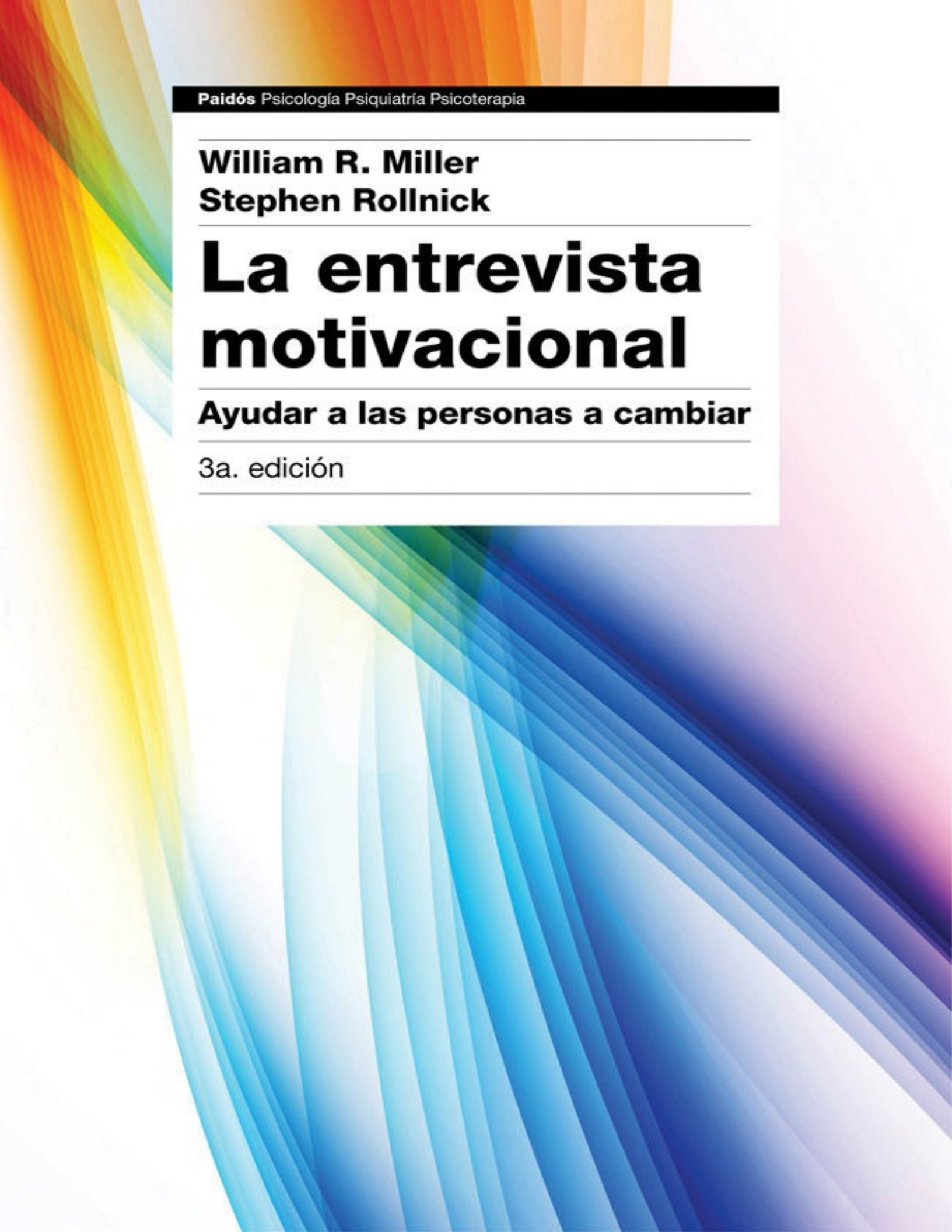




Paidós Psicología Psiquiatría Psicoterapia

William R. Miller
Stephen Rollnick

La entrevista motivacional

Ayudar a las personas a cambiar

3a. edición

Índice

Portada

Dedicatoria

Prólogo a la edición española

Nota del Grupo Español de Trabajo en Entrevistas Motivacionales (GETEM)

Prólogo a la tercera edición

Acerca del lenguaje

Parte I. ¿Qué es la entrevista motivacional?

1. Conversaciones a propósito del cambio
2. El espíritu de la entrevista motivacional
3. El método de la entrevista motivacional

Parte II. Vincular. El fundamento de la relación

4. Vincular y desvincular
5. Escuchar: entender el dilema de la persona
6. Habilidades fundamentales durante la entrevista: OARS
7. Explorar los valores y los objetivos

Parte III. Enfocar. La dirección estratégica

8. ¿Por qué enfocar?
9. Encontrar el horizonte
10. Si los objetivos no coinciden
11. Intercambiar información

Parte IV. Evocar. Preparar para el cambio

12. Ambivalencia: discurso de cambio y discurso de mantenimiento
13. Evocar la motivación de la propia persona
14. Cómo responder al discurso de cambio
15. Cómo responder al discurso de mantenimiento y a la discordancia
16. Evocar esperanza y confianza
17. Aconsejar con neutralidad
18. Generar discrepancia

Parte V. Planificar. El puente hacia el cambio

19. De evocar a planificar
20. Elaborar un plan de cambio
21. Consolidar el compromiso
22. Apoyar el cambio

Parte VI. La entrevista motivacional en la práctica cotidiana

23. La experiencia de la entrevista motivacional
24. Aprender entrevista motivacional
25. Aplicar la entrevista motivacional
26. Integrar la entrevista motivacional

Parte VII. Evaluar la entrevista motivacional

27. Qué ha concluido la investigación y cómo ha evolucionado la entrevista motivacional
28. Evaluar conversaciones motivacionales

Apéndice A. Glosario de terminología en entrevista motivacional

Apéndice B. Bibliografía sobre entrevista motivacional

Referencias

Notas
Créditos

Te damos las gracias por adquirir este EBOOK

Visita Planetadelibros.com y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Próximos lanzamientos
Clubs de lectura con autores
Concursos y promociones
Áreas temáticas
Presentaciones de libros
Noticias destacadas

PlanetadeLibros.com

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora Descubre Comparte

*A nuestro querido amigo y colega, el doctor Guy Azoulai,
que nos ha dejado demasiado pronto.*

WRM

*Con todo mi agradecimiento y todo mi amor a Jacob, Stefan,
Maya, Nathan y Nina.*

SR

PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

¡Estamos encantados de que esta tercera edición esté ahora disponible en español! La Entrevista Motivacional (EM) no pertenece a ninguna nación o cultura en particular. De hecho, lo que nos sorprende es la facilidad con la que supera barreras intra e interculturales. Cuando la gente entra en contacto con la EM parece «reconocerla» como algo familiar, que ya conocía de otro tiempo y lugar. En cada idioma, la gente tiene formas específicas para hablar sobre el cambio. Los pasos y figuras de la danza varían, pero todas las culturas tienen sus propios procedimientos para deliberar y negociar cambios. La EM estudia cómo se abordan dichas conversaciones.

Como las conversaciones sobre el cambio ocurren en casi todos los contextos profesionales, la EM se utiliza en cada vez más ámbitos: atención sanitaria, trabajo social, programas correccionales, *coaching*, adicciones y salud mental, odontología, promoción de la salud, rehabilitación y educación. De alguna forma, la EM es una manera de añadir valor a lo que hacemos. Es una forma particular de aconsejar, educar, ofrecer atención sanitaria y ayudar a las personas a cambiar.

Desde el principio, hemos tenido un especial interés en que nuestras ideas y métodos fuesen evaluados, tanto desde la práctica como desde la investigación. Es bastante fácil generar ideas, pero el método científico ofrece la posibilidad de comprobar su validez intra e intercultural. Nos complace ver la gran cantidad de investigaciones que se publican no sólo sobre la efectividad de la EM, sino también sobre la relación terapéutica y los procesos mediante los cuales actúa, así como investigaciones sobre los métodos para formar a los profesionales para que desarrollen sus habilidades en la práctica de la EM.

La traducción de textos sobre un complejo método interpersonal como la EM es también un proceso que requiere una alta competencia. La mejor palabra para describir un determinado concepto en la EM a menudo no es la primera que se encuentra en el diccionario. Algunos ejemplos prácticos de una cultura pueden no ser muy útiles en otra. Así pues, tanto los traductores como los formadores necesitan entender el método en profundidad, para poderlo transmitir en su propia lengua y en su particular contexto. Estamos agradecidos porque este objetivo se ha conseguido en el proceso que ha hecho posible la traducción y edición de esta edición en español.

De forma similar, la práctica de la EM implica incorporarla y adaptarla al propio contexto de trabajo. Imitar el estilo de otro puede ser una forma de empezar a aprender, pero hay muchas formas de hacerlo correctamente. Incluso nosotros dos tenemos estilos diferentes de practicar la EM, y en cambio se trata fundamentalmente del mismo método

y del mismo espíritu. Con el paso del tiempo, habilidades que inicialmente podían parecer extrañas o incómodas, devienen naturales, y al final son tus propios clientes, aquellos a los que sirves, tus mejores maestros. Una vez que has aprendido el lenguaje del cambio en la EM, sabes que hay que escuchar, y en cada conversación tus propios clientes te dicen cuándo vas en la dirección correcta y cuándo debes probar un camino distinto. ¿Hay una forma mejor de aprender?

WILLIAM R. MILLER, PH.D.

STEPHEN ROLLNICK, PH.D.

Enero 2015

NOTA DEL GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO EN ENTREVISTAS MOTIVACIONALES (GETEM)

Pocos métodos han experimentado un avance tan espectacular en tan poco tiempo, como la Entrevista Motivacional (EM). Su éxito se debe a varios factores: facilita la relación con el cliente, se evalúa científicamente su eficacia y se ha desarrollado de forma colaborativa, en lógica consonancia con el espíritu de la EM. Es por ello por lo que desde el Grupo Español de Trabajo en Entrevistas Motivacionales (GETEM) estamos muy satisfechos de que esta tercera edición de la EM esté por fin disponible en español.

Desde hace ya más de diez años, GETEM (www.getem.org) desarrolla regularmente seminarios de formación en EM. La traducción del libro que el lector tiene en sus manos constituye una gran ayuda en el proceso de aprendizaje y será sin duda muy bienvenido por la comunidad hispanoparlante a ambos lados del Atlántico. Por ello queremos dar las gracias a los autores (Steve y Bill) por su continua predisposición a facilitar la traducción al español, a Octàvia Pascual, de la editorial Paidós, por su apoyo constante a nuestra iniciativa, y finalmente a Montserrat Asensio Fernández, que ha traducido con dedicación y profesionalidad la obra. GETEM es responsable de la revisión técnica final del documento, y en dicha revisión han participado muy especialmente Jesús A. Álvarez, Inés Figuerero, Pilar Lusilla y Lidia Segura. A todos ellos, muchas gracias.

