

# Proceso de cambio y entrevista motivacional

M.<sup>a</sup> Teresa Bobes Bascarán,  
M.<sup>a</sup> Teresa Bascarán Fernández,  
Eva M.<sup>a</sup> Díaz Mesa,  
Pilar A. Sáiz Martínez  
y M.<sup>a</sup> Paz García-Portilla González

La motivación es un estado disposicional que mueve a la persona a iniciar y a adherirse a una determinada estrategia de cambio. Por tanto, la responsabilidad del terapeuta no solo es aconsejar sino también motivar, y es, precisamente, la utilización de estrategias inadecuadas a la fase concreta de cambio la que propicia los problemas de falta de motivación del cliente (Miller & Rollnick, 1991).

El concepto de *entrevista motivacional* (EM) surge de las experiencias en el tratamiento de bebedores con problemas, y aparece descrita por primera vez por Miller (1983). Esta aproximación terapéutica ha evolucionado en respuesta a la investigación constante y sistemática que se realiza acerca de aquello que

funciona y aquello que no (Hettema, Steele, & Miller, 2005). Prueba de ello es que, desde la primera edición de 1991, el manual ha sido reeditado en dos ocasiones (Miller & Rollnick, 2002, 2013). La EM es una aproximación de guía colaborativa y centrada en el cliente, para evocar y fortalecer la motivación hacia el cambio. Se trata de un estilo comunicativo que guía, es decir, no dirige (rol experto/paternalista) ni se limita a seguir (escucha silenciosa), sino que conjuga las dotes de una buena escucha a la vez que ofrece consejo experto cuando se necesita (Miller & Rollnick, 2012). En definitiva, no se puede decir que la EM sea una técnica, sino un enfoque o espíritu terapéutico que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal (Rollnick & Miller, 1996).

El **espíritu de la EM** es más permanente y puede caracterizarse según los siguientes puntos clave, que no son más que la evocación de valores, miedos, expectativas y esperanzas del cliente:

- **Aceptación (*acceptance*):** no juzgar. Implica afirmar, mostrar empatía, apoyar la autonomía del cliente y valorarle auténticamente. No quiere decir aprobar las acciones que hace o ser aquiescente.
- **Evocación (*evocation*):** no aconsejar. Desde este enfoque no se presupone que el terapeuta ha de enseñar algo al cliente porque le faltan recursos sino que se parte de la premisa de que ya cuenta con muchas habilidades y fortalezas que hay que evocar y potenciar.
- **Colaboración (*partnership*):** no confrontar. La EM se ha diseñado por y para el cliente, y por tanto se trata de una colaboración activa entre dos expertos, puesto que se asume que nadie se conoce mejor que uno mismo.
- **Compasión (*compassion*):** no mostrarse indiferente, ni identificarse con el cliente o tener lástima. Se refiere a promover de forma activa el bienestar del otro, de dar prioridad a sus necesidades.

Parte de los principios de la psicología cognitivo-comportamental, la psicoterapia humanista de Carl Rogers y el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente. Pero no es apropiado pensar que la EM es una técnica o conjunto de técnicas sino más bien de un estilo interpersonal, que no se limita únicamente a unas ayudas formales. Si se convierte en una trampa o una técnica de manipulación, se habrá perdido su esencia (Miller & Rollnick, 2009). En las primeras ediciones,

Miller y Rollnick (1991, 2002) describen dos fases de la EM: la Fase 1 o construcción de la motivación, y la Fase 2 o consolidación del compromiso. Sin embargo, en el último manual, descartan esta terminología puesto que afirman que el proceso de toma de decisiones es más bien circular que lineal, y por tanto, esta distinción carece de sentido. De esta manera, sugieren la existencia de **cuatro procesos básicos** superpuestos.

