, con resultados peligrosos. Una tolerancia hacia una droga puede aumentar la tolerancia de otra, y es común para los usuarios de varias drogas volverse adictos a varias. El uso de otras drogas, entonces, aumenta su riesgo de problemas serios de salud. Basándose en el uso de drogas durante su vida según usted lo informó durante su entrevista, su riesgo en este aspecto se juzgará bajo, mediano o alto.

Riesgo familiar

La gente que tiene un historial familiar de alcohol u otros problemas de drogas entre sus parientes sanguíneos, claramente tienen un alto riesgo de por sí. La razón exacta para este riesgo elevado se desconoce, pero parece que el riesgo se hereda en cierta medida. La gente puede heredar una tolerancia elevada hacia el alcohol o un cuerpo que es particularmente sensible hacia el alcohol en ciertos aspectos. De cualquier forma, una historia familiar de problemas de alcohol aumenta el riesgo personal.

Patrón de personalidad

A pesar de que no hay un estilo particular de personalidad que se asocie con problemas de alcohol y drogas, ciertos patrones se vinculan con un riesgo elevado. Un cuestionario que usted llenó – la Escala MacAndrew – mide particularmente esta clase de riesgo. Se ha encontrado que la gente con una puntuación alta en esta escala, como los adolescentes, por ejemplo, tienen un riesgo mayor de desarrollar serios problemas con el alcohol durante la adultez.

Edad de inicio

Las investigaciones recientes demuestran que cuanto más joven sea la persona joven que comienza a experimentar problemas de bebida, mayor será el riesgo personal de desarrollar serias consecuencias y dependencia. A pesar de que los problemas serios pueden ocurrir en cualquier momento en la vida, un inicio temprano representa un factor de riesgo significativo.

4. Consecuencias negativas

Por su entrevista pretratamiento, se calcularon dos puntuaciones para reflejar la severidad general actual de las consecuencias negativas del consumo de bebida.

“AUDIT”

El “AUDIT” es una escala diseñada para la Organización Mundial de Salud para evaluar la involucración problemática de una persona con el alcohol. Las puntuaciones altas reflejan problemas recientes relacionados con el consumo de bebida.

“DRINC”

Otra forma de observar los riesgos y efectos del consumo de bebida es añadirle los efectos negativos del alcohol a lo largo de la trayectoria de vida de uno. Su puntuación en esta escala refleja hasta qué punto el consumo de bebida ha tenido efectos negativos en el curso de su vida hasta ahora. Cuanto más alta la puntuación, mayor será el daño debido a su consumo.

5. Pruebas de sangre

Su evaluación de pretratamiento también incluye una muestra de sangre. Estas pruebas de sangre en particular, se escogieron puesto que han demostrado en investigaciones previas que se afectan negativamente por el consumo excesivo de bebida. Usted debe entender que los resultados normales en estos exámenes no garantizan que usted tenga una buena salud (por ejemplo, que su hígado esté funcionando normalmente). Una puntuación anormal en uno o más de estos exámenes, sin embargo, probablemente refleja cambios no saludables en su cuerpo como resultado del uso de alcohol y/u otras drogas.

La investigación indica que las puntuaciones modestamente anormales basadas en las pruebas de sangre que se informan aquí, a menudo demostrarán mejoría y un regreso a una escala normal cuando el consumo de bebida dañino y otros patrones de uso se cambian. Sin embargo, cuanto más siga bebiendo, más difícil será revertir el daño fisiológico.

Las pruebas se relacionan directamente con cómo está funcionando el hígado. Su hígado es extremadamente importante para su salud. Participa en la producción de energía, y filtra y neutraliza las impurezas y venenos en nuestra corriente sanguínea. El alcohol daña el hígado, y después de un período largo de consumo, partes del hígado comienzan a morir. Este es el proceso de la cirrosis, pero los cambios físicos en el hígado pueden ser provocados por beber mucho antes de que aparezca la cirrosis. Una vez el hígado comienza a estropearse, comienza a gotear enzimas a la sangre y es menos eficiente al hacer su trabajo. Esto se puede reflejar en valores elevados anormalmente en las pruebas que se informan en esta sección.

Los valores elevados en cualquiera de estos exámenes se deben tomar seriamente. No ocurren por casualidad y es muy probable que se relacionen con los cambios físicos provocados por beber en exceso. Consulte a un médico que conozca acerca de los efectos del alcohol en el cuerpo.

6. Pruebas neuropsicológicas

Algunos de los efectos dañinos tempranos de la bebida, podrían verse en ciertas habilidades que se ven afectadas por el alcohol. Se ha demostrado que ciertos patrones de impedimento cerebral están especialmente relacionados con el consumo excesivo de bebida. El cerebro es muy vulnerable al alcohol, y durante un período de tiempo prolongado, puede haber un daño sustancial para un bebedor que consume copiosamente. (El impedimento cerebral también se ha demostrado al usar ciertas drogas).

Esa clase de daño ocurre gradualmente. En las etapas tardías, se puede ver por medio de rayos-x en el cerebro, los cuales muestran la disminución y otros cambios en forma y densidad. Sin embargo, antes de que esto ocurra, los cambios dañinos en el funcionamiento del cerebro se pueden medir por pruebas psicológicas, varias de las cuales usted ya ha completado. La investigación indica que esos efectos negativos se pueden revertir, algunas veces completamente, si el individuo deja de beber o reduce el consumo.

Las cuatro pruebas que se incluyen en la sección 6, han demostrado estar relacionadas con el consumo excesivo de bebida. Para propósitos de comparación, incluimos una prueba (SV) que no se afecta usualmente por el consumo de bebida para darle una idea de dónde se podría esperar que cayeran sus puntuaciones normalmente. La gente que consume en exceso tiene la tendencia a una puntuación más pobre (más elevada) en las cuatro pruebas a la sensibilidad del alcohol (TMTA, TMTB, SYDM, y SHVA) que en la SV.

Una puntuación alta sobre una escala, no es una razón para preocuparse necesariamente. Hay muchas razones por las que una simple puntuación se puede elevar. Sin embargo, un patrón de puntuaciones *elevadas*, se parece a las clases de problemas que surgen entre los que beben en exceso. Los estudios de individuos que están actualmente bajo tratamiento por problemas relacionados con el alcohol, demuestran consistentemente impedimento al usar estas medidas.