ANTONI GUAL
Presidente de GETEM

PRÓLOGO A LA TERCERA EDICIÓN

Esta edición se publica treinta años después de que la entrevista motivacional (EM) viera la luz. El concepto de EM se desarrolló a partir de unas conversaciones en Noruega en 1982, que llevaron al artículo de 1983 en el que se describió la EM por vez primera. La primera edición de este libro, en 1991, se centró fundamentalmente en las adicciones. La segunda, publicada en 2002, fue un libro muy distinto, cuyo propósito era preparar a las personas para el cambio en un abanico de áreas problemáticas más amplio. Otra década después, esta tercera edición es tan distinta de la segunda como la segunda lo fue de la primera. Se han publicado más de 25.000 artículos que citan la EM y se han llevado a cabo 200 ensayos clínicos aleatorizados sobre la misma (la mayoría después de la segunda edición). La investigación ha aportado conocimiento nuevo e importante acerca de los procesos y los resultados de la EM, de la psicolingüística del cambio y de cómo los profesionales aprenden a aplicar la EM.

Todos estos avances evidenciaron la necesidad de escribir una nueva edición que reflejara la evolución significativa del modo en que conceptualizamos y enseñamos la EM. Al igual que la anterior, esta edición trata de cómo facilitar el cambio en un amplio abanico de temas y contextos. Ofrece nuestra explicación más completa de la EM hasta la fecha, más allá de sus aplicaciones específicas en contextos concretos, que se abordan en otros libros (Arkowitz, Westra, Miller y Rollnick, 2008; Hohman, 2012; Naar-King y Suárez, 2011; Rollnick, Miller y Butler, 2008; Westra, 2012).

Esta edición es muy distinta a las anteriores y más del 90 por ciento del contenido es nuevo. En lugar de presentar las fases y los principios de la EM, en esta edición hemos descrito los cuatro procesos generales que componen esta técnica (vincular-enfocar-evocar-planificar) y hemos organizado el libro alrededor de los mismos. Esperamos que este modelo en cuatro procesos ayude a aclarar cómo se desarrolla la EM en la práctica real. Exploramos cómo usar los procesos de la EM a lo largo de todo el curso del cambio y no sólo para la modificación de la conducta. Hemos añadido también conocimiento nuevo e importante acerca de los procesos subyacentes a la EM y de la formación en la misma. Explicamos el discurso de mantenimiento como opuesto al discurso de cambio y lo diferenciamos de las señales de discordancia en la relación terapéutica, con lo que abandonamos el concepto de resistencia. También abordamos dos situaciones terapéuticas que se diferencian en cierta medida de la EM estándar, pero que utilizan su estructura conceptual y sus métodos: aconsejar desde la neutralidad (capítulo 17) y desarrollar discrepancia en personas que (aún) no se muestran ambivalentes (capítulo 18). Hay nuevos casos de ejemplo, un glosario de términos de EM y una bibliografía

actualizada. En <www.guildford.com/p/miller2> encontrará recursos adicionales (en inglés). Deliberadamente, hemos dado prioridad al núcleo práctico y a la aplicación de la EM y dejamos la historia, la teoría, la evidencia y la evaluación de la fidelidad para el final del libro.

Aunque ahora sabemos mucho más acerca de la metodología de la EM que hace diez años, lo que no ha cambiado (y no debe cambiar) es el espíritu subyacente, la actitud mental y emocional con la que se practica. Al igual que sucede con un tema musical y todas sus variaciones, las tres ediciones cuentan con un motivo común, a pesar de que las descripciones concretas de la EM hayan ido evolucionando con el tiempo. Seguimos insistiendo en que la EM exige una colaboración activa con los entrevistados; evocar con respeto sus motivaciones y sus conocimientos; y aceptar de forma radical que, en última instancia, que el cambio suceda o no es una decisión personal y un ejercicio de autonomía que no podemos arrebatarse al cliente, por mucho que podamos desearlo en algunas ocasiones. Por ello, damos nuevo énfasis a la *compasión* como cuarto elemento del espíritu fundamentalmente humano con el que deseamos que se practique la EM. Erich Fromm describe una forma de amor incondicional y desinteresado que busca el bienestar y el crecimiento del otro. En la ética médica se llama beneficencia; en el budismo, *metta*; en el judaísmo, *hesed* (una de las características de un *mensch*, o buena persona); en el islam, *rahmah*; y en el cristianismo del s. I, ágape (Lewis, 1960; Miller, 2000; Richardson, 2012). Lo llamemos como lo llamemos, supone relacionarnos con aquellos a los que atendemos desde lo que Buber (1971) describió como un reconocimiento *Yo-Tú* y jamás como objetos a los que manipular (*Yo-Ello*). Algunos de los procesos de influencia interpersonal que describimos en la EM ocurren (con frecuencia sin que haya conciencia de ello) en el discurso cotidiano, y otros se aplican deliberadamente en contextos como el comercial, el marketing o la política, donde la compasión no siempre está presente (aunque puede estarlo). El espíritu de la EM se superpone a la sabiduría milenaria sobre la compasión, que trasciende eras y culturas, y al conocimiento de cómo las personas negocian entre ellas para conseguir el cambio. Es posible que este sea el motivo por el que cuando algunos terapeutas entran en contacto con la EM sienten que la *reconocen*, como, si de algún modo, fuera algo que saben desde siempre. Y, en cierto modo, así es. Nuestro propósito es hacer de la EM algo específico, que se pueda aprender, y que sea observable y útil.

ACERCA DEL LENGUAJE

En la actualidad, la Entrevista Motivacional (EM) se aplica en una gran variedad de contextos. En función del mismo, los receptores de la EM pueden ser clientes, pacientes, alumnos, tutelados, adictos, delincuentes o internos. Del mismo modo, quienes practican la EM pueden ser mentores, educadores, terapeutas, *coaches*, psicólogos, médicos o enfermeros. Aunque, a lo largo del texto, a veces usamos el término específico relativo al contexto, la mayoría de la presentación que hacemos de la EM es genérica y puede aplicarse a múltiples entornos. Como convención, utilizamos los términos *terapeuta*, *médico* o *psicólogo* para aludir al entrevistador de forma general, y *entrevistado*, *cliente* o, sencillamente, *persona*, para referirnos al receptor de la EM. En aras de la coherencia en los numerosos ejemplos de diálogo clínico que se presentan a lo largo del libro, los hemos marcado como interacciones entre entrevistador y cliente, independientemente del contexto.

El término *entrevista motivacional* aparece más de mil veces en el texto, por lo que hemos optado por usar la abreviatura «EM» en lugar de escribirlo cada vez, aunque somos conscientes de que estas siglas tienen también otros significados específicos. Por otro lado, hay varios términos de uso cotidiano que tienen un significado muy concreto en el contexto de la EM. La mayoría de lectores los entenderán rápidamente a partir de la primera explicación y del contexto. Además, en caso de duda, en el Apéndice A encontrarán un glosario de términos.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a la extraordinaria comunidad de colegas de MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers, o red de formadores en entrevista motivacional), por los estimulantes debates que nos han ido proporcionando información a medida que desarrollábamos la segunda y la tercera edición de *La entrevista motivacional*. Jeff Allison ha sido una fuente constante de inspiración y de pensamiento creativo en torno a la EM y ha aportado metáforas, claridad conceptual e infinitud de buenas ideas acerca de cómo transmitir a otros la EM. El psicolingüista Paul Amrhein ha aportado ideas clave sobre los procesos lingüísticos que subyacen a la EM y que han influido significativamente en cómo entendemos ahora el discurso de cambio. La profesora Theresa Moyers ha liderado la investigación acerca del proceso y la formación en EM y ha ampliado nuestra comprensión de cómo funciona la EM aplicando el método científico, al tiempo que ha reconocido claramente sus limitaciones.

Este es el noveno libro que escribimos o compilamos personalmente con The Guilford Press y, además, somos los compiladores de otras colecciones de Guilford sobre la EM. Después de haber trabajado con otras editoriales, seguimos impresionados y agradecidos por el extraordinario nivel de preocupación, calidad de edición y atención al detalle que han sido una constante en nuestra experiencia con Guilford. A lo largo de todos estos años, ha sido un verdadero placer trabajar con editores como Jim Nageotte y Kitty Moore (no necesariamente cuando estábamos inmersos en aún otra corrección, pero siempre con la gran calidad del producto final). Como en las ocasiones precedentes, la correctora, Jennifer DePrima, ha sido una ayuda magnífica a la hora de conseguir que el lenguaje fuera exactamente el adecuado. Para terminar, expresamos de nuevo nuestro agradecimiento a Theresa Moyers, por la cuidadosa revisión del manuscrito y por sus sugerencias para mejorar la fluidez y la claridad del texto.

En <www.guilford.com/p/miller2> encontrarán una bibliografía más completa, dos casos de ejemplo anotados, preguntas de reflexión para cada capítulo, la clasificación de valores personales y un glosario terminológico de la EM (material en inglés).

PARTE I

¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

Empezamos la exposición desde el ángulo más amplio: la definición, delimitación y descripción del método clínico de la entrevista motivacional (EM). En el contexto de estos capítulos, no ofreceremos una, sino tres definiciones de complejidad creciente. En el capítulo 1 planteamos una definición para el público general que responde a la pregunta «¿Para qué sirve?». En el capítulo 2 describimos el espíritu o la actitud que subyace a la EM y que consideramos imprescindible para la buena práctica de la misma. Planteamos aquí una definición profesional y pragmática de la EM, que responde a la pregunta: «¿Por qué querría aprender a aplicarla y cómo la usaría?». Finalmente, en el capítulo 3, presentamos una visión general del propio método clínico, describimos una estructura conceptual nueva para la EM y ofrecemos una definición terapéutica más técnica y que responde al cómo funciona.

CAPÍTULO 1

CONVERSACIONES A PROPÓSITO DEL CAMBIO

Las cosas no cambian: cambiamos nosotros.

HENRY DAVID THOREAU

El necio no se deleita en la prudencia, sino sólo en revelar su corazón.

PROVERBIOS 18, 2

Conversamos acerca del cambio cada día y de forma natural. Pedimos cosas a los demás y somos muy sensibles a los aspectos del lenguaje cotidiano que denotan reticencia, buena disposición, compromiso... De hecho, aparte de transmitir información, una de las funciones más importantes del lenguaje es motivar e influir en la conducta del otro. Puede ser algo tan sencillo como pedirle a alguien que nos pase la sal o algo tan complejo como negociar un tratado internacional.