1. Establecer vínculo con el cliente (*engaging*): se ha de cuidar durante toda la EM, ya que es prerequisite para todos los demás. Implica explorar las fortalezas, los valores y las metas del cliente.
2. Proponer y definir un objetivo (*focusing*): se ha de tener en cuenta que este no es un proceso estático ni rígido, y que puede ser reevaluado y modificado a lo largo de la EM.
3. Potenciar la motivación intrínseca hacia el cambio del cliente (*evoking*): la motivación no es un rasgo, por tanto puede fluctuar. Evocar implica fomentar las propias motivaciones del paciente y solo es posible cuando se ha determinado una meta de cambio.
4. Acordar un plan de acción (*planning*): en ocasiones, el propio cliente tiene los recursos suficientes como para iniciar y mantener el cambio, por lo que el plan de acción puede darse por sí mismo (recuperación natural). Es necesario desarrollar el compromiso hacia el cambio además de formular y negociar el plan de acción.

Existen **cinco estrategias comunicativas** nucleares que pueden utilizarse a lo largo de los cuatro procesos básicos. Las cuatro primeras estrategias son derivadas de la terapia centrada en el paciente, y se utilizan con el



objetivo de ayudar al cliente a analizar su ambivalencia y a expresar razones que le motiven al cambio.

1. Preguntas abiertas (*asking open questions*): Una pregunta abierta es aquella que no puede responderse con una o dos palabras. Permiten que el paciente explique lo que realmente le ocurre y preocupa, escogiendo sus propias frases y construyendo su discurso de acuerdo con sus vivencias (ej: *¿Qué te preocupa?*). En pacientes ambivalentes será útil preguntar sobre las dos caras de la moneda (ventajas e inconvenientes): *¿Qué es lo que te gusta del alcohol, y qué es lo que no te gusta?, ¿Por qué crees que está tan preocupada tu familia?*.

2. Provocar afirmaciones de automotivación (*affirming*): favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras que pueden ser sobre diferentes aspectos:

- Reconocimiento del problema: *¿De qué manera esto ha sido importante para ti?*
- Expresión de preocupación: *¿Cómo te sientes con tu forma de beber?*
- Intención de cambio: *¿Cuáles son tus razones para cambiar?*
- Optimismo por el cambio: *¿Qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas?*

3. Escucha reflexiva (*reflective listening*) ( **TABLA 7-1** ): se trata de prestar atención sin interferir para intentar comprender lo que la persona quiere decir realmente. Intenta deducir lo que la persona realmente quiere decir. Mediante la escucha reflexiva se intenta que el paciente elabore reflexiones. Se pueden usar

**TABLA 7-1** | Características que no identifican la escucha reflexiva

**LOS 12 OBSTÁCULOS DE THOMAS GORDON**

I	Ordenar, dirigir o mandar.
II	Avisar o amenazar.
III	Dar consejo o soluciones no pedidas.
IV	Persuadir, convencer.
V	Moralizar, recalcar sus obligaciones.
VI	Desacuerdo, juzgar, criticar, discrepar, culpar.
VII	Estar de acuerdo, elogiar, aprobar.
VIII	Culpabilizar, ridiculizar, avergonzar.
IX	Interpretar, analizar.
X	Reafirmar, consolar, confortar, compadecer.
XI	Cuestionar o poner a prueba.
XII	Retirarse, distraer, bromear, cambiar el tema.

las siguientes técnicas:

- Repetir (volver a decir la última parte de la frase empleada por el paciente).
- Refrasear (repetir lo que ha dicho usando sinónimos o pequeñas modificaciones que aclaren).
- Parfrasear (inferir lo dicho y expresarlo con otras palabras ampliando un poco la perspectiva).
- Reflejar sentimientos (es la forma más profunda de reflejar. Se incorporan elementos emocionales).

4. Hacer resúmenes (*summarizing*): Resumir intentando sintetizar lo dicho por el paciente y reforzarle. El resumen debe ser un reflejo largo, y el reflejo, a su vez es reafirmante.

5. Ofrecer información y consejo (*informing and advising*): 1) si el paciente acepta ser asesorado, 2) pedir permiso para dar consejo, y 3) la información debe sintonizar con la perspectiva y necesidad del cliente.