Los efectos del alcohol en el cerebro se han descrito a veces como un “envejecimiento prematuro”. Los cambios anormales en el cerebro de una persona que bebe copiosamente, se parecen a los cambios normales que ocurren en edad avanzada. Por esta razón, sus puntuaciones recopiladas anteriormente toman en cuenta su edad actual. Las puntuaciones de 4 ó 5 representan un desempeño por debajo del promedio con relación a otras personas de su misma edad.

Resumen

Su Informe sobre la Retroalimentación Personal resume una gran cantidad de información que usted proporcionó durante sus entrevistas de pretratamiento. Algunas veces esta información puede parecer sorprendente o inclusive descorazonadora. La mejor forma de usar esta clase de retroalimentación es considerarla mientras decide, quizás, qué hacer acerca de su consumo de bebida. Muchas de las clases de problemas que se cubren en su Informe sobre la Retroalimentación Personal, no mejoran cuando se deja de beber. Lo que haga con esta información depende de usted. Su informe está diseñado para darle un cuadro claro de dónde se encuentra en este momento, de forma que pueda tomar una buena decisión acerca de hacia dónde quiere ir desde este punto.

Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (Versión para Tratamiento) (RCQ-TV, por sus siglas en inglés *Readiness To Change Questionnaire [Treatment Version]*)

El cuestionario a continuación se diseñó para identificar cómo se siente personalmente acerca de su consumo de bebida en este momento. Por favor, piense en su situación actual y en sus hábitos de consumo, inclusive si ha dejado de beber completamente. Lea cada una de las preguntas cuidadosamente, y luego decida si está de acuerdo o en desacuerdo con los planteamientos. Por favor marque la respuesta de su elección para cada una de las preguntas. Si tiene problemas, por favor pregúntele al administrador del cuestionario.

Sus respuestas son completamente privadas y confidenciales

Clave: **FD**=Fuertemente en Desacuerdo **D**= Desacuerdo **I**= Inseguro
 DA= De Acuerdo **FA**= Fuertemente de Acuerdo

(esta clave debe aparecer en columnas a la derecha de los planteamientos que aparecerán numerados a continuación, con los recuadros debajo)

(a la extrema derecha debe aparecer,...)

Sólo para uso de la oficina

(debajo de esto debe aparecer el cuadro doble con las siglas del original)

(lista de planteamientos numerados que van a la izquierda del texto)

	SD	D	U	A	SA	Para uso de la oficina solamente
1. No hay ninguna necesidad de que cambie mis hábitos de consumo de bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PC
2. Disfruto beber, pero algunas veces bebo demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C
3. He alcanzado el punto donde pienso seriamente en dejar la bebida o reducir el consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA
4. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
5. Estaba bebiendo demasiado de golpe, pero ahora he logrado reducir (o dejar) la bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M
6. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PC
7. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C
8. He decidido hacer algo acerca de mi consumo de bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA
9. Sé que mi consumo de bebida ha provocado problemas, y estoy tratando de corregir esto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
10. He cambiado mis hábitos de consumo de bebida (o bien dejándola o bebiendo menos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M

	SD	D	U	A	SA	Para uso de la oficina solamente
11. No hay nada seriamente mal con mi consumo de bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PC
12. Mi consumo de bebida es un problema a veces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C
13. Estoy preparándome para cambiar mis hábitos de bebida (o reduzco el consumo o dejo de beber completamente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA
14. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar algo sobre de su consumo de bebida, pero yo en realidad estoy haciendo algo al respecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
15. Es importante para mí aferrarme a los cambios que he hecho, ahora que he reducido el consumo (o dejado de beber).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M
16. Yo soy un bebedor considerablemente normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PC
17. Estoy sopesando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C
18. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA
19. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en este momento (ya sea reduciéndolo o dejando de beber).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
20. Ya he hecho algo acerca de mi consumo de bebida (o bien he reducido el consumo o he dejado de beber completamente), y estoy tratando de evitar volver atrás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M
21. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PC
22. No estoy seguro de si bebo demasiado o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C
23. Tengo un problema con la bebida, y en realidad quiero hacer algo con el asunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA
24. He empezado a llevar a cabo un plan para reducir el consumo o dejar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
25. Estoy trabajando duro para evitar tener una recaída en mi problema de bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M
26. No hay nada en realidad que necesite cambiar acerca de mi consumo de bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PC
27. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C
28. Si no cambio pronto mi consumo de bebida, mis problemas se volverán más serios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA
29. Estoy trabajando activamente con mi problema de bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
30. He logrado dejar de beber o reducir el consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M

Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (SCQ-39 por sus siglas en inglés *Situational Confidence Questionnaire*)

A continuación hay una serie de situaciones o sucesos en los que algunas personas experimentan un problema con la bebida.

Imagínese que se encuentra ahora mismo en una de estas situaciones. Indique en la escala que se proporciona cuán seguro se sentiría que sería capaz de resistir la urgencia de beber copiosamente en esa situación.

Circule 100 si se siente 100 por ciento seguro en este momento de que podría resistir la urgencia de beber copiosamente; 80 si usted está 80 por ciento confiado; 60 si usted está 60 por ciento confiado. Si usted está más desconfiado que confiado, circule el 40 para indicar que sólo está 40 por ciento seguro de que pueda resistir el impulso de beber copiosamente; 20 para 20 por ciento de confianza; 0 si usted no tiene ninguna confianza en que se pueda controlar ante la situación.