También hay conversaciones acerca del cambio que suceden en forma de consulta a un profesional y mediante las que una persona intenta ayudar a otra a cambiar. Terapeutas, trabajadores sociales, religiosos, psicólogos, *coaches*, agentes de libertad condicional y profesores mantienen con regularidad este tipo de conversaciones. Gran parte de la atención sanitaria tiene que ver con la gestión de enfermedades crónicas en las que la conducta y el estilo de vida del paciente determinan su salud, su calidad de vida y su longevidad. Por lo tanto, médicos, dentistas, enfermeros, dietistas y nutricionistas también mantienen con regularidad conversaciones sobre el cambio de conducta y de estilo de vida (Rollnick, Miller y Butler, 2008).

Otras conversaciones profesionales se centran en un tipo de cambio no tan directamente relacionado con la conducta, a no ser que entendamos «conducta» de un modo tan genérico que abarque toda la experiencia humana. Por ejemplo, la capacidad de perdonar es una cuestión psicológica con implicaciones importantes para la salud (Worthington, 2003, 2005). El receptor del perdón puede ser alguien que ya ha fallecido y el acto de perdonar afectará más a la salud mental y emocional de quien perdona que a su conducta manifiesta. El autoconcepto, la toma de decisiones, las actitudes elegidas, el duelo y la aceptación son cuestiones clínicas que pueden afectar a la conducta pero que

deben resolverse, fundamentalmente, a nivel interno. En esta edición, incluimos explícitamente este tipo de cambio como un objetivo potencial para la EM (Wagner e Ingersoll, 2009).

La EM presta atención al lenguaje natural acerca del cambio, y su propósito es tener conversaciones más efectivas acerca del mismo, sobre todo cuando se dan en un contexto en el que alguien ofrece ayuda profesional a otra persona. En nuestra experiencia, muchas de estas conversaciones transcurren de un modo disfuncional, por muy buenas que sean las intenciones del entrevistador. La EM se ha diseñado para encontrar un modo constructivo de superar los retos que suelen aparecer cuando alguien, con la intención de ayudar, se adentra en la motivación para el cambio de otra persona. En concreto, la EM consiste en organizar las conversaciones de modo que las personas se persuadan a sí mismas para cambiar, en función de sus propios valores e intereses. Las actitudes no sólo se reflejan en el discurso, sino que este puede modelarlas activamente.

Un *continuum* de estilos

Podemos pensar en las conversaciones de ayuda como si estuvieran situadas a lo largo de un *continuum* (recuadro 1.1). En un extremo encontramos el *estilo directivo*, donde quien presta la ayuda ofrece información, instrucciones y consejo. Un director es alguien que dice a los demás qué hacer y cómo hacerlo. El mensaje implícito en un estilo directivo es: «Sé lo que debes hacer y cómo debes hacerlo». El estilo directivo otorga funciones complementarias al receptor de la instrucción, como obedecer, adherirse o cumplir. Algunos ejemplos habituales de estilo directivo ocurren cuando un médico nos explica cómo tomar correctamente la medicación o cuando un agente de la libertad condicional explica las condiciones y las consecuencias que ha impuesto el tribunal.

RECUADRO 1.1. Un continuum de estilos comunicativos

Dirigir $\longleftrightarrow$ Guiar $\longleftrightarrow$ Acompañar

En el extremo opuesto de este *continuum* encontramos el estilo de *acompañamiento*. Quienes saben escuchar demuestran interés por lo que dice la otra persona, se esfuerzan en entenderla y se contienen respetuosamente (al menos en un principio) de hacer aportaciones propias. El mensaje implícito de un comunicador con estilo de acompañamiento es: «Confío en tu juicio, me quedaré contigo y dejaré que lo resuelvas a tu manera». Algunas de las funciones complementarias que otorga el estilo de acompañamiento a su interlocutor son las de tomar las riendas, avanzar y explorar. En la mayoría de contextos se dan situaciones en las que el estilo de acompañamiento es el

más adecuado: por ejemplo, limitarse a escuchar, en tanto que ser humano, a un paciente moribundo por el que ya se ha hecho todo lo posible o a un cliente que llega a la sesión embargado por una emoción muy intensa.

En el centro encontramos el estilo de *guía*. Imagine que viaja a un país extranjero y contrata a un guía para que lo ayude. El trabajo del guía no consiste en decirle cuándo debe llegar, adónde debe ir o qué debe ver o hacer. Un buen guía tampoco se limita a seguirle donde quiera que vaya. Un guía hábil sabe escuchar y ofrece información experta cuando es necesario. La EM se sitúa en este territorio intermedio entre dirigir y acompañar e incluye elementos de ambos. Ayudar a un niño a aprender una tarea nueva exige guiarlo: ni hacer demasiado ni demasiado poco para ayudarlo. En el recuadro 1.2 encontrará algunos verbos asociados a cada uno de los tres estilos comunicativos y que se dan de forma natural en la vida cotidiana.

El reflejo de corrección

Valoramos y admiramos a quienes deciden ayudar a los demás. Henri Nouwen (2005) observó que «todo el que se introduce voluntariamente en el dolor de un extraño es una persona extraordinaria», y estamos totalmente de acuerdo con él (p. 16). Una vida de servicio a los demás es un regalo profundo. Las personas llegan a profesiones de ayuda a los demás por distintos motivos desinteresados: el deseo de devolver algo a la sociedad, prevenir y aliviar el sufrimiento, manifestar el amor a Dios, marcar una diferencia positiva en las vidas de otros y en el mundo...

Irónicamente, estos mismos motivos pueden llevar a un uso excesivo del estilo directivo, que llega a ser inefectivo o incluso contraproducente cuando la tarea que tenemos entre manos es ayudar a las personas a cambiar. Queremos ayudar, arreglar las cosas, hacer que las personas emprendan el camino hacia la salud y el bienestar. Ver que alguien va por el camino equivocado despierta el deseo natural de ponerse frente a él y exclamar: «¡Detente! ¡Vuelve atrás! ¿Es que no lo ves? ¡Hay una manera mejor!», y lo hacemos con las mejores intenciones, de corazón. Lo llamamos «el reflejo de corrección», el deseo de enderezar lo que parece estar torcido en los demás y de orientarles rápidamente en la dirección adecuada recurriendo sobre todo al estilo directivo. ¿Qué puede haber de malo en eso?

RECUADRO 1.2. Algunos verbos asociados a cada estilo comunicativo

Estilo directivo	Estilo de guía	Estilo de acompañamiento
Administrar	Acompañar	Permitir
Autorizar	Despertar	Esperar
Ordenar	Asistir	Arropar
Llevar a cabo	Invitar	Estar con
Decidir	Colaborar	Entender
Determinar	Fomentar	Seguir al lado
Gobernar	Animar	Comprender
Liderar	Iluminar	Tener fe en
Gestionar	Inspirar	Escuchar
Instruir	Alumbrar	Observar
Prescribir	Presentar	Acoger
Presidir	Cuidar	Cobijar
Mandar	Motivar	Quedarse con
Dirigir	Ofrecer	Ser fiel
Conducir	Señalar	Asimilar
Asumir el mando	Mostrar	Interesarse por
Administrar	Apoyar	Captar
Decir	Llevar consigo	Reforzar

Ambivalencia

Ahora, recordemos que la mayoría de personas que necesitan hacer un cambio sienten cierta ambivalencia ante el mismo. Ven motivos para cambiar y motivos para seguir igual. Quieren cambiar y no quieren cambiar, todo a la vez. Es una experiencia humana habitual. De hecho, forma parte del proceso de cambio normal, es uno de los pasos en el camino (DiClemente, 2003; Engle y Arkowitz, 2005). Si siente ambivalencia, ya ha dado un paso hacia el cambio.

También hay personas que necesitan cambiar (o, como mínimo, eso es lo que piensan los demás), pero ven muy pocos motivos, o ninguno, para hacerlo. Quizás las cosas ya les estén bien tal y como están ahora o quizás intentaron cambiar en el pasado y fracasaron. ¡Para ellos, *desarrollar* ambivalencia acerca del cambio sería un gran paso hacia delante! (Abordaremos este tema en el capítulo 18.)

Sin embargo, la ambivalencia es el escollo más habitual en el camino hacia el cambio. La mayoría de personas que fuman, beben demasiado o no hacen el ejercicio suficiente son muy conscientes de los inconvenientes de su conducta. La mayoría de personas que han sufrido un infarto de miocardio saben perfectamente que deberían dejar de fumar, hacer ejercicio con regularidad y seguir una dieta más saludable. La

mayoría de personas diabéticas pueden recitar de memoria las terribles consecuencias de no controlar adecuadamente los niveles de glucosa en sangre. Desde el lado positivo, la mayoría de personas pueden describir también las ventajas de ahorrar, de hacer ejercicio, de reciclar, de comer mucha fruta y verdura y de ser amables con los demás. Sin embargo, otras motivaciones entran en conflicto con hacer lo correcto, por mucho que sepamos qué es lo correcto. La ambivalencia consiste en querer y no querer algo al mismo tiempo, o querer dos cosas incompatibles. Forma parte de la naturaleza humana desde el principio de los tiempos.

Por lo tanto, es normal que, si hablamos con una persona ambivalente, escuchemos dos tipos de discurso mezclados. Por un lado, escuchamos el *discurso de cambio*: los argumentos de la propia persona en favor del cambio. En nuestra primera edición (Miller y Rollnick, 1991) los llamamos «afirmaciones automotivacionales». Por el otro, escuchamos un discurso contrario, el *discurso de mantenimiento*: los argumentos de la propia persona para *no* cambiar y para mantener la situación actual. Si escuchamos a una persona ambivalente, el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento suceden a la vez y, con frecuencia, en la misma frase: «Tengo que hacer algo con mi peso [discurso de cambio], pero lo he intentado todo y nunca consigo ser constante con nada [discurso de mantenimiento]. A ver, sé que necesito perder peso por motivos de salud [discurso de cambio], pero es que me encanta comer [discurso de mantenimiento]». El «sí, pero» es el estribillo de la ambivalencia.

La ambivalencia es el escollo más habitual en el camino hacia el cambio.

La ambivalencia tiene una cualidad especialmente pegadiza, a pesar de que también puede resultar incómoda. Las personas pueden quedar encalladas en la ambivalencia durante mucho tiempo, vacilando entre dos opciones, dos caminos o dos relaciones. Dan un paso en una dirección y, de repente, la otra empieza a parecer mejor. Cuanto más nos acercamos a una alternativa, más claros parecen sus inconvenientes, al tiempo que empezamos a sentir nostalgia por la otra. Uno de los patrones habituales consiste en pensar un motivo para cambiar, entonces pensar en un motivo para *no* cambiar y, finalmente, dejar de pensar sobre ello. La única manera de escapar de la ambivalencia es elegir una dirección y seguirla; avanzar hacia ella sin detenernos.