Una de las mayores amenazas del compromiso activo (*engaging*) es la comunicación de no-mutualidad, es decir, la promoción del rol del experto que conlleva al rol pasivo del paciente y consecuentemente a la falta de compromiso. Esto es precisamente lo opuesto a lo que se intenta conseguir para que la persona cambie. Es muy fácil caer de forma prematura en alguna de estas **trampas**:

- **Evaluación cerrada:** el terapeuta formula preguntas y el paciente responde con frases cortas como si se tratase de un interrogatorio. Esto puede precipitarse porque el terapeuta necesite una información concreta o como una mera respuesta de ansiedad. Esta trampa proporciona pocas oportunidades para que el paciente analice y elabore su situación. Para evitarla, se puede realizar un cuestionario previo a la entrevista, además de emplear preguntas abiertas y escucha reflexiva.
- **Rol del experto:** el terapeuta tiene respuestas para todo. Es incoherente con el enfoque de entrevista motivacional (dar al paciente la oportunidad de analizar y resolver la ambivalencia por sí solo). Además, no es útil cuando la intención es lograr el cambio personal mediante la colaboración del cliente.
- **Etiquetar:** se puede pensar que es importante que el paciente acepte el diagnóstico. Las etiquetas pueden dar identidad. La insistencia en utilizar una etiqueta puede provocar una resistencia en el paciente. Los problemas se pueden abordar sin falta de ponerles un nombre que pueda causar desacuerdo o resistencia.
- **Focalizar prematuramente:** centrarse en lo que el terapeuta cree más importante y relegar las preocupaciones del cliente. Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado y comenzar por aquello que interesa al cliente, además de intentar entender su situación vital.
- **Culpabilizar:** desaprovechar tiempo y energía en analizar de quién es la culpa del problema pone al paciente a la defensiva. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente, de tal manera que los esfuerzos se centren en los problemas actuales y las cosas que se pueden hacer para solucionarlos.
- **Charlar sin dirección:** está claro que unas pequeñas palabras de charla acerca de algún tema trivial pueden ayudar a romper el hielo al inicio. Aunque la conversación pueda resultar cómoda y distendida, es útil en pequeñas dosis. Así se ha demostrado que largos tiempos de charla informal precedían menores niveles de motivación para el cambio y la adherencia, por lo que se recomienda dirigirse hacia los intereses y metas del cliente.

Existen **cinco principios** que componen la manera fundamental en la que el terapeuta motivacional interactúa con el paciente:

- **Expresar empatía.** Significa aceptar y respetar al paciente pero no necesariamente aprobarlo. Implica la comunicación de la aceptación de la perspectiva del cliente y el uso de la escucha reflexiva. Empatía también incluye la normalización de la ambivalencia.



- Desarrollar la discrepancia: lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Esto los lleva rápidamente a nombrar las razones por las cuales necesitan cambiar, hacer planes para cambiar y realizar compromisos.
- Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia se vuelven defensivos y comienzan a argumentar en contra de hacer cambios. Al experimentar la ambivalencia, es importante que las personas experimenten responsabilidad por ambos lados (las cosas buenas de quedarse como está y las razones para cambiar).
- Trabajar las resistencias del paciente evitando actitudes que pueden fomentarlas. La resistencia se concibe como una señal para intentar algo diferente. Desde esta aproximación los terapeutas nunca se oponen directamente a la resistencia sino que empatizan con el cliente, intentan reencuadrar la conversación o cambiar el foco del área de resistencia. Se trata de manejar la resistencia empleando la *charla mantenida (sustain talk)* que intenta conservar el *status quo* del paciente respecto de no hacer un cambio. Proceder de esta manera, evitará una lucha de poder con el cliente (p. ej.: *Vale, no estás preparado para tratar este tema en este momento*) y dejará una puerta abierta para ejecutar la *charla de cambio* cuando sea apropiado y el cliente esté dispuesto.
- Apoyar y fomentar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante,

ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Para ello se recomienda realizar preguntas acerca de en qué momentos el problema mejoraba, sobre cambios difíciles que ha hecho previamente en esta u otras esferas vitales, por puntos fuertes y habilidades concretas, e incluso reafirmar fortalezas que son evidentes para el cliente.