	Sería capaz de resistir la urgencia de beber copiosamente					
	nada confiado					muy confiado
1. Si sintiera que me he decepcionado a mí mismo	0	20	40	60	80	100
2. Si hubiera peleas en mi casa	0	20	40	60	80	100
3. Si tuviera dificultades para dormir	0	20	40	60	80	100
4. Si tuviera una discusión con un amigo	0	20	40	60	80	100
5. Si me pareciera que no le gusto a otra gente	0	20	40	60	80	100
6. Si me sintiera confiado y relajado	0	20	40	60	80	100
7. Si saliera con un grupo de amigos y quisieran pasar por un bar a darse un trago	0	20	40	60	80	100
8. Si estuviera pasándomelo bien en una fiesta y quisiera sentirme aún mejor	0	20	40	60	80	100
9. Si me acordara de lo bien que sabe	0	20	40	60	80	100
10. Si me convenciera de que soy una nueva persona y me puedo tomar un par de tragos	0	20	40	60	80	100
11. Si tuviera miedo de que las cosas no fueran a funcionar	0	20	40	60	80	100
12. Si otra gente interfiriera con mis planes	0	20	40	60	80	100
13. Si me sintiera soñoliento y quisiera mantenerme alerta	0	20	40	60	80	100
14. Si tuviera problemas con gente en el trabajo	0	20	40	60	80	100
15. Si me sintiera incómodo con la presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
16. Si todo me estuviera yendo bien	0	20	40	60	80	100
17. Si estuviera en una fiesta y otra gente estuviera bebiendo	0	20	40	60	80	100
18. Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100

		Sería capaz de resistir la urgencia de beber copiosamente					
		nada confiado				muy confiado	
19.	Si pasara por una tienda de licores	0	20	40	60	80	100
20.	Si me cuestionara mi autocontrol sobre el alcohol y me sintiera como que me puedo dar un trago para ponerme a prueba	0	20	40	60	80	100
21.	Si estuviera molesto por como han ido saliendo las cosas	0	20	40	60	80	100
22.	Si otra gente me tratara injustamente	0	20	40	60	80	100
23.	Si sintiera nauseas	0	20	40	60	80	100
24.	Si aumentara la presión en mi trabajo por las exigencias de mi supervisor	0	20	40	60	80	100
25.	Si alguien me criticara	0	20	40	60	80	100
26.	Si me sintiera satisfecho con algo que he hecho	0	20	40	60	80	100
27.	Si me sintiera relajado con un buen amigo y quisiera pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
28.	Si estuviera en un restaurante y las personas que están conmigo estuvieran bebiendo	0	20	40	60	80	100
29.	Si me encontrara inesperadamente una botella de mi bebida preferida	0	20	40	60	80	100
30.	Si comenzara a pensar que un solo trago no me haría daño	0	20	40	60	80	100
31.	Si me sintiera confundido acerca de lo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
32.	Si estuviera bajo mucha presión por los miembros de mi familia en la casa	0	20	40	60	80	100
33.	Si sintiera el estómago como con nudos	0	20	40	60	80	100
34.	Si no me llevara bien con los demás en el trabajo	0	20	40	60	80	100
35.	Si otra gente a mi alrededor me pusiera tenso	0	20	40	60	80	100
36.	Si saliera con amigos "a dar una vuelta" y quisiera pasármelo mejor	0	20	40	60	80	100
37.	Si conozco alguien y esta persona sugiere darnos un trago juntos	0	20	40	60	80	100
38.	Si de pronto sintiera la urgencia de beber	0	20	40	60	80	100
39.	Si quisiera probarme a mí mismo que puedo tomar un par de tragos sin emborracharme.	0	20	40	60	80	100

Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (SOCRATES 8A)

INSTRUCCIONES: por favor lea cuidadosamente los siguientes planteamientos. Cada uno de ellos describe una forma en que usted podría (o no podría) sentirse *acerca de su consumo de bebida*. Para cada uno de los planteamientos, circule un número del 1 al 5, para indicar cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con el mismo *en este momento*. Por favor, circule tan solo un número por planteamiento.

	¡No! Fuertemente en Desacuerdo	No en Desacuerdo	? Indeciso o Inseguro	Sí de Acuerdo	¡Sí! Fuertemente de Acuerdo
Realmente quiero cambiar hacer cambios en mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
1. Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico.	1	2	3	4	5
2. Si no cambio mi consumo de bebida pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	4	5
3. Ya he comenzado a hacer algunos cambios en mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
4. Estaba bebiendo demasiado de golpe, pero he logrado cambiar mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
5. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está haciendo daño a otras personas.	1	2	3	4	5
6. Yo soy un bebedor problemático.	1	2	3	4	5
7. No sólo estoy considerando hacer algo con la bebida, ya estoy haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
8. Ya he cambiado mi consumo, y estoy buscando maneras de no caer en el viejo patrón.	1	2	3	4	5
9. Tengo serios problemas con mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
10. Algunas veces me pregunto si tengo control de mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
11. Mi consumo de bebida está provocando muchos daños.	1	2	3	4	5

Apéndice B

	¡No! Fuertemente en Desacuerdo	No en Desacuerdo	? Indeciso o Inseguro	Sí de Acuerdo	¡Sí! Fuertemente de Acuerdo
Estoy haciendo cosas activamente para reducir el consumo de bebida o dejar de beber.	1	2	3	4	5
12. Quiero ayuda para no volver a los problemas que tenía con la bebida.	1	2	3	4	5
13. Sé que tengo problemas con la bebida.	1	2	3	4	5
14. A veces me pregunto si bebo demasiado.	1	2	3	4	5
15. Soy un alcohólico.	1	2	3	4	5
16. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
17. He hecho algunos cambios en mi consumo, y quiero ayuda para evitar volver a beber como solía hacerlo.	1	2	3	4	5

Para la puntuación e información para interpretar SOCRATES, refiérase a la próxima sección SOCRATES 8D.

Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (SOCRATES 8D)

INSTRUCCIONES: por favor lea cuidadosamente los siguientes planteamientos. Cada uno de ellos describe una forma en que usted podría (o no podría) sentirse *acerca de su consumo de drogas*. Para cada uno de los planteamientos, circule un número del 1 al 5, para indicar cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con el mismo *en este momento*. Por favor, circule tan solo un número por planteamiento.