Ahora, pensemos en lo que sucede cuando una persona ambivalente se encuentra con alguien que quiere ayudarla y que presenta el reflejo de corrección. La persona ambivalente ya cuenta con argumentos a favor y en contra del cambio. El reflejo natural del que ayuda es recurrir a los argumentos «positivos» y explicar por qué es necesario el cambio y cómo llevarlo a cabo. Si hablara con una persona dependiente del alcohol, podría decir algo parecido a: «Tienes un problema muy grave con la bebida. Tienes que dejarlo». En su fantasía, la respuesta es: «Tienes razón. No era consciente de la

gravedad de la situación. Muy bien, lo haré». Sin embargo, la respuesta más probable es: «No, te equivocas». Del mismo modo, el reflejo de corrección natural si estamos tratando a una alcohólica embarazada es explicarle lo peligroso que el alcohol es para el feto.

Sin embargo, lo más probable es que esas personas ya hayan escuchado antes los argumentos «positivos» y no sólo de boca de otras personas, sino de su propia voz interior. La ambivalencia se parece a tener un comité en el cerebro y que sus miembros no se pongan de acuerdo sobre lo que hay que hacer. El terapeuta que sigue su reflejo de corrección y defiende el cambio no hace más que apoyar a una de las voces del comité interno de la persona.

La persona ambivalente ya cuenta con argumentos a favor y en contra del cambio.

RECUADRO 1.3. Reflexión personal: el origen de la entrevista motivacional

No es casualidad que la EM surgiera en el contexto del tratamiento de las adicciones. Me sorprendía que los artículos y las opiniones de los profesionales de este sector fueran tan negativos con quienes padecen trastornos por abuso de sustancias y los describieran como mentirosos patológicos con formidables defensas inmaduras, en negación constante y sin contacto con la realidad. Esa no había sido en absoluto mi experiencia al tratar con estas personas y apenas había pruebas científicas de que, como grupo, tuvieran estructuras de personalidad o defensivas anormales o distintas en cualquier modo a las personas «normales». Por lo tanto, si entraban por la puerta de las clínicas de tratamiento de la adicción siendo tan diversos como la población general, ¿por qué los médicos los percibían de un modo tan inexorablemente parecido y difícil? Cuando las características preexistentes no explican las similitudes conductuales, el siguiente lugar natural donde buscar una explicación es el contexto, el entorno. ¿Era posible que la aparente homogeneidad de la conducta anormal fuera consecuencia del trato que recibían esas personas?

En la década de 1980, no hacía falta buscar mucho para verlo. En Estados Unidos, el tratamiento de las adicciones solía ser muy autoritario, beligerante e incluso despreciativo, y se basaba en un estilo terapéutico muy directivo. Tuve la suerte de que mi primera experiencia como terapeuta de personas que tenían problemas con el alcohol fuera en una unidad que no funcionaba así y, como sabía muy poco sobre el alcoholismo, escuchaba mucho a los pacientes de la planta. Aprendía de ellos e intentaba entender su dilema. En general, me parecían personas abiertas, interesantes y consideradas, muy conscientes del caos al que les había llevado la bebida. Por eso, cuando empecé a leer descripciones clínicas, pensé que no se parecían en absoluto a las personas a las que yo había visto.

Muy pronto, se me hizo evidente que la actitud abierta o la actitud defensiva del paciente, así como el discurso de cambio o el discurso de mantenimiento, dependían de la relación terapéutica. La «resistencia» y la motivación se dan en un contexto interpersonal. A estas alturas, la investigación ya lo ha demostrado con claridad y también es fácil de observar en la práctica clínica habitual. El modo en que se habla al paciente puede aumentar o reducir la motivación (o reticencia) del mismo, como si se tratara del volumen de la radio. Con frecuencia, la «negación» en el tratamiento de adicciones no es tanto un

problema del paciente como algo relacionado con la habilidad del terapeuta. Si la terapia evoca la defensa y los argumentos del statu quo, lograr el cambio es mucho más difícil. Y, a su vez, esto confirma la creencia del terapeuta de que se trata de personas difíciles, resistentes e intratables. Es una profecía autocumplida.

Entonces, me propuse descubrir cómo ayudarles de un modo que evocara en ellos su propia motivación para cambiar, en lugar de ponerlos a la defensiva. Uno de los sencillos principios que apareció desde las primeras sesiones fue que era el paciente, no el terapeuta, quien debía enunciar las razones para cambiar. Luego, comprobamos que el uso excesivo del estilo directivo no era propiedad exclusiva del tratamiento de adicciones, y la EM empezó a aplicarse con éxito en otros campos, como la atención sanitaria, correccionales y trabajo social.

WRM

Antes de leer el primer artículo sobre la EM, tuve una experiencia que sembró la semilla del interés que sentiría más adelante por la misma. Trabajaba de auxiliar de enfermería en un centro de tratamiento para personas con problemas de alcoholismo. El centro se regía por una filosofía agresiva y bastante intimidante, en la época, para un chico de veintitrés años de edad. El mensaje era que teníamos que ayudar a los clientes a superar la negación de su problema, porque, de otro modo, seguirían mintiéndose a sí mismos y a los demás acerca de su hábito destructivo. Gracias a las presentaciones de caso y a las conversaciones en las máquinas de café, no tardé mucho en averiguar qué pacientes eran especialmente «resistentes». Uno de ellos participaba en uno de los grupos de jóvenes que yo dirigía. Una tarde, después de que no hubiera dicho prácticamente nada durante la reunión de grupo, mató a su mujer de un disparo y luego se suicidó, todo en presencia de sus dos hijos pequeños.

Unos años más tarde, leí un artículo (Miller, 1983) en el que se sugería que la «negación» podía entenderse como la expresión de una relación disfuncional y de un vínculo deteriorado y que podía reconducirse en una dirección positiva si se adoptaba un estilo más colaborativo con los pacientes. Me di cuenta, con cierta sorpresa, de que el estilo personal y profesional que se caracterizaba por culpar, juzgar y etiquetar a los demás por ser «resistentes» y mostrarse «desmotivados» no se limitaba al terreno de las adicciones. Se daba en prácticamente todas las situaciones de atención sanitaria en las que me encontraba. La EM proponía una manera nueva de abordar estas conversaciones acerca del cambio.

SR

Entonces, ¿qué sucede a continuación? Hay una respuesta muy predecible cuando una persona que siente ambivalencia hacia algo escucha cómo alguien refuerza una de las alternativas: «Sí, pero...» o incluso sólo «Pero...», sin el «Sí». (Esto también sucede en los comités cuando hay desacuerdo.) Si defendemos una alternativa, lo más probable es que la persona ambivalente defienda la otra. A veces lo calificamos de «negación», «resistencia» u «oposición», pero estas respuestas no son en absoluto patológicas. Forman parte natural de la ambivalencia y del debate.

Este debate podría parecer terapéutico (una especie de psicodrama en el que la persona pone de manifiesto su ambivalencia con la ayuda del terapeuta, que representa la parte a favor del cambio), si no fuera por otro principio de la naturaleza humana: la mayoría de las personas tienden a creerse a sí mismos y a confiar más en sus propias

opiniones que en las de los demás. Hacer que alguien verbalice los argumentos en favor de una postura tiende a inclinar la balanza de su opinión en ese sentido. En otras palabras, las personas aprenden sus actitudes y creencias del mismo modo que los demás: escuchándose hablar a sí mismas (Bem, 1967, 1972). Desde esta perspectiva, si como terapeutas defendemos el cambio y el cliente defiende el mantenimiento, estamos haciendo justo lo contrario de lo que necesitamos. Idealmente, es el cliente quien debe enunciar los argumentos en favor del cambio. Todos los buenos vendedores lo tienen clarísimo. Las personas son muy sensibles al modo en que se les habla sobre un tema en el que están ambivalentes, en parte porque ya han mantenido consigo mismos estas conversaciones acerca del cambio. El reflejo de corrección asociado al estilo directivo tiende a instaurar un patrón de conversación opositivo. ¿Realmente resulta constructivo? ¿Qué resultado es más probable?

Si defendemos el cambio y el cliente defiende el mantenimiento, estamos haciendo justo lo contrario de lo que necesitamos.

La dinámica de las conversaciones de cambio

El reflejo de corrección parte de la creencia de que debemos *convencer* o *persuadir* a la persona para que haga lo correcto. Si hacemos las preguntas adecuadas, si encontramos los argumentos correctos y si seguimos la lógica acertada, la persona verá la luz y cambiará. Esta era la premisa imperante en el tratamiento de las adicciones durante gran parte de la segunda mitad del siglo XX: las personas con este tipo de problemas eran incapaces de percibir la realidad por sí mismas y, para que pudieran cambiar, antes había que derribar sus defensas patológicas. Esta perspectiva exige un fortísimo reflejo de corrección por parte del terapeuta: confrontar a la persona con la realidad, ofrecer una solución y, cuando hay resistencia, subir el volumen (White y Miller, 2007). Los clientes tienden a responder del modo previsto, por lo que se llega a la conclusión, errónea, de que todas las personas con adicciones tienen una personalidad inmadura, alzan defensas feroces y están «en negación» (Carr, 2011). Este fenómeno no es en absoluto exclusivo del tratamiento de las adicciones. Pueden encontrarse ecos de este fenómeno y de los juicios asociados en muchos ámbitos de la atención sanitaria y social y de la justicia penal.

Pruebe este experimento teórico o, mejor aún, póngalo en práctica con un amigo. Elija algo que haya estado pensando en cambiar, que debería cambiar o que quizás quiere o necesita cambiar, pero que aún no ha cambiado. En otras palabras, piense en un cambio ante el que se muestra ambivalente. Todos tenemos alguno. Ahora, haga (o imagine) que un «terapeuta» le explique lo necesario que es el cambio, le dé toda una

lista de motivos por los que debe cambiar, insista en la importancia del cambio, le diga cómo debe hacerlo, le garantice que puede hacerlo y le exhorte a emprender el proceso. ¿Cómo cree que respondería? Hemos puesto en práctica este ejercicio en todo el mundo y las respuestas que nos han dado son muy parecidas en todas partes. Algunos lo encuentran útil, quizás uno de cada veinte (la proporción suficiente para que los terapeutas sigan insistiendo), pero lo más habitual es que la persona «ayudada» se sienta de alguna de estas maneras, si no de todas:

Enfadado (agitado, molesto, irritado, no escuchado, no comprendido)

A la defensiva (despreciado, juzgado, justificativo, opositivo, no dispuesto a cambiar)

Incómodo (avergonzado, abrumado, con ganas de irse)

Impotente (pasivo, en inferioridad, desalentado, desmotivado)

De hecho, durante este tipo de interacción la persona «ayudada» concluye que en realidad *no* quiere cambiar. Obviamente, esa no suele ser la intención de quien quería ayudarla. Sencillamente, es la respuesta normal ante el reflejo de corrección y de cuando nos dicen qué, cómo y por qué debemos hacer. El reflejo de corrección suele hacer que nos sintamos mal; y sentirnos mal no nos ayuda a cambiar.