Como se ha mencionado, el objetivo de la EM es fomentar que la persona se mueva hacia adelante mediante la conversación de cambio o las afirmaciones automotivadoras. Las conversaciones de cambio implican afirmaciones o comunicación afectiva que indica que el cliente pueda estar considerando la posibilidad de cambiar. Este tipo de comunicación conlleva reconocer el problema, mostrar preocupación acerca del problema, comprometerse a cambiar y creer que es posible cambiar. Básicamente, cualquier frase orientada hacia el presente o el futuro, tanto de carácter cognitivo como emocional, puede representar un tipo de afirmación automotivadora (p. ej.: *Creo que beber me está causando problemas; me preocupa que las cosas puedan descontrolarse*). Para manejar las resistencias que surgen a lo largo de la conversación, los terapeutas pueden hacer uso de las siguientes técnicas de interacción (**TABLA 7-2**).

Un punto importante de la entrevista motivacional se refiere a la exploración de la importancia y la confianza del cliente. Por una parte, es recomendable saber cuánta relevancia supone cambiar y hasta qué punto sienten que el cambio es posible. Se puede evaluar estos dos aspectos mediante una escala analógica de 0

TABLA 7-2   Estrategias para trabajar la resistencia y promover el cambio	
CLIENTE	TERAPEUTA
<b>Reflexión simple</b>	<b>Reflexionar las resistencias</b>
<i>No tengo problemas de salud</i>	<i>Estás contento con tu salud</i>
<b>Reflexión amplificadora</b>	<b>Amplificar las resistencias</b>
<i>No creo que lo que bebo sea un problema</i>	<i>Lo que bebes no te ha causado ningún problema</i>
<b>Reflexión de dos lados</b>	<b>Resaltar ambos lados de la ambivalencia</b>
<i>Si dejo de beber, dejaré de jugar las partidas de cartas</i>	<i>Por un lado estás preocupado de que dejar de beber te suponga perder las partidas y, por otro lado, estás preocupado de que si continúas bebiendo puedas acabar con tu matrimonio.</i>
<b>Cambiar el foco</b>	<b>Cambiar a un tema distal</b>
<i>Mi vida es demasiado caótica ahora mismo para hacer un cambio tan grande</i>	<i>No nos vayamos todavía a los cambios que puede hacer una persona. Has mencionado que tenías algunas preocupaciones sobre tu trabajo. ¿Qué es lo que más te preocupa de eso?</i>
<b>Paradoja</b>	<b>Fluir con la resistencia</b>
<i>Llevo bebiendo treinta años, no me imagino mi vida sin beber</i>	<i>Has bebido durante mucho tiempo, podría ser muy difícil parar ahora</i>
<b>Reencuadrar</b>	<b>Replantear resistencias</b>
<i>Creo que puedo controlar el consumo de alcohol ahora. Ya no estoy tan enfadado</i>	<i>Cuando las personas consumen mucho alcohol suelen estar más alterados de lo normal</i>
<b>Enfatizar el control</b>	<b>Comunicar la decisión es personal</b>
<i>Realmente creo que no necesito dejar de beber</i>	<i>Esa es solo una decisión personal. Tú decides si quieres dejar de beber</i>

a 10. Si la importancia que le conceden al cambio es baja, se pueden emplear preguntas hipotéticas del tipo *Si decidieras cambiar, ¿qué beneficios obtendrías?*, o plantear los pros y los contras de la conducta. Por otra parte, si la confianza o autoeficacia es baja, se recomienda plantear preguntas abiertas para que el cliente aporte ideas y conocimiento acerca de elementos que potencialmente puedan incrementar la probabilidad de éxito (p. ej.: *¿Quién podría ayudarte? ¿Qué te ha funcionado en otras ocasiones? ¿Por dónde podrías empezar?*). También se podría proponer un intercambio de información (no dar información al estilo tradicional), de tal manera que se fomente que el cliente sea activo y que piense