(a la derecha de la tabla los números van del 1 al 5, encima de éstos van los recuadros con información, a continuación aparece la información y al lado de ésta el número que deberán llevar debajo)

	¡No! Fuertemente en Desacuerdo	No en Desacuerdo	? Indeciso o Inseguro	Sí de Acuerdo	¡Sí! Fuertemente de Acuerdo
Realmente quiero cambiar hacer cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
1. Algunas veces me pregunto si soy un adicto.	1	2	3	4	5
2. Si no cambio mi uso de drogas pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	4	5
3. Ya he comenzado a hacer algunos cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
4. Estaba usando demasiadas drogas de golpe, pero he logrado cambiar eso.	1	2	3	4	5
5. Algunas veces me pregunto si uso de drogas está haciendo daño a otras personas.	1	2	3	4	5
6. Tengo problemas con las drogas.	1	2	3	4	5
7. No sólo estoy considerando hacer algo con mi uso de drogas, ya estoy haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
8. Ya he cambiado mi uso de drogas, y estoy buscando maneras de no caer en el viejo patrón.	1	2	3	4	5
9. Tengo serios problemas con las drogas.	1	2	3	4	5
10. Algunas veces me pregunto si tengo control de mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
11. Mi uso de drogas está	1	2	3	4	5

Apéndice B

provocando muchos daños.					
12. Estoy haciendo cosas activamente para reducir el uso de drogas o dejarlas.	1	2	3	4	5
13. Quiero ayuda para no volver a los problemas que tenía con las drogas.	1	2	3	4	5
14. Sé que tengo problemas con las drogas.	1	2	3	4	5
15. A veces me pregunto si uso demasiadas drogas.	1	2	3	4	5
16. Soy un adicto.	1	2	3	4	5
17. Estoy trabajando duro para cambiar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
18. He hecho algunos cambios en mi uso de drogas, y quiero ayuda para evitar volverlas a usar como solía hacerlo.	1	2	3	4	5

Formulario de Puntuación de SOCRATES (Versión 8, 19 ítems)

Transfiera las respuestas del cliente al cuestionario (véase la información más adelante):

Reconocimiento

1 _____
 3 _____
 7 _____
 10 _____
 12 _____
 15 _____
 17 _____

Ambivalencia

2 _____
 5 _____
 6 _____
 9 _____
 11 _____
 14 _____
 16 _____

Tomando Pasos

4 _____
 8 _____
 13 _____
 18 _____
 19 _____

Totales:

Escala Posible:

Re: _____
 7-35

Am: _____
 4-20

Tp: _____
 8-40

Hoja de Perfil de SOCRATES (Versión 8, 19 ítems)

INSTRUCCIONES: Transfiera del Formulario de Puntuación de SOCRATES (la versión de 19 ítems), las puntuaciones de la escala total a los recuadros vacíos en la parte de abajo de la Hoja de Perfil. Luego, para cada una de las escalas, CIRCULE el mismo valor por encima de éste para determinar la escala en dígitos de 10.

PUNTUACIONES EN DIGITOS DE DIEZ	Reconocimiento	Ambivalencia	Tomando Pasos
90 (Muy Alta)		19-20	39-40
80		18	37-38
70 (Alta)	35	17	36
60	34	16	34-35
50 (Mediana)	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 (baja)	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 (Muy Baja)	7-26	4-8	8-25
PUNTUACIONES SIN ELABORAR (de la Hoja de Puntuaciones)	Re=	Am=	Tp=

Estas escalas interpretativas están basadas en una muestra de 1,726 adultos y mujeres que se presentaron a tratamiento por problemas de alcohol a través del Proyecto “MATCH”. Cabe señalar que las puntuaciones individuales se clasifican por tanto como bajas, medianas o altas *en relación con gente que se encuentra bajo tratamiento contra el alcohol*.

Guías para la Interpretación de las Puntuaciones de SOCRATES-8

Al usar la Hoja de Perfil de SOCRATES, circule la puntuación sin elaborar del cliente dentro de las columnas de las tres escalas. Esto proporciona información sobre si las puntuaciones de los clientes son bajas, medianas o altas *en relación con gente que se encuentra bajo tratamiento contra el alcohol*. A continuación se proporcionan unas guías generales para interpretar las puntuaciones, pero es sabio para cada caso individual examinar las respuestas individuales a los ítems para obtener información adicional.

RECONOCIMIENTO

Los que tienen puntuaciones **ALTAS** reconocen directamente que hay problemas relacionados con el consumo de bebida, con una tendencia a expresar un deseo por cambiar y perciben que el daño seguirá si no hacen ningún cambio.

Los que tienen puntuaciones **BAJAS** niegan que el alcohol esté provocando problemas serios, rechazan las etiquetas del diagnóstico como “bebedor problemático” y “alcohólico” y no expresan un deseo por cambiar.

AMBIVALENCIA

Los que tienen puntuaciones **ALTAS** dicen que a veces se *preguntan* si tienen control sobre su consumo de bebida, están bebiendo demasiado, están haciendo daño a otra gente y/o son alcohólicos. Por tanto, una puntuación alta refleja ambivalencia o incertidumbre. Una puntuación alta refleja cierta apertura a la reflexión, como se podría esperar particularmente en la etapa de cambio de contemplación.

Los que tienen puntuaciones **BAJAS** dicen que *no se preguntan* si beben demasiado, tienen control, hacen daño a otros, o son alcohólicos. Cabe señalar que una persona podría obtener una puntuación baja en la ambivalencia *o bien* porque “sabe” que su consumo de bebida está causando problemas (Reconocimiento alto), *o* porque “sabe” que no tiene problemas con la bebida (Reconocimiento bajo). Por tanto, una puntuación baja en la Ambivalencia se debe interpretar en relación con la puntuación del Reconocimiento.

TOMANDO PASOS

Los que tienen puntuaciones **ALTAS** informan que ya están listos para hacer cosas hacia un cambio positivo en su consumo de bebida y podrían experimentar algo de éxito en este aspecto. El cambio está por venir, y puede que quieran ayuda para persistir o evitar el desliz. Una puntuación alta en esta escala ha demostrado predecir un cambio exitoso.

Los que tienen puntuaciones **BAJAS** informan que en este momento no están haciendo cosas para lograr cambiar su consumo de bebida y no han hecho ese tipo de cambios recientemente.

Escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhode Island (URICA – por sus siglas en inglés *University of Rhode Island Change Assessment Scale*)

Cada uno de los planteamientos que aparece a continuación, describe cómo una persona podría sentirse al empezar una terapia o afrontar los problemas en su vida. Por favor, indique hasta qué punto tiende a estar de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los planteamientos. En cada uno de los casos, elija en términos de cómo se siente en este momento, no lo que haya sentido en el pasado o podría llegar a sentir. Para todos los planteamientos que se refieren a su “problema”, conteste en términos de los problemas relacionados con su consumo de bebida (o uso de drogas ilegales). Las palabras “aquí” y “este lugar” se refieren a su centro de tratamiento.

Hay cinco respuestas posibles para cada uno de los ítems en el cuestionario:

1 = Fuertemente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Indeciso

4 = De acuerdo

5 = Fuertemente de acuerdo

Circule el número que describa mejor hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los planteamientos.

		Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
1.	En lo que a mí respecta, no tengo ningún problema que necesite cambiar.	1	2	3	4	5
2.	Creo que puede que esté listo para algo de mejoramiento personal.	1	2	3	4	5
3.	Estoy haciendo algo acerca de los problemas que me han estado molestando.	1	2	3	4	5
4.	Podría ser provechoso que trabajase con mi problema.	1	2	3	4	5
5.	Yo no soy el que tiene el problema.	1	2	3	4	5
6.	Me preocupa que pudiera regresar a un problema que ya cambié, así que estoy buscando ayuda.	1	2	3	4	5
7.	Por fin estoy trabajando un poco con mi problema.	1	2	3	4	5
8.	He estado pensando que podría querer cambiar	1	2	3	4	5

Apéndice B

	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
algo sobre mí mismo.					
9. He tenido éxito en trabajar con mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo por mi cuenta.	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando con éste.	1	2	3	4	5
11. Tratar de cambiar es una pérdida de tiempo bastante grande para mí pues el problema no tiene que ver conmigo.	1	2	3	4	5
12. Tengo la esperanza de que seré capaz de entenderme mejor.	1	2	3	4	5
13. Creo que tengo fallas, pero no hay nada que necesite cambiar en realidad.	1	2	3	4	5
14. Realmente me estoy esforzando por cambiar.	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema, y realmente creo que debo trabajar con el mismo.	1	2	3	4	5
16. No estoy siendo tan consistente como había pensado ser con lo que ya he cambiado y quiero evitar una recaída en el problema.	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre tenga éxito en cambiar, al menos estoy trabajando con mi problema.	1	2	3	4	5
18. Pensé que una vez hubiera resuelto el problema quedaría libre, pero a veces me encuentro luchando contra el mismo.	1	2	3	4	5
19. Quisiera tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5
20. He comenzado a trabajar con mi problema, pero	1	2	3	4	5

	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
quisiera ayuda.					
21. Quizás alguien o algo sea capaz de ayudarme.	1	2	3	4	5
22. Podría necesitar un empuje ahora mismo para mantener los cambios que he hecho ya.	1	2	3	4	5
23. Yo podría ser parte del problema, pero no creo que realmente lo sea.	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien tenga un buen consejo para mí.	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablar sobre el cambio; yo estoy realmente haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
26. Tanta habladuría sobre la psicología es aburrido. ¿Por qué la gente no puede olvidarse de sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy luchando para evitar tener una recaída en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero me siento que podría estar teniendo una recurrencia de un problema que creía haber resuelto.	1	2	3	4	5
29. Tengo preocupaciones, igual que el que viene después de mí. ¿Por qué pasar tiempo pensando en los mismos?	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.	1	2	3	4	5
31. Preferiría lidiar con mis fallas en lugar de tratar de cambiarlas.	1	2	3	4	5

Lo que quiero del tratamiento

William R. Miller y Janice M. Brown

Instrucciones

La gente tiene ideas diferentes acerca de lo que quiere, necesita y espera del tratamiento.

Este cuestionario está diseñado para ayudarle a explicar lo que le *gustaría* que sucediera en su tratamiento. Se da una lista de muchas posibilidades. Para cada una, indique cuánto le gustaría que esto formase parte de su tratamiento.

Usted puede hacer esto circulando un número (0, 1, 2 ó 3) para cada ítem. Esto es lo que significan los números:

- 0 NO significa que definitivamente **NO** quiere o necesita esto en su tratamiento.
 1 ? significa que está **INDECISO. QUIZAS** quiera esto en su tratamiento.
 2 SI significa que **QUIERE** o necesita esto en su tratamiento.
 3 ¡SI! significa que **DEFINITIVAMENTE** quiere o necesita esto en su tratamiento.

POR EJEMPLO:

Considere el ítem #1, el cual dice: “Quiero recibir desintoxicación”. Si definitivamente NO quiere o necesita recibir desintoxicación, usted debería circular el 0. Si está INDECISO en si necesita o no desintoxicación, usted debería circular el 1. Si usted quiere desintoxicación, debería circular el 2. Si usted DEFINITIVAMENTE sabe que la desintoxicación es una meta importante en su tratamiento, usted debería circular el 3.

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo usar este cuestionario, pida ayuda antes de comenzar.

¿QUIERE ESTO DE SU TRATAMIENTO?	No	Quizás	Sí	¡Sí!
↘	0	1	2	3
Quiero recibir desintoxicación, para facilitar mi retirada del alcohol u otras drogas.	0	1	2	3
Quiero averiguar con certeza si tengo un problema con el alcohol u otras drogas.	0	1	2	3
1. Quiero ayuda para dejar de beber alcohol completamente.	0	1	2	3
2. Quiero ayuda para reducir mi consumo de bebida.	0	1	2	3
3. Quiero ayuda para dejar de usar drogas (aparte del alcohol).	0	1	2	3
4. Quiero ayuda para dejar de usar el tabaco.	0	1	2	3
5. Quiero reducir mi uso de tabaco.	0	1	2	3
6. Quiero ayuda con un problema al comer.	0	1	2	3
7. Quiero ayuda con mi problema de juegos.	0	1	2	3
8. Quiero tomar Antabuse (un medicamento para ayudarme a dejar de beber).	0	1	2	3