Ahora, pruebe otra vez, pero entonces su amigo hará algo distinto. De nuevo, hablen de algo que quiera, deba o necesite cambiar, de algo que está pensando en cambiar pero que no ha cambiado aún. Sin embargo, ahora su amigo no le dará ningún consejo, sino que le hará una serie de preguntas y escuchará con respeto lo que usted tenga que decir al respecto. En 2006, desarrollamos estas preguntas para que los principiantes pudieran hacerse a la idea de cómo funciona el proceso de la EM:

1. ¿Por qué querrías cambiar?
2. ¿Qué crees que podrías hacer para conseguirlo?
3. ¿Cuáles son los tres mejores motivos para hacerlo?
4. ¿Cuán importante es para ti el cambio y por qué?

Su amigo escucha con paciencia y, entonces, le devuelve un breve resumen de lo que *usted* ha dicho: por qué quiere cambiar, por qué es importante, cuáles son los mejores motivos para el cambio y qué puede hacer para conseguirlo. Entonces, su amigo le hace otra pregunta y, de nuevo, se limita a escuchar la respuesta:

5. Entonces, ¿qué piensas hacer?

Y ya está. Aún no hemos explicado qué sucede en esta conversación acerca del cambio y tampoco le hemos explicado la teoría ni dado directrices. Las preguntas en sí mismas no son el método, pero sí que permiten vislumbrar el espíritu y el estilo centrado en la persona de la EM. También hemos puesto en práctica este ejercicio en todo el

mundo y, de nuevo, las personas tienden a responder (independientemente de la formación previa de quien trata de ayudarlas) de modos parecidos. Suelen decir que se han sentido:

- Implicadas (interesadas, con ganas de cooperar, con una visión positiva del terapeuta, con ganas de seguir hablando)
- Potentes (capaces de cambiar, esperanzadas, optimistas)
- Abiertas (aceptadas, cómodas, seguras, respetadas)
- Entendidas (conectadas, escuchadas, atendidas)

El tema de la conversación es el mismo en ambos casos: la posibilidad de un cambio caracterizado por la ambivalencia. Sin embargo, los resultados suelen ser muy distintos. ¿Con quién prefiere trabajar? ¿Con (1) personas enfadadas, a la defensiva, incómodas y pasivas a las que les cae mal? ¿O con (2) personas que se sienten implicadas, potentes, abiertas y entendidas y que están a gusto con usted? Son *las mismas personas*. Lo que cambia es la dinámica de la conversación.

Una primera definición

Entonces, ¿qué es exactamente la EM? Ciertamente, no se trata de una sencilla serie de cinco preguntas para promover el cambio. La EM hábil es mucho más que hacer preguntas y exige una escucha de calidad. En nuestra primera edición (Miller y Rollnick, 1991) no ofrecimos ninguna definición. Desde entonces, hemos ofrecido varias aproximaciones (Miller y Rollnick, 2002, 2009; Rollnick y Miller, 1995). Parte del problema reside en la complejidad de la EM. En esta tercera edición, ofrecemos tres *niveles* de definición distintos, uno en cada uno de los tres primeros capítulos. La primera es una definición para el público general que se centra en el propósito de la EM:

La entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio.

En primer lugar y sobre todo, la EM es una conversación acerca del cambio. Si hubiéramos tenido que llamarla de otra manera, probablemente hubiera sido «conversación motivacional». Puede ser breve o prolongada y puede darse en muchos contextos distintos, individualmente o en grupo, pero siempre se trata de una conversación colaborativa, jamás de un sermón o de un monólogo. Se trata más de guiar que de dirigir. Además, tal y como indica el nombre, su propósito principal es reforzar la motivación para el cambio: la motivación de la *propia* persona. La motivación sin compromiso es incompleta y, en esta edición, prestamos más atención a la relación entre

la EM y la planificación y la aplicación del cambio (parte v). En el capítulo 3, ofreceremos una visión general del método de la EM, pero primero reflexionaremos sobre el espíritu subyacente que guía las buenas prácticas.

Puntos clave

- ✓ *La entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio.*
- ✓ El estilo general de la EM es de *guía*, a medio camino entre los estilos *directivo* y *de acompañamiento*, de los que también incorpora algún elemento.
- ✓ La ambivalencia es un elemento normal del proceso de preparación para el cambio y se trata de un estado en el que la persona puede quedar atrapada durante cierto tiempo.
- ✓ Cuando el terapeuta usa un estilo directivo y defiende el cambio ante una persona ambivalente, esta reaccionará defendiendo los argumentos opuestos.
- ✓ Las personas suelen quedar más convencidas por lo que se escuchan decir a sí mismas.

CAPÍTULO 2

EL ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Si tratas a una persona como lo que es, seguirá siendo lo que es. Pero si la tratas como si ya fuera lo que debe y puede ser, se convertirá en lo que puede y debe ser.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

La compasión es el deseo de ver a los demás liberados de su sufrimiento.

DALÁI LAMA

Cuando empezamos a formar en EM en la década de 1980, tendíamos a centrarnos en la técnica, en el *cómo*. Sin embargo, con el tiempo empezamos a echar en falta algo importante. Cuando observábamos a los alumnos poner en práctica la EM, nos daba la sensación de que les habíamos enseñado la letra, pero no la música. ¿Qué no habíamos conseguido transmitirles? Y fue entonces cuando empezamos a escribir acerca del *espíritu* y de la actitud mental y de corazón que subyacen a la EM (Rollnick y Miller, 1995).

Con ello, nos referimos a la perspectiva subyacente desde la que se practica la EM. Sin ella, la EM se convierte en un truco cínico, en un intento de manipular a las personas para que hagan lo que no quieren hacer: el mago experto conduce al desventurado cliente hasta la opción correcta. En definitiva, se convierte en una versión del reflejo de corrección, en un duelo de ingenio cuyo objetivo es vencer al adversario. Nuestra primera edición reflejaba un poco este lenguaje y esta postura.¹

¿Qué es este espíritu, la actitud de corazón y de mente que adoptamos en la práctica de la EM? Este es precisamente el objeto de este capítulo. Empezaremos con cuatro elementos clave e interrelacionados del espíritu de la EM: colaboración, aceptación, compasión y evocación. Cada uno de ellos tiene un componente experiencial y un componente conductual. Por ejemplo, podemos experimentar aceptación o compasión hacia los demás, pero si no lo expresamos conductualmente, no les sirve de nada.

Queremos dejar claro que estos cuatro elementos no son prerequisites para la práctica de la EM. Si tuviéramos que sentir una aceptación y una compasión profundas hacia todos antes de poder practicar la EM, la espera podría durar toda la vida. En nuestra experiencia, la propia práctica de la EM enseña estos cuatro hábitos del corazón.

Colaboración

El primero de los cuatro aspectos fundamentales de la EM es que implica *colaboración*. No es algo que un experto le hace a un receptor pasivo, un profesor a un alumno o un maestro a un discípulo. De hecho, no se hace «a» nadie en absoluto. Se hace «para» y «con» la persona. Es una colaboración activa entre expertos. Cada persona es la mejor experta en sí misma. Nadie ha pasado más tiempo con ella ni la conoce mejor. En la EM, el terapeuta es un compañero que, normalmente, habla menos de la mitad del tiempo. El método de la EM implica explorar más que exhortar, e interés y apoyo más que persuasión o argumentación. El objetivo del entrevistador es crear una atmósfera interpersonal positiva que conduzca al cambio, sin presionar.

Hemos visto que, a veces, resulta útil utilizar metáforas y símiles cuando explicamos qué es la EM y así lo haremos a lo largo del libro. Una buena metáfora es que la EM es un baile, no un combate.² Nos movemos con la persona, no contra ella. No es un proceso en el que hay que someter y sujetar a un adversario. Una buena EM se parece a un vals. Sí, hay alguien que lidera el baile y el liderazgo hábil es crucial en el arte de la EM. Pero no hay que tropezar ni pisar al otro. Sin colaboración, no hay baile.

La EM se hace «para» y «con» la persona.

¿Por qué es tan importante? Una explicación sencilla es que si el objetivo es que la otra persona cambie, el terapeuta no puede conseguirlo solo. El cliente tiene un conocimiento crucial que complementa al nuestro. Y activar ese conocimiento es una condición clave para que el cambio suceda (Hibbard, Mahoney, Stock y Tusler, 2007; Hibbard, Stockard, Mahoney y Tusler, 2004). La EM no es un truco para hacer que las personas cambien; es un modo de activar su propia motivación y sus propios recursos para cambiar. Una de las trampas que hay que evitar en este punto es la trampa del experto: transmitir que tenemos la respuesta al dilema de la persona, gracias a nuestros conocimientos profesionales. Evitar esta trampa supone liberarnos de la expectativa de que *deberíamos* tener y proporcionar todas las respuestas correctas. En realidad, no tenemos por qué tenerlas cuando se trata del cambio personal. La trampa del experto es terreno abonado para el reflejo de corrección. Durante la formación de posgrado, se enseña a los profesionales que lo que se espera de ellos es que tengan la respuesta adecuada y la ofrezcan lo antes posible. Suspender de forma deliberada el reflejo de ofrecer opiniones expertas es un elemento clave del espíritu de colaboración que impregna la EM.

La naturaleza colaboradora de la EM requiere que sintonicemos y gestionemos nuestras propias aspiraciones, no sólo las del entrevistado. El proceso interpersonal de la EM es una conjunción de aspiraciones que, como sucede en cualquier relación, pueden

coincidir o no. Si no somos conscientes de nuestra opinión y de nuestros intereses, nos faltará la mitad de la información. Consideramos que la honestidad con uno mismo en lo que se refiere a nuestras aspiraciones es esencial en la EM. A veces, el contexto permite suponer el objetivo del entrevistador. Si alguien entra en una «clínica de cesación tabáquica» o ingresa en un «programa de tratamiento del alcoholismo/drogadicción», el tema de conversación y la dirección del cambio son evidentes. Quienes atienden las líneas telefónicas de prevención del suicidio quieren impedir que quienes llaman se suiciden, los agentes de libertad condicional quieren prevenir las conductas delictivas. En muchos contextos, es el propio cliente quien propone el cambio y presenta problemas y preocupaciones concretos. Sin embargo, puede suceder que las prioridades para el cambio sean distintas para el entrevistador y para el entrevistado, una situación de la que hablaremos más detalladamente en el capítulo 10. Ahora, insistimos en la conciencia y la honestidad en lo que concierne a los propios valores y objetivos durante las conversaciones sobre el cambio.

La EM no es un truco para hacer que las personas cambien; es un modo de activar su propia motivación y sus propios recursos para cambiar.