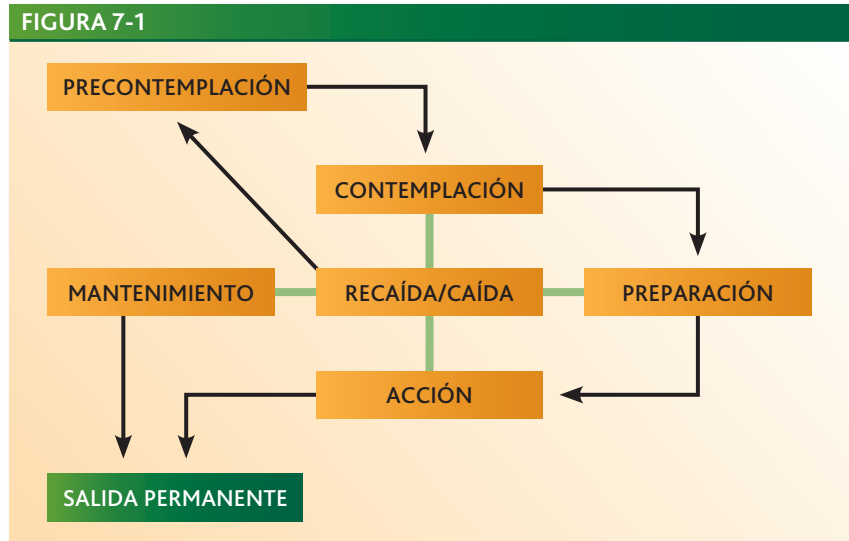
y debata alternativas. Además se debe dejar que saque sus propias conclusiones e interpretaciones de la información proporcionada por el terapeuta mediante la herramienta Evocar - Proporcionar - Evocar (E-P-E): *¿Qué sabes acerca del consumo de alcohol? - Algunos pacientes suelen necesitar beber alcohol para poder funcionar cada día - ¿Qué piensas acerca de eso?*

Finalmente, una vez que el cliente esté preparado para el cambio, comienza el proceso de participación activa en el que se establecen las metas, se valoran distintas alternativas y se traza un plan de acción. Para ello se han de establecer prioridades en los

cambios que se pretende alcanzar. Estos objetivos han de ser realistas y ajustados a la situación del cliente. Para valorar y mejorar su cumplimiento, han de ser diseñados de forma operativa y gradual. Una vez que se pone en marcha, hay que evaluar cada paso, puesto que existen riesgos de que el plan no funcione por haber infraestimado la ambivalencia, por prescribir un plan no adecuado, por precipitarse al dar consejos o por ofrecer una sola opción.

## PROCESOS DE CAMBIO

Tradicionalmente, se ha considerado que el tratamiento del alcoholismo consistía en un paso dicotómico entre el consumo continuado y la abstinencia permanente. Actualmente, se concibe que la conducta adictiva no se caracterice por un estado de todo o nada, sino que sigue un proceso de cambio que evoluciona a lo largo del tratamiento. Por tanto, el proceso de cambio se conceptualiza como una secuencia de etapas a través de las cuales las personas progresan mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska & DiClemente, 1982). El modelo que se expone a continuación es el que ha recibido mayor apoyo empírico debido a su capacidad descriptiva, explicativa y predictiva (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011). Se trata del **Modelo Teórico de Cambio** (Prochaska & DiClemente, 1984),



que recibe ese nombre porque surge tras el análisis de 18 teorías psicológicas y del comportamiento acerca de cómo ocurren los cambios naturales (recuperación natural) y terapéuticos (Prochaska & DiClemente, 1983). Desde este modelo, el proceso de cambio se considera cíclico y en espiral, de tal manera que las personas se mueven de una etapa a otra, de atrás hacia delante y viceversa, a diferente velocidad (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

El modelo de Prochaska y DiClemente es tridimensional e integra estadios, procesos y niveles de cambio. Los **estadios** conforman la dimensión evolutiva y temporal del modelo ( **FIGURA 7-1** ). La archiconocida rueda de cambio, se concibe en la actualidad como una espiral, en la que la persona continuamente puede volver hacia atrás y retornar hacia delante, en el que la recaída se toma como un fenómeno normal de aprendizaje, y en el que cualquier etapa está íntimamente ligada a la anterior y a la posterior, porque como

ya se describió anteriormente, la motivación siempre es dinámica y fluctuante.