¿QUIERE ESTO DE SU TRATAMIENTO? ↴	No	Quizás	Sí	¡Sí!
	0	1	2	3
9. Quiero tomar Trexan (un medicamento para ayudarme a dejar de usar alcohol o heroína).	0	1	2	3
10. Quiero usar metadona.	0	1	2	3
11. Quiero aprender más sobre los problemas de alcohol / drogas.	0	1	2	3
12. Quiero aprender algunas destrezas para evitar regresar al alcohol u otras drogas.	0	1	2	3
13. Me gustaría aprender más acerca de los programas de 12 Pasos como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA).	0	1	2	3
14. Me gustaría hablar acerca de algunos problemas personales.	0	1	2	3
15. Necesito cumplir con un requisito de las cortes.	0	1	2	3
16. Me gustaría tener ayuda con problemas en mi matrimonio o relación íntima.	0	1	2	3
17. Quiero ayuda con algunos problemas de salud.	0	1	2	3
18. Quiero ayuda para reducir mi estrés o tensión.	0	1	2	3
19. Me gustaría mejorar mi salud al aprender más sobre la nutrición y el ejercicio.	0	1	2	3
20. Quiero ayuda con la depresión o melancolía.	0	1	2	3
21. Quiero trabajar con mi crecimiento espiritual.	0	1	2	3
22. Quiero aprender a cómo solucionar los problemas en mi vida.	0	1	2	3
23. Quiero ayuda con los sentimientos de coraje y cómo los expreso.	0	1	2	3
24. Quiero tener relaciones más saludables.	0	1	2	3
25. Quisiera discutir problemas sexuales.	0	1	2	3
26. Quiero aprender a expresar mis sentimientos de una forma más saludable.	0	1	2	3
27. Quiero aprender a relajarme mejor.	0	1	2	3
28. Quiero aprender a vencer el aburrimiento.	0	1	2	3
29. Quiero ayuda con los sentimientos de soledad.	0	1	2	3
30. Quiero discutir el haber recibido abuso físico.	0	1	2	3
31. Quiero ayuda para evitar la violencia en mi hogar.	0	1	2	3
32. Quiero discutir el haber recibido abuso sexual.	0	1	2	3
33. Quiero trabajar en tener una mejor auto-estima.	0	1	2	3
34. Quiero ayuda con problemas de sueño.	0	1	2	3

Apéndice B

¿QUIERE ESTO DE SU TRATAMIENTO?	No	Quizás	Sí	¡Sí!
↴	0	1	2	3
35. Quiero ayuda con problemas legales.	0	1	2	3
36. Quiero consejo acerca de problemas financieros.	0	1	2	3
37. Quisiera ayuda para encontrar un lugar donde vivir.	0	1	2	3
38. Podría venirme bien ayuda para encontrar trabajo.	0	1	2	3
39. Alguien cercano a mí ha muerto o se ha ido, y quisiera hablar de eso.	0	1	2	3
40. Tengo pensamientos sobre el suicidio, y me gustaría discutir esto.	0	1	2	3
41. Quiero ayuda con mis miedos personales y ansiedades.	0	1	2	3
42. Quiero ayuda para ser un mejor padre / madre.	0	1	2	3
43. Me siento muy confundido y quisiera ayuda con esto.	0	1	2	3
44. Me gustaría información acerca del VIH/SIDA o hacerme la prueba.	0	1	2	3
45. Quiero que alguien me escuche.	0	1	2	3
46. Quiero aprender a divertirme sin drogas o alcohol.	0	1	2	3
47. Quiero alguien que me diga lo que debo hacer.	0	1	2	3
48. Quiero ayuda en fijarme metas y prioridades en mi vida.	0	1	2	3
49. Me gustaría aprender a manejar mejor mi tiempo.	0	1	2	3
50. Quisiera aprender a recibir pagos por impedimentos o de beneficencia suplementaria.	0	1	2	3
51. Quiero encontrar formas disfrutables de pasar mi tiempo libre.	0	1	2	3
52. Quiero ayuda para recuperar mi(s) hijo(s).	0	1	2	3
53. Me gustaría hablar de mi pasado.	0	1	2	3
54. Necesito ayuda para motivarme a cambiar.	0	1	2	3
55. Me gustaría ver una consejera.	0	1	2	3
56. Me gustaría ver un consejero.	0	1	2	3
57. Me gustaría ver el consejero que tenía antes.	0	1	2	3
58. Me gustaría ver un doctor o una enfermera para mis problemas médicos.	0	1	2	3
59. Quiero recibir medicamentos.	0	1	2	3
60. Me gustaría que mi cónyuge o compañero(a) estuviera conmigo en el tratamiento.	0	1	2	3

¿QUIERE ESTO DE SU TRATAMIENTO? ↘	No	Quizás	Sí	¡Sí!
61. Me gustaría tener consejería privada, individual.	0	1	2	3
62. Me gustaría estar en un grupo con gente que estuviera lidiando con problemas parecidos a los míos.	0	1	2	3
63. Necesito alguien que cuide mis hijos mientras estoy en tratamiento.	0	1	2	3
64. Quiero que mi tratamiento sea corto.	0	1	2	3
65. Creo que voy a necesitar tratamiento durante bastante tiempo.	0	1	2	3

¿Hay algo más que le gustaría en el tratamiento? De ser así, por favor escriba en la parte de atrás de esta hoja.

Apéndice C Información para Ordenar Instrumentos de Avalúo

Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas (ADCQ – por sus siglas en inglés *Alcohol and Drug Consequences Questionnaire*)

Este instrumento no tiene derechos de autor y se puede obtener pidiéndolo por escrito a su desarrollador:

John A. Cunningham, Ph.D.
Clinical Research Dissemination Unit
Addiction Research Foundation
33 Russell Street
Toronto, ON
Canada M5S 2S1
Teléfono: (416) 595-6701
Fax: (416) 595-6617
Correo electrónico: jcunning@arf.org

Cuestionario de Efectos del Alcohol (AEQ – por sus siglas en inglés *Alcohol Effects Questionnaire*)

Este instrumento es de dominio público y se puede bajar de la dirección en la Red de Internet:
<http://silk.nih.gov/silk/niaaa1/publication/insaeq.htm>

Cuestionario de Expectativa sobre el Alcohol

Este instrumento es de dominio público y se puede bajar de la dirección en la Red de Internet:
<http://silk.nih.gov/silk/niaaa1/publication/instable.htm>