El elemento de colaboración de la EM denota un respeto profundo hacia el otro. En cierto modo, el practicante de la EM es un testigo privilegiado del cambio, y la conversación se parece a estar sentados juntos en un sofá, mientras el entrevistado va pasando las hojas de un álbum de fotografías. A veces preguntamos algo, pero sobre todo escuchamos, porque la historia es del otro. Nuestro objetivo es entender la vida que hay ante nosotros y ver el mundo a través de los ojos del otro, en lugar de imponerle nuestra propia visión.

Aceptación

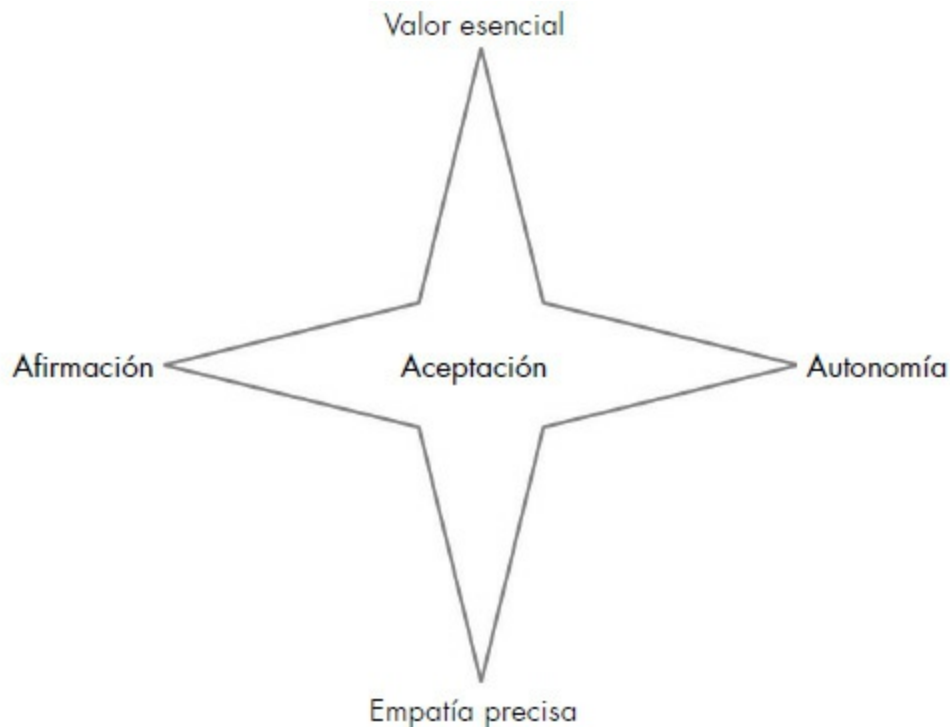
La actitud de *aceptación* profunda de lo que nos trae el cliente tiene mucho que ver con este espíritu de colaboración. Aceptar a una persona en este sentido no significa necesariamente que debamos aceptar la conducta del otro o el *statu quo*. La aprobación (o desaprobación) del entrevistador en tanto que persona es irrelevante.

El modo en que entendemos la aceptación hunde sus raíces en la obra de Carl Rogers y consta, como mínimo, de cuatro facetas (recuadro 2.1).

VALOR ESENCIAL

En primer lugar, la aceptación implica reconocer el valor y el potencial inherentes a todo ser humano. Rogers (1980b) describía esta actitud como una atención no posesiva o una mirada positiva incondicional, «una aceptación del otro en tanto que persona autónoma, un respeto por el valor que tiene el otro por ser quien es. Es una confianza básica, la creencia de que la otra persona es fundamentalmente digna de confianza» (p. 271). Era una de sus condiciones terapéuticas necesarias y suficientes para que el cambio ocurriera. Fromm (1956, p. 23) lo describió como un respeto consistente en «la habilidad de ver a la persona tal y como es, de ser consciente de su individualidad única. Respeto significa preocuparse por que la otra persona pueda crecer y desarrollarse tal y como es. Por lo tanto, el respeto implica la ausencia de explotación».

RECUADRO 2.1. Las cuatro facetas de la aceptación



La actitud opuesta es la del juicio, la que otorga un valor condicional: «Yo decidiré quién merece respeto y quién no». Vemos aquí una paradoja fascinante. Coincidimos con Rogers en que cuando las personas sienten que no se las acepta tal y como son, se paralizan. Su habilidad para cambiar se reduce o se bloquea. Cuando, por el contrario, las personas se sienten aceptadas tal y como son, se sienten libres para cambiar.

Rogers (1959) llevó esta *Menschenbild*, esta concepción de la naturaleza humana, un paso más allá y afirmó que, dadas las condiciones terapéuticas críticas, las personas avanzarán de forma natural hacia el cambio positivo. Esta tendencia a la

«autorrealización» (Maslow, 1943, 1970) es tan natural como la tendencia de una planta a crecer hacia la luz cuando cuenta con el terreno, el agua y la luz que necesita. Es como si cada persona tuviera un estado final maduro o propósito (*telos*, en griego) natural, hacia el que avanzará si se dan las condiciones óptimas. El *telos* de una bellota es un roble. ¿Tienden también las personas a la autorrealización de forma natural, a crecer hacia un *telos* positivo? No podemos estar seguros, pero *sí* podemos elegir nuestra propia *Menschenbild*,³ o cómo queremos percibir a las personas y a la naturaleza humana. Esta percepción tiende a convertirse en una profecía autocumplida (Leake y King, 1977; Miller, 1985a).

EMPATÍA PRECISA

El segundo aspecto clave para la aceptación (y otra de las condiciones críticas de Rogers para el cambio) es la empatía precisa, o el interés activo y el esfuerzo por entender la perspectiva interna del otro, por ver el mundo a través de sus ojos. No hablamos de conmiseración, de pena o de camaradería. Tampoco hablamos de identificación: «He pasado por lo mismo y sé cómo te sientes. Deja que te cuente mi historia». Estas actitudes pueden estar presentes o no, pero la empatía es la capacidad de entender el marco de referencia del otro y la convicción de que vale la pena hacerlo. Rogers y sus alumnos supieron describir muy bien la habilidad terapéutica de la empatía precisa (Rogers, 1965; Truax y Carkhuff, 1967). Es «sentir el mundo interno de significados privados y personales del cliente como si fueran los propios, pero sin que pierdan jamás la cualidad del “como si”» (Rogers, 1989, pp. 92-93). Lo opuesto de la empatía es imponer la perspectiva personal, quizás porque asumimos que la postura del otro es irrelevante o errónea.

PROMOVER LA AUTONOMÍA

En tercer lugar, la aceptación requiere honrar y respetar la autonomía del otro, su derecho y su capacidad irrevocables para decidir qué dirección tomar (Deci y Ryan, 1985; Markland, Ryan, Tobin y Rollnick, 2005). Victor Frankl (2006) observó que:

Los que estuvimos en campos de concentración recordamos a los hombres que iban de barracón en barracón consolando a los demás, dándoles el último trozo de pan que les quedaba.

Puede que fueran pocos en número, pero ofrecían pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas, la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias, para decidir su propio camino (pp. 65-66).

Con su terapia centrada en el cliente, Rogers (1962) quería ofrecer a las personas «libertad completa para ser y para elegir» (p. 93). No cabe duda de que esta confianza se basaba en su concepción de la naturaleza humana como algo esencialmente «positivo, en

desarrollo, constructivo, realista y digno de confianza» (p. 91). Creía que, dadas las condiciones terapéuticas esenciales, las personas crecerán de forma natural en una dirección positiva. Su postura contrastaba con la perspectiva freudiana de que las personas son, fundamentalmente, hedonistas y egoístas y no son conscientes, en su mayoría, de los oscuros impulsos que modelan sus vidas.

Lo opuesto de promover la autonomía es intentar *hacer* que las personas hagan algo, presionar y controlar. Un agente de la libertad condicional que dice «No puedes salir del condado» no dice estrictamente la verdad, como tampoco lo hace el terapeuta que le dice a una persona alcohólica: «No puedes beber». Lo que quieren decir es que esa conducta concreta puede tener consecuencias muy negativas, pero la decisión es siempre de la persona. Aquí nos encontramos con otra paradoja. Decirle a alguien que «no puede» hacer algo y, más en general, intentar controlar las decisiones de otra persona suele generar reactancia psicológica (Dillard y Shen, 2005; Karno y Longabaugh, 2005a, 2005b), o el deseo de reafirmar la libertad personal. Por el contrario, reconocer explícitamente la libertad de acción del otro suele bajar las defensas y facilita el cambio. Esto implica liberarse de la idea y de la carga de que debemos (o podemos) hacer que las personas cambien. En esencia, se trata de renunciar a un poder que jamás hemos tenido.

AFIRMACIÓN

Finalmente, la aceptación tal y como la entendemos nosotros implica afirmación, buscar y reconocer las capacidades y los esfuerzos del otro. Tal y como sucede con el valor esencial, la autonomía y la empatía, no nos referimos a una experiencia meramente privada de este reconocimiento, sino a una manera deliberada de estar y de comunicar (Rogers, 1980b). Su opuesto es la búsqueda de lo que va mal en el otro (que es, precisamente, el propósito habitual de la «evaluación») y, una vez identificado, decirle cómo debe arreglarlo.

Juntas, estas cuatro condiciones centradas en la persona transmiten lo que entendemos por «aceptación». Honramos el *valor absoluto* del otro y su potencial como ser humano, reconocemos y promovemos su *autonomía* irrevocable para elegir su propio camino, intentamos entender su postura mediante la *empatía precisa* y *afirmamos* sus capacidades y sus esfuerzos.

Compasión

En esta tercera edición, hemos decidido añadir el elemento de la compasión a la descripción del espíritu que subyace a la EM. De nuevo, no nos referimos a una sensación personal ni a una experiencia emocional como la identificación o la conmiseración, porque no son ni necesarias ni suficientes para la práctica de la

compasión. No hace falta que «suframos con» para poder actuar con compasión, de mismo modo que la piedad sin acción no es de gran utilidad. Ser compasivo significa promover activamente el bienestar del otro y dar prioridad a sus necesidades. Al fin y al cabo, nuestros servicios son en beneficio del cliente, no en el nuestro. Prácticamente todas las grandes religiones del mundo defienden el cultivo y la práctica de esta virtud que busca el bienestar y el mejor interés del otro. Esta promoción del bienestar ajeno es, por supuesto, una de las motivaciones que atrae a las personas hacia profesiones de ayuda.

¿Por qué hemos añadido la compasión a los otros tres elementos del espíritu de la EM? Porque es posible practicar las otras tres en aras del beneficio personal. Un vendedor hábil establece una relación funcional con sus clientes potenciales, es consciente de sus propios objetivos y valores y sabe que, al final, es el cliente quien decide si comprará o no. Con este ejemplo no pretendemos descalificar la práctica comercial, sino poner de manifiesto que los conocimientos y las técnicas psicológicas, incluidas las que describiremos más adelante, *pueden* usarse para explotar, para perseguir fines personales y conseguir una confianza y una obediencia inmerecidas (Cialdini, 2007). Trabajar con un espíritu de compasión supone tener el corazón en su sitio, de modo que la confianza que inspiremos sea bien merecida.