Los **procesos** se refieren al *cómo* del cambio de actitudes y conductas:

1. Aumento de la concienciación. Consiste en un incremento del procesamiento de información sobre la problemática asociada al consumo y a los beneficios de modificarla.
2. Autorreevaluación. Valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva sobre los valores y manera de ser de uno mismo, así como el reconocimiento de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandono de la conducta adictiva.
3. Reevaluación ambiental. Valoración del estado actual de las relaciones interpersonales y reconocimiento de las consecuencias positivas que produciría el cese de la conducta adictiva respecto a dichas relaciones.
4. Relieve dramático. Experimentación y expresión de reacciones emocionales fomentadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.
5. Autoliberación. Compromiso personal, aumento de la capacidad del cliente para decidir y elegir. Requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva (rol activo), y la percepción de que se cuenta con las habilidades necesarias para efectuar un cambio (autoeficacia).

6. Liberación social. Aumento en la capacidad del sujeto para tomar decisiones, propiciado por una *insight* de la representación social del hábito y de la voluntad social de combatirla mediante el incremento del repertorio personal de alternativas adaptativas.

7. Manejo de contingencias. Estrategia conductual que incrementa la probabilidad de que determinada conducta ocurra (reforzamiento positivo y negativo).

8. Relaciones de ayuda. Utilización del apoyo social que pueda facilitar el proceso de cambio.

9. Contracondicionamiento. Estrategia cognitivo-conductual cuyo objetivo es modificar la respuesta (cognitiva, fisiológica y/o motora) provocada por estímulos condicionados y situaciones de riesgo.

10. Control de estímulos. Evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

Y finalmente, los **niveles**, que representan la interrelación de los procesos psicológicos susceptibles de ser cambiados para abandonar el hábito:

- Síntomas/situación.
- Cogniciones desadaptadas.
- Conflictos actuales interpersonales.
- Conflictos de familia/ sistemas.
- Conflictos intrapersonales.

La consigna general de este modelo se dirige a no adelantarse nunca al paciente ni forzarlo a que tome decisiones

**TABLA 7-3 | Tareas y estrategias correspondientes a cada estadio de cambio**

ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS
PRECONTEMPLACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Priorizar el hábito y estadiarlo.</li> <li>▪ Elaborar mapa de creencias.</li> <li>▪ Trabajar ambivalencia.</li> <li>▪ Fluir las resistencias.</li> <li>▪ Aumentar autoeficacia y automotivación.</li> </ul>	<p><i>E</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoyo narrativo.</li> <li>▪ Evitar trampas.</li> <li>▪ Reconocer resistencias.</li> </ul>
CONTEMPLACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentar contradicciones entre lo que hace y lo que quisiera hacer.</li> </ul>	<p><i>M</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrategias precontemplación.</li> <li>▪ Diario de salud.</li> </ul> <p><i>P</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoja de balance.</li> </ul>
DETERMINACIÓN AL CAMBIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomentar que el paciente verbalice compromiso al cambio.</li> <li>▪ Elegir estrategia.</li> <li>▪ Trazar plan de acción.</li> </ul>	<p><i>A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resúmenes.</li> <li>▪ Preguntas activadoras.</li> </ul> <p><i>T</i></p>
ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentar autoeficacia.</li> <li>▪ Informar sobre modelos que hayan tenido éxito.</li> </ul>	<p><i>í</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preguntas activadoras.</li> <li>▪ Apoyo narrativo.</li> </ul>
MANTENIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevenir recaídas.</li> <li>▪ Aumentar autoeficacia.</li> </ul>	<p><i>A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar situaciones de riesgo.</li> <li>▪ Estrategias de afrontamiento.</li> </ul>
RECAÍDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconstruir positivamente y renovar el proceso.</li> <li>▪ Aumentar autoeficacia y automotivación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Señalamiento emocional.</li> <li>▪ Reestructuración positiva.</li> </ul>

Figura 1. Estadios de cambio del modelo transteórico

precipitadas. Para esto es fundamental vencer la ansiedad respecto a tener que hacer algo enseguida y a obtener resultados evidentes inmediatos. Se debe trabajar la motivación de los clientes desde una perspectiva estadio-específica y no solo desde la consideración de un cambio hacia el estadio de acción ( **TABLA 7-3** ).