Prueba de Identificación de Trastornos por Abuso de Alcohol (AUDIT – por sus siglas en inglés *Alcohol Use Disorders Identification Test*)

Este instrumento es de dominio público y se puede bajar de la dirección en la Red de Internet:
<http://silk.nih.gov/silk/niaaa1/publication/instable.htm>

Breve Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (BSCQ – por sus siglas en inglés Brief Situational Confidence Questionnaire)

Este instrumento no tiene derechos de autor y se puede obtener pidiéndolo por escrito a su autora:

Linda Sobell, Ph.D.
NOVA Southeastern University
Center for Psychological Studies
3301 College Avenue
Fort Lauderdale, FL 33314
Teléfono: (954) 262-5811
Fax: (954) 262-3895
Correo electrónico: sobelll@cps.nova.edu

Informe sobre la Retroalimentación Personal

Este instrumento no tiene derechos de autor y se puede obtener pidiéndolo por escrito a su desarrollador:

Project MATCH Series
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
P.O. Box 10686
Rockville, MD 10849-0686

Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (Versión de Tratamiento) (RCQ-TV – por sus siglas en inglés Readiness To Change Questionnaire (Treatment Version))

Este instrumento tiene derechos de autor y se puede obtener contactando:

Professor Nick Heather
Consultant Clinical Psychologist
Newcastle City Health NHS Trust
Northern Regional Drug and Alcohol Service
Newcastle upon Tyne
United Kingdom
Fax; 44 191 219-5601

Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (SCQ-39 – por sus siglas en inglés Situational Confidence Questionnaire)

Este instrumento tiene derechos de autor y se puede obtener pidiéndolo al titular de estos derechos:

Marketing Services
Addiction Research Foundation
33 Russell Street
Toronto, ON
Canada M5S 2S1
Teléfono: (416) 595-6557
Fax: (416) 593-4694

Escala de la Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (SOCRATES)

Este instrumento es de dominio público y se puede obtener pidiéndolo por escrito a su autor:

William R. Miller, Ph.D.
Director
Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions
2350 Alamo SE
University of New Mexico

Albuquerque, NM 87106
Teléfono: (505) 768-0100
Fax: (505) 768-0113
Correo electrónico: wrmiller@unm.edu

Escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhode Island (URICA – por sus siglas en inglés University of Rhode Island Change Assessment Scale)

Este instrumento es de dominio público y se puede obtener pidiéndolo por escrito a su autor:

Carlo C. DiClemente, Ph.D.
Professor and Chair
University of Maryland Baltimore County
Department of Psychology
1000 Hilltop Circle
Baltimore, MD 21250
Teléfono: (410) 455-2415
Fax: (410) 455-1055
Correo electrónico: diclemen@umbc.edu

Otros Recursos

Allen, J.P., y Columbus, M. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers* (Una guía para clínicos e investigadores). Rockville, MD: Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 1995.

Este volumen contiene instrumentos sólidos de avalúo psicométricos. Se proporciona una discusión breve sobre cada uno de los instrumentos, junto con una copia del instrumento y las instrucciones para determinar las puntuaciones. Los ejemplos de los instrumentos de avalúo que se pueden usar para aumentar la motivación incluyen el Cuestionario de Confianza ante Ciertas Situaciones; “AUDIT”; formulario de auto-monitoreo; el marco de tiempo del alcohol; y retroalimentación diaria sobre el consumo de bebida. Se pueden conseguir copias gratuitas llamando a “National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information” al (800) 729-6686.

Sobell, L.C., y Sobell, M.B. *Timeline Follow-Back (TLFB)* (Seguimiento Temporal). Toronto: Addiction research Foundation, 1996.

Hay programación (software) para proporcionar retroalimentación visual, fácil de entender sobre el consumo individual de alcohol, marihuana, cigarrillos u otras sustancias comparándolo con las normas. Esta versión interactiva permite al proveedor de tratamiento o al cliente, completar calendarios en la pantalla y generar impresos. Una guía para el usuario contiene una versión en lápiz y papel del método del calendario. A demás, un video demuestra técnicas para llevar a cabo entrevistas usando datos del seguimiento temporal. Para ordenar, por favor comuníquese con:

Addiction Research Foundation
Marketing Services
33 Russell Street
Toronto, ON
Canada M5S 2S1
(800) 661-1111

Apéndice D

Panel de Recursos

PETER J. COHEN, M.D., J.D.
Profesor Adjunto de Leyes
Georgetown University Law Center
Washington, D.C.

FRANCES COTTER, M.A., M.P.H.
Asesor de Salud Pública Superior
Office of Managed Care
Center for Substance Abuse and Treatment
Rockville, Maryland

DORYNNE CZECHOWICZ, M.D.
Directora Asociada
Division of Clinical and Services Research
Treatment Research Brand
National Institute on Drug Abuse
Bethesda, Maryland

GIL HILL
Director
Office of Substance Abuse
American Psychological Association
Washington, D.D

LINDA KAPLAN
Directora Ejecutiva
National Association of Alcoholism and Drug Abuse
Counselors
Arlington, Virginia

PEDRO MORALES, J.D.
Director
Equal Employment Civil Rights
Substance Abuse and Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

HAROLD I. PERL, PH.D.
Analista de Salud Pública
Division of Clinical and Prevention
Research
National Institute on Alcohol Abuse and
Alcoholism
Bethesda, Maryland

BARBARA J. SILVER, PH.D.
Center for Mental Health Services
Substance Abuse and Mental Health Services
Administration
Department of Mental Health and Human Services
Rockville, Maryland

LUCRETIA VIGIL
Asesora de Políticas
National Coalition of Hispanic Health and Human
Services Organization (COSSMO)
Washington, D.C.