Ser compasivo significa promover activamente el bienestar del otro y dar prioridad a sus necesidades.

Evocación

Gran parte de lo que sucede en las consultas profesionales sobre el cambio se basa en un modelo de déficit, en algo que a la persona le falta y necesita adquirir o desarrollar. El mensaje implícito es «Tengo lo que necesitas y te lo voy a dar», ya se trate de conocimiento, de ideas, de un diagnóstico, de sabiduría, de racionalidad o de habilidades de afrontamiento. Por lo tanto, el diagnóstico suele centrarse en la detección de déficits que hay que corregir mediante la pericia profesional. Una vez que hemos descubierto el ingrediente perdido, lo que al cliente le falta, sabremos qué debemos proporcionarle. Este abordaje es razonable si hablamos de reparación de automóviles o de tratamiento de infecciones, pero no suele funcionar demasiado bien cuando el tema de conversación es el cambio personal.

El espíritu de la EM parte de una premisa muy distinta, basada en las fortalezas y que entiende que las personas ya tienen en su interior lo que necesitan. Nuestra tarea se limita a evocarlo y activarlo. El mensaje implícito es «*Tienes* lo que necesitas y, juntos, lo encontraremos». Desde esta perspectiva, es muy importante centrarse en los puntos fuertes y los recursos de la persona y entenderlos bien, en lugar de indagar en busca de

carencias. Asumimos que las personas realmente son expertas sobre sí mismas y que si hacen lo que hacen, es porque tienen un buen motivo para ello. Ya cuentan con la motivación y los recursos necesarios, los cuales son susceptibles de ser activados. Uno de los resultados inesperados de nuestras primeras investigaciones sobre la EM fue que una vez que las personas conseguían resolver su ambivalencia respecto al cambio, con frecuencia pasaban a la acción por sí solas, sin necesidad de más ayuda o autorización por parte de un profesional.

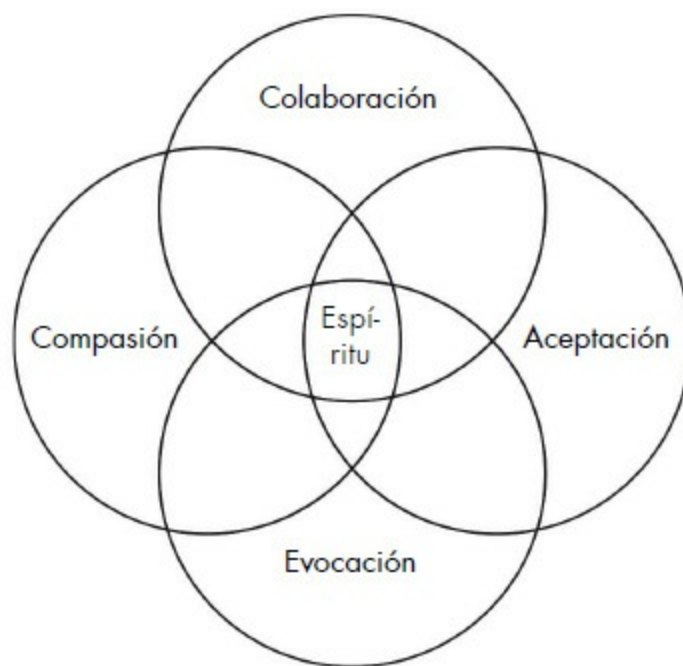
Reflexionemos sobre dos abordajes muy distintos con relación a la educación. Uno consiste en dar clases magistrales, que, en esencia, es insertar conocimientos. Abrir la cabeza, introducir datos y suturar. El verbo latín correspondiente es *docere*, la raíz etimológica de *doctrina*, *docente*, *adoctrinar*, *dócil* y *doctor*. Esta postura parte de un modelo de déficit que asume que la persona no tiene lo que necesita. Aunque hay un tiempo y un lugar para este tipo de enseñanza, no suele ser muy efectivo a la hora de ayudar a las personas a cambiar. El abordaje opuesto consiste en extraer (en latín, *educere*), como si extrajéramos agua de un pozo. Desde la perspectiva de la EM, se parte del supuesto de que en la persona hay un gran pozo de sabiduría que el maestro puede extraer. La mayoría de lo que se necesita ya está ahí, sólo es cuestión de acceder a ello, de activarlo. El practicante de la EM manifiesta un verdadero interés por entender la postura y la sabiduría del cliente.

Este espíritu de evocación también encaja con la concepción de ambivalencia que hemos presentado en el capítulo 1. Las personas que se muestran ambivalentes ante el cambio ya tienen *ambos* argumentos en su interior: los que van en favor del cambio y los que abogan por el mantenimiento. Esto significa que la mayoría de clientes ya cuentan con voces defensoras del cambio en su comité interno, ya cuentan con sus propias motivaciones positivas para cambiar. Y lo más probable es que resulten mucho más persuasivas que cualquiera de los argumentos que nosotros podamos aportar. Por lo tanto, nuestra tarea consiste en evocar y reforzar las motivaciones que ya están presentes.

El espíritu de la EM emerge en la intersección de estos cuatro componentes (recuadro 2.2), lo cual nos proporciona el contexto para nuestra segunda definición, ahora en una versión más pragmática, de la EM. Esta definición va dirigida a los profesionales y responde a la pregunta: «¿Por qué querría aprender a llevar a cabo la EM y cómo la usaría?».

La entrevista motivacional es un estilo terapéutico centrado en la persona que aborda el habitual problema de la ambivalencia ante el cambio.

RECUADRO 2.2. El espíritu que subyace a la EM



Algunos principios de la atención centrada en la persona

El espíritu subyacente que describimos aquí se enmarca con claridad en la tradición de la atención centrada en la persona, que también se ha llamado terapia centrada en la persona (Rogers, 1965), medicina centrada en el paciente (Laine y Davidoff, 1996) y atención centrada en la relación (Beach, Inui y la Relationship-Centered Care Research Network, 2006). Esencialmente, se trata de ubicar la perspectiva del cliente en el centro del servicio. En este sentido, sugerimos para acabar el capítulo algunos principios generales enmarcados en un abordaje de la atención centrada en la persona, en el sentido amplio de la palabra.

1. Nuestros servicios existen para beneficiar a las personas a las que atendemos (y no al contrario). Las necesidades de los clientes (participantes, pacientes, consumidores, etc.) son nuestra prioridad absoluta.
2. El cambio es, fundamentalmente, un cambio personal. Los servicios que proporcionamos (tratamiento, terapia, intervenciones, asesoramiento, etc.) tan sólo facilitan los procesos de cambio naturales (Prochaska y DiClemente, 1984).
3. Las personas son expertas en sí mismas. No hay nadie que sepa más acerca de ellas.
4. No tenemos que *hacer* que pasen cosas. La verdad es que no podemos conseguirlo solos.
5. No tenemos por qué aportar todas las buenas ideas. Lo más probable es que las nuestras no sean las mejores.

6. Las personas tienen sus propias fortalezas, motivaciones y recursos, que es vital activar para que el cambio suceda.
7. Por lo tanto, el cambio exige cooperación, una colaboración de experiencia.
8. Es importante entender el punto de vista de la persona acerca de la situación, sobre qué cree que necesita y cómo cree que puede conseguirlo.
9. El cambio no es una lucha de poder en la que si el cambio ocurre, hemos «ganado». Una conversación sobre el cambio debe ser como un baile, no como un combate.
10. La motivación para el cambio no se instala, sino que se evoca. Ya está ahí, sólo tenemos que acceder a ella.
11. No podemos revocar la decisión que toma la persona sobre su conducta. Cada uno toma sus propias decisiones acerca de qué hacer o no y el objetivo de cambio no es tal hasta que la persona lo hace suyo.

Un proceso evolutivo

En este capítulo hemos intentado describir la actitud mental y de corazón con la que debe abordarse el proceso de la EM. Tal y como hemos dicho antes, haberlas interiorizado completamente no es un requisito previo para la práctica de la EM. De otro modo, ¿quién podría empezar? De hecho, es la práctica de la EM a lo largo de los años lo que nos conduce verdaderamente al aprendizaje de esta actitud subyacente. El Dalái Lama describió así el desarrollo de la compasión:

Cultivar la compasión por los demás se da a través de un proceso evolutivo [...] El primer paso es el conocimiento [...] El segundo es reflexionar e interiorizar continuamente dicho conocimiento [...] hasta que se transforma en una *convicción*; hasta que se integra en la actitud mental [...] Entonces, llega finalmente el momento en que pasa a ser algo espontáneo (el Dalái Lama y Ekman, 2008, pp. 156-157).

Esta es nuestra experiencia en el aprendizaje de la EM. Ya no preparamos con antelación qué actitud debe adoptar nuestro corazón durante la consulta (aunque hacerlo puede ser útil). Es algo automático, evocado por la práctica de esta forma de estar ante los demás. Por lo tanto, no se preocupe si cree que a su «espíritu» aún le queda camino por recorrer. La propia práctica le enseñará y le recordará cómo estar.

RECUADRO 2.3. Reflexión personal: una oración para la EM

Vivo en el suroeste de Estados Unidos y, con frecuencia, he tenido el privilegio de conversar acerca de la entrevista motivacional con terapeutas nativos americanos. Algunos me han dicho que esta manera respetuosa de relacionarse con los demás es muy compatible con las normas de las conversaciones tribales. Sin embargo, el líder de una tribu observó una vez que, para poder enseñar la EM a indios

americanos debería tener una oración, una canción y una danza. Dejaré la danza y la canción a personas más capaces que yo, pero compuse esta oración con la ayuda de Raymond Daw. Esta versión en concreto refleja la meditación preparatoria para trabajar con una cliente, pero los pronombres pueden cambiarse.

Guíame para que sea el compañero de la paciente, para que pueda escucharla con un corazón tan abierto como el cielo.

Concédeme la visión para ver con sus ojos y un oído agudo para escuchar su historia.

Crea una meseta segura y abierta por la que podamos caminar juntos.

Conviérteme en un estanque claro en el que ella pueda reflejarse.

Guíame para que pueda encontrar en ella tu belleza y tu sabiduría, conocedor de tu deseo de que ella encuentre la armonía: con salud, con amor y con fuerza.

Permíteme honrarla y respetar el camino que elija seguir y bendícela para que pueda recorrerlo con libertad.

Muéstrame de nuevo que, aunque ella y yo seamos diferentes, existe un lugar lleno de paz en el que somos uno.