### 1. Estadio de precontemplación

Se trata del estadio en el que hay poca o ninguna consideración de cambio del actual patrón de conducta. El cliente niega tener un problema o se resiste fuertemente a cambiarlo, por tanto, es uno de los momentos en el que hay que evitar la confrontación directa y las trampas (p. ej.: rol del experto, etiquetado, culpabilizar,

etc.), y poner en marcha las habilidades motivacionales para señalar la ambivalencia, trabajar las resistencias y aumentar la autoeficacia y automotivación del cliente. Meta: Considerar seriamente el cambio de conducta.

### 2. Estadio de contemplación

El estadio en el que el individuo examina el actual patrón de conducta y el potencial para cambiar en un análisis de riesgo-beneficio. Se plantea hacer un cambio en los próximos 6 meses. Meta: verbalizar la decisión de cambio inminente.

El cliente ya considera el problema y la posibilidad del cambio pero la ambivalencia puede cronificar este

estadio y hacerlo muy frustrante. Nuestra actuación se centrará en desarrollar estrategias adecuadas para moverlo hacia la determinación hacia el cambio sin olvidar que la toma de decisiones la hace el propio individuo.

En este estadio es de gran utilidad el empleo del diario de salud. Se trata de un autregistro escrito de la frecuencia, intensidad y otros aspectos contextuales del hábito a modificar. Ayuda al paciente a aumentar la auto-percepción sobre la conducta y sus consecuencias y al terapeuta a realizar observaciones que le permitan proponer cambios específicos en los hábitos. Por otra parte, la hoja de balance decisional es un registro escrito de las razones para continuar con el hábito y las razones para cambiar, es decir, un análisis de pros y contras. Sirve para clarificar las dificultades y los beneficios de la conducta y de cualquier cambio. En su forma más sencilla es una hoja de dos columnas y resulta útil dividirla en apartados sobre diferentes aspectos bio-psico-sociales (p. ej.: salud, conflictos interpersonales, económicos, legales, etc.).

### 3. Estadio de determinación hacia el cambio

El estadio en el que el cliente adquiere un compromiso para pasar a la acción de cambiar el hábito, desarrollando un plan terapéutico. Meta: negociar un plan de acción para ser implementado a corto plazo.

Aunque la persona se haya decidido a iniciar el cambio, la ambivalencia no suele estar totalmente resuelta. Se ha de evitar que las prisas y las ganas precipiten el proceso natural. Conviene realizar una evaluación acerca de la intensidad y el nivel de compromiso

para el cambio: ¿Existe una valoración realista, por parte del cliente, de las dificultades? Si se comprueba que el compromiso es sólido y realista, se pasará a negociar un plan de acción aceptable para el cliente, con objetivos concretos, operativos, alcanzables y medibles a corto plazo (p.ej.: reducir la cantidad de alcohol entre semana; asistir puntual al trabajo, etc.). El hecho de que el paciente verbalice su compromiso de cambio aumenta las posibilidades de éxito, sobre todo cuando habla de planes de futuro en el que no exista el hábito.

### 4. Estadio de acción

Este estadio se caracteriza por la implementación del plan de acción. El cliente da pasos para modificar el hábito y comienza a crear uno nuevo. Meta: comenzar el plan y conseguir cambiar el hábito.

Se debe establecer un nuevo patrón de conducta por un periodo significativo de tiempo (meses) y reevaluar cada cierto tiempo evolución y posibles dificultades que vayan surgiendo. Se ha de fomentar el sentimiento de autoeficacia y de automotivación del paciente y ofrecer información sobre otros modelos que hayan tenido éxito. Tanto en esta fase como en la siguiente hay que estar muy atentos para proporcionar apoyo, si fuera necesario, y minimizar la frecuencia de las recaídas mediante un análisis de situaciones precipitantes y comenzar a instaurar habilidades de afrontamiento.