Apéndice E

Panel de Recursos

NOEL BRANKENHOFF, L.M.F.T., L.C.D.P.
*Child and Family Services
Middletown, Rhode Island*

RODOLFO BRISENO, L.C.D.C.
*Coordinador para poblaciones
especiales/culturales y tratamiento para jóvenes
Program Services, Program Initiatives
Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse
Austin, Texas*

RICHARD L. BROWN, M.D, M.P.H.
*Profesor Asociado
Department of Family Medicine
University of Wisconsin School of Medicine
Madison, Wisconsin*

MICHAEL BURKE
*Especialista de Abuso de Sustancias Superior
Student Health
Rutgers University
New Brunswick, New Jersey*

KATE CAREY, PH.D.
*Profesora Asociada
Department of Psychology
Syracuse University
Syracuse, New York*

ANTHONY J. CELLUCI, PH.D.
*Director de Idaho State University Clinic
Profesor Asociado
Idaho state University
Pocatello, Idaho*

GERARD CONNORS, PH.D.
*Research Institute on Alcoholism
1021 main Street
Buffalo, new York*

JOHN CUNNINGHAM, PH.D.
*Científico
Addiction Research Foundation Division
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario*

JANIE DARGAN, MS.W.
*Senior Policy Analyst
Office of National Drug Control Policy/EOP
Washington, D.D.*

GEORGE DE LEON, PH.D.
*Center for Therapeutic Community Research
New York, New York*

NEREIDA DÍAZ-RODRÍGUEZ, L.L.M., J.D.
*Directora de Proyecto
Directora de “Master in health Science in
Substance Abuse”
Centro de Estudios en Adicción (Altos de salud
Mental)
Edif. Hosp. Regional de Bayamón
Santa Juanita, Bayamón, Puerto Rico*

THOMAS DIKLICH, B.A.
*Portsmouth CSR
Portsmouth, Virginia*

Apéndice E

CHRIS DUNN, PH.D. , M.A.C., C.D.C.
Psicólogo
University of Washington
Psychiatry and Behavioral Science
Seattle, Washington

MADLINE DUPREE, L.P.C.
Harrisonburg-Rockingham CSB
Harrisonburg, Virginia

GARY L. FISHER, PH.D.
Nevada Addiction Technology Transfer Center
College of Education
University of Nevada at Reno
Reno, Nevada

CYNTHIA FLACKUS, MS.W., L.I.C.S.W.
Terapista
Camp Share Renewal Center
Walker, Minnesota

STEPHEN T. HIGGINGS, PH.D.
Profesor
Departments of Psychiatry and Psychology
University of Vermont
Burlington, Vermont

CORONEL KENNETH J. HOFFMAN, M.D.,
M.P.H., M.C.F.S.
Preventive Medicine Consultant
HHC 18th Medical Command
Seoul, Korea

JAMES ROBERT HOLDEN, M.A.
Director del Programa
Partners in Drug Abuse Rehabilitation
Counseling
Washington, D.C.

RON JACKSON, M.S.W.
Director Ejecutivo
Evergreen Treatment services
Seattle, Washington

LINDA KAPLAN
Director Ejecutiva
National Association of Alcoholism and Drug
Abuse Counselors
Arlington, Virginia

MATTHEW KELLY, PH.D.
Director Clínico
Robert Wood Johnson Foundation
Northwest Mexico Fighting Back, Inc.
Gallup, New Mexico

KAREN KELLY-WOODALL, M.S., M.A.C.,
N.C.A.C.II
Coordinadora de Justicia Criminal
Cork Institute
Morehouse School of Medicine
Atlanta, Georgia

RICHARD LABAN, PH.D.
Laban's Training
Harrisburg, Pennsylvania

LAUREN LAWENDOWSKI, PH.D.
Directora Interina del Proyecto
Center on Alcoholism, Substance Abuse, and
Addiction
University of New Mexico
Albuquerque, New Mexico

BRUCE R. LORENZ, N.C.A.C.II
Director
Thresholds, Inc.
Dover, Delaware

REUSSELL P. MACPHERSON, PH.D., C.A.P.,
C.A.P.P., C.C.P., D.A.C., D.V.C.
Presidente
RPM Addiction Prevention Training
Deland, Florida

GEORGE MEDZERIAN, PH.D.
Pensacola, Florida

LISA A. MELCHIOR, PH.D.
Vice-presidente
The Measurement Group
Culver City, California

PAUL NAGY, M.S., C.S.A.C.
Director
Duke Alcoholism and Addictions Program
Duke University Medical Center
Durham, North Carolina

TRACY A. O'LEARY, PH.D.
Supervisor Clínico
Assistant Project Coordinator
Center for Alcohol and Addiction Studies
Brown University
Providence, Rhode Island

GWEN M. OLITSKY, M.S.
CEO
The Self-Help Institute for Training and Therapy
Lansdale, Pennsylvania

MICHELE A. PACKARD, PH.D.
Directora Ejecutiva
SAGE Institute
Training and Consulting
Boulder, California

MICHAEL PANTALON, PH.D.
Yale School of Medicine
New Haven, Connecticut

JOE PEREIRA, L.I.C.S.W., C.A.S.
Recovery Strategies
Medford, Massachusetts

HAROLD PERL, PH.D.
Analista de Salud Pública
Division of Clinical and Prevention Research
National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse
Bethesda, Maryland

RAUL G. RODRÍGUEZ
Director Médico
La Hacienda Treatment Center
Hunt, Texas

RICHARD T. SUCHINSKY, M.D.
Director Asociado de Trastornos Adictivos y
Rehabilitación Psiquiátrica
Mental Health and Behavioral Sciences Services
Department of Veterans Affairs
Washington, D.C.

SUZAN SWANTON, M.S.W.
Directora Clínica
R.E.A.C.H. Mobile Home Services
Baltimore, Maryland

MICHAEL J. TALEFF, PH.D., C.A.C., M.A.C.,
N.C.A.C.II
Profesor Auxiliar y Coordinador
Graduate programs in Chemical Dependency
Counselor Education
Counseling Psychology and Rehabilitation
Services
Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

NOLA C. VEAZIE, PH.D., L.P.C., C.A.D.A.C.
Superintendente
Medical Services Department
United States Force
Family Therapist/Drug and Alcohol Counselor
Veazie Family Therapy
Santa Maria, California

MARY VELÁSQUEZ, PH.D.
Psychology Department
University of Houston
Houston, Texas

CHRISTOPHER WAGNER, PH.D.
Division of Substance Abuse Medicine
Virginia Commonwealth University
Richmond, Virginia