WRM

Puntos clave

- ✓ La EM es un estilo terapéutico centrado en la persona que aborda el frecuente problema de la ambivalencia ante el cambio.
- ✓ LA EM se hace *para* o *con* la persona, no *a* la persona.
- ✓ Los cuatro aspectos fundamentales del espíritu que subyacen a la EM son: colaboración, aceptación, compasión y evocación.
- ✓ La aceptación tiene cuatro componentes: *valor esencial, empatía precisa, promover la autonomía y afirmación.*
- ✓ La EM evoca lo que ya está presente, no añade lo que falta.

CAPÍTULO 3

EL MÉTODO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Por lo general, nos persuaden mejor las razones que hemos hallado nosotros mismos que las encontradas por los demás.

BLAISE PASCAL

Eres una comadrona que asiste al nacimiento de otra persona. Haz el bien sin aspavientos ni escándalo. Facilita lo que sucede, en lugar de lo que crees que habría de suceder. Si debes liderar, hazlo de modo que ayudes a la madre, pero de forma que ella siga siendo libre y conserve el control. Cuando el bebé haya nacido, la madre exclamará con acierto: «¡Lo hemos hecho nosotros!».

Tao Te Ching

Los cuatro procesos de la entrevista motivacional

En nuestras primeras dos ediciones, describimos dos fases de la EM: generar motivación (Fase 1) y consolidar el compromiso (Fase 2). Tenía mérito en tanto que guía sencilla. Por ejemplo: «Hay que estar atento y no hablar exclusivamente de *cómo* cambiar, que es más relevante en la Fase 2, antes de hablar de *por qué* cambiar, que es fundamentalmente una actividad de la Fase 1». Sin embargo, en la práctica, esta distinción tan sencilla no conseguía reflejar el proceso de toma de decisiones, que, con frecuencia, parece más circular que lineal. También parecía incompleta. Por ejemplo, los médicos nos decían que a veces tenían dificultades para aplicar la EM, porque los clientes parecían desmotivados. Otro reto clínico para algunos médicos era el amplio abanico de posibilidades de cambio que se abría ante los clientes, porque les costaba acotar la conversación.

Todo ello nos llevó a reflexionar con más detalle sobre los procesos que componen la EM. Decidimos abrir el hilo secuencial de «fases» y ofrecer, en su lugar, una aproximación de lo que en la práctica encontramos como cuatro procesos que se solapan.

Para designar estos procesos hemos elegido los infinitivos «vincular», «enfocar», «evocar» y «planificar», y hemos organizado el libro en función de ellos.

El propósito de este capítulo es presentar una visión general de estos procesos básicos que constituyen el flujo de la EM. En cierto sentido, estos procesos emergen en el orden en que los describimos. Si no vinculamos al cliente, es muy poco probable que

podamos ir muy lejos. Evocar, tal y como lo entendemos en el libro, sólo es posible si uno está muy enfocado. Y decidir *si* cambiar o no suele ser un requisito previo a planificar *cómo* cambiar. Sin embargo, también son recurrentes. Se cruzan, se solapan y recurren. La confluencia de estos cuatro procesos es lo que mejor describe la EM.

Como los cuatro procesos son secuenciales y recurrentes al mismo tiempo, hemos decidido representarlos como escalones de una escalera (recuadro 3.1). Cada proceso parte de los anteriores y conduce al siguiente. Durante una conversación o caso, podemos subir o bajar por la escalera y volver a un escalón anterior que requiere más atención.

VINCULAR

Toda relación empieza por un periodo de creación del vínculo. Cuando alguien viene en busca de asesoramiento o de atención, es habitual que se pregunte e incluso imagine cómo será el o la profesional y cómo le tratará. Las primeras impresiones son muy potentes (Gladwell, 2007), aunque no irrevocables. Durante la primera visita, el cliente suele decidir, entre otras cosas, si y cuánto le gusta el profesional, si y cuánto confía en él o ella, y si tiene intención de volver o no. En algunos contextos, el número de visitas más habitual es... ¡tan sólo una!

RECUADRO 3.1. Los cuatro procesos de la EM



Vincular es el proceso por el que ambas partes establecen una conexión de ayuda y/o relación terapéutica. En ocasiones, esto ocurre en cuestión de segundos; en otras, su ausencia se percibe durante semanas. Durante la conversación se pueden hacer muchas cosas para reforzar el vínculo. Y hay factores ajenos a la conversación inmediata que también pueden facilitarlo o socavarlo: el sistema asistencial en el que se hallan el cliente y el profesional, el estado emocional del terapeuta, las circunstancias y el estado de ánimo del cliente cuando entra en la sala...

El vínculo terapéutico es un requisito previo para todo lo que ha de seguir. Por supuesto, no es algo exclusivo de la EM. Forjar una alianza con el cliente es importante en muchos entornos asistenciales. El nivel de calidad que el cliente otorga a su relación terapéutica con el profesional tiende a predecir la adherencia al tratamiento y el resultado del mismo; el que otorga el profesional no siempre tiene tanto poder predictivo (Crits-Christoph *et al.*, 2011). Forjar un vínculo es más que ser simpático y amable con el cliente. Los capítulos de la segunda parte del libro abordan el reto del proceso de vinculación.

El vínculo terapéutico es un requisito previo para todo lo que ha de seguir.

ENFOCAR

El proceso de vincular lleva a enfocar el proceso hacia un propósito concreto: ¿de qué ha venido a hablar la persona? El entrevistador puede tener sus propios objetivos, algunos de los cuales pueden coincidir con los del cliente, mientras que otros no. Por ejemplo, es posible que alguien acuda al médico por ahogo en el contexto de una infección de las vías respiratorias altas y que busque, al menos, un alivio sintomático. El médico sabe que la persona fuma y se pregunta si sugerir un cambio de hábito o no. ¿De qué hablarán? Ciertamente, hablarán de las molestias del paciente, pero es muy posible que el médico ponga sobre la mesa el tema del tabaco. *Enfocar* es el proceso que permite desarrollar y mantener una dirección específica en la conversación sobre el cambio.

A lo largo de las relaciones de ayuda suele emerger una dirección hacia uno o más objetivos de cambio que a veces se formalizan en un plan de tratamiento. Nosotros preferimos un plan de cambio más amplio, porque con frecuencia el tratamiento no es más que una de las múltiples avenidas hacia el cambio.

Estos objetivos pueden o no incluir un cambio conductual. Aunque suelen hacerlo. La gestión de enfermedades crónicas tiene mucho que ver con el cambio conductual en cuestiones de salud (Rollnick, Miller *et al.*, 2008). Hay abordajes de tratamiento conductuales para trastornos de la alimentación, ejercicio y forma física, trastornos de ansiedad, depresión, desorganización crónica, timidez, abuso de sustancias, dolor crónico..., por nombrar sólo algunos. Tal y como hemos comentado en el capítulo 1, otros objetivos de cambio tienen menos que ver con la conducta manifiesta y más con la toma de decisiones (si perdonar o no a alguien, si quedarse o marcharse...) o con la elección de actitudes y maneras de pensar (por ejemplo, ser más compasivo). Algunos tienen que ver con cerrar un proceso o llegar a la aceptación, como superar un duelo

complicado, asimilar las consecuencias de una decisión, tolerar mejor la ambigüedad, la soledad, la ansiedad... Es posible que optar por la aceptación no suponga hacer nada distinto.

En la EM, el proceso de enfoque ayuda a aclarar la dirección, el horizonte hacia al que queremos aproximarnos. ¿Qué cambios esperamos lograr gracias a la consulta?

EVOCAR

Con uno o más objetivos de cambio enfocados, el tercer proceso de la EM es la evocación. Evocar supone sacar a la superficie las motivaciones del propio cliente para el cambio y es, desde el principio, el corazón de la EM. Sucede cuando ya se ha enfocado un cambio concreto, y se trabaja con las ideas y emociones del propio cliente acerca de por qué y cómo podría hacerlo.

Es justo lo contrario del abordaje experto-didáctico: evaluar el problema, determinar qué hace mal el cliente y decirle cómo arreglarlo. En ese modelo, el experto proporciona tanto el diagnóstico como la solución. Esto es absolutamente pertinente en la medicina intensiva; por ejemplo, en el diagnóstico y tratamiento de infecciones o fracturas óseas. «Aquí está el problema. Esto es lo que vamos a hacer para arreglarlo.» Sin embargo, cuando el objetivo es el cambio personal, el enfoque directivo y experto no suele funcionar. El cambio personal exige la participación activa de la persona en el proceso de cambio. Uno toma un antibiótico durante siete días o lleva la escayola durante siete semanas, pero el cambio personal es un proceso a largo plazo.

Para decirlo de forma sencilla, evocar consiste en ayudar a la persona a enunciar los argumentos para cambiar. El reflejo de corrección puede llevarnos a enunciarlos nosotros mismos, lo que puede resultar contraproducente. Las personas *se convencen* a sí mismas para cambiar y, por lo general, suelen mostrarse reticentes a hacer lo que se les dice si entra en conflicto con su propio criterio.

Por supuesto, siempre hay excepciones. Hay personas que llegan a la consulta plenamente dispuestas al cambio y piden consejo acerca de cómo proceder.¹ Con estos clientes, se pasa rápidamente a la fase de planificación.

Por desgracia, estas personas dispuestas a la acción son más bien una minoría en muchos contextos asistenciales. Uno pensaría que:

- Haber sufrido un infarto de miocardio bastaría para persuadir a alguien para dejar de fumar, hacer ejercicio y seguir una dieta más saludable.
- Haber pasado un periodo de tiempo en una cárcel convencería a las personas para no hacer nada más que les devolviera allí.
- La mera posibilidad de poder llegar a padecer insuficiencia renal, ceguera y amputaciones bastarían para motivar a las personas diabéticas a controlar sus niveles de glucosa en sangre.

- Haber padecido lesiones físicas, lagunas mnésicas, arrestos policiales y deterioro de las relaciones personales como consecuencia del consumo de alcohol tendría que ser suficiente para hacer algo respecto a dicho consumo.

Sin embargo, con frecuencia no es suficiente, y es muy poco probable que más sermones y más dedos acusatorios aumenten en lo más mínimo las probabilidades de cambio. Hace falta algo más: el proceso colaborativo de alimentar la motivación para el cambio positivo inherente a la propia persona. El proceso de evocar nos lleva a nuestra última definición de EM, la más técnica y la que responde a la pregunta «¿Cómo funciona?».

La entrevista motivacional es un estilo de comunicación colaborativo y orientado a uno o varios objetivos y que presta especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para reforzar la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmósfera de aceptación y de compasión.

PLANIFICAR

Cuando la motivación del cliente llega a un umbral concreto de activación, la balanza empieza a caer del otro lado y la persona habla más de cuándo y cómo cambiar y menos de si cambiar o no y por qué. Esto no suele suceder en un momento concreto (aunque hay personas que pueden señalar un momento o un acontecimiento concreto que actuó de revulsivo para el cambio), sino que lo más habitual es que la persona empiece