### 5. Estadio de mantenimiento

Este es el estadio en el que el nuevo patrón de conducta perdura por un extenso periodo de tiempo




consolidándose dentro del estilo de vida del cliente. Meta: mantener el cambio y consolidar el nuevo hábito a largo plazo. Tras un primer periodo de cambio, en que está elevado el sentimiento de autoeficacia, aparece una crisis de distinta intensidad en cada persona. Esta crisis suele acontecer por la añoranza del placer asociado a la conducta que está abandonando o por el sentimiento de vacío que queda tras suprimir dicha conducta. Uno de los aspectos cruciales de esta etapa será evitar caídas y recaídas en el hábito. Para prevenir los deslizos y tentaciones, hay que analizar los precipitantes y situaciones de alto riesgo (p.ej.: momentos de intensa euforia o malestar, celebraciones, encuentros con determinadas personas, etc.) e instruir y practicar habilidades de afrontamiento para consolidar la nueva conducta, incluyendo un plan de emergencia para aquellos momentos en los que la recaída es prácticamente inminente (Marlatt, 1993).

## 6. Estadio de recaída

Las recaídas (y las caídas) son un fenómeno muy frecuente y se consideran algo esperable dentro del proceso de aprendizaje de instaurar un nuevo hábito y

eliminar otro muy arraigado. Conviene distinguir entre una caída ocasional o desliz y una recaída (mantenida). Una actitud de reconstrucción positiva y revalorización de la situación ayudará a que el episodio tenga un efecto de violación de la abstinencia (Marlatt & Gordon, 1985) mitigado y se convierta en desliz aislado, de tal manera que no implique una recaída mantenida, se refuerce la autoeficacia y automotivación del cliente y la persona no abandone el nuevo hábito y retome el anterior.

En resumen, la EM debe conjugarse con el estadio de cambio en el que se encuentre el cliente. Así, se comenzaría realizando una aproximación acerca de la ambivalencia que pueda surgir respecto al hábito problemático. Posteriormente, se debe fomentar la toma de conciencia del hábito como perjudicial, aumentando los niveles de discrepancia entre su conducta y sus deseos y, por tanto, aumentando los niveles de disonancia cognitiva. Finalmente, se intentará poner en marcha el cambio mediante el incremento de la confianza del cliente en que puede modificar el hábito, el refuerzo de la motivación por conseguir su objetivo, y la constante evaluación y supervisión del plan de acción para iniciar y mantener la nueva conducta. 

## BIBLIOGRAFÍA

- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1, 91-111.
- Marlatt GA. La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. In Casas M, Gossop M, editores. *Recaída y prevención de recaídas.* Sitges: Ediciones en Neurociencias; 1993.
- Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guildford Press;1985.
- Miller WR. Motivational interviewing with problema drinkers. *Behav Cogn Psychother.* 1983; 11, 147-172.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guildford Press;1991.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* 2nd ed. New York: Guildford Press;2002.
- Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother.* 2009; 37 (2), 129-140.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing)* (3rd ed.). New York: Guildford Press;2012.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* (3rd Edition ed.). New York: Guildford Press;2013.
- Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clin Psychol.* 2011; 67(2), 143-154.
- Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.* *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1982; 19, 276-288.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983; 51(3), 390-395.
- Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy.* Homewood, Illinois: Dorsey;1984.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Applications to addictive behaviors.* *Am Psychol.* 1992; 47(9), 1102-1114.
- Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías.* 1996; 6, 3-7.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing).* 3rd Ed. New York: Guildford Press; 2012.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* (3rd Ed.). New York: Guildford Press; 2013.
- Miller WR, Rollnick S. *Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas* (10ª ed.). Barcelona-Buenos Aires: Paidós Ibérica; 1999.
- Pascual F, Guardia J, Pereiro C, Bobes J. *Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol.* Madrid: Saned; 2013.



### ENLACES WEB DE INTERÉS

- Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional  
<http://www.getem.org/>
- Motivation Interviewing Network of Trainers (MINT)  
<http://www.motivationalinterviewing.org/>
- Escuela de Otoño Socidrogalcohol  
<http://www.socidrogalcohol.org/escuela/>
- Monografía sobre el alcoholismo  
[http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com\\_docman&Itemid=18](http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=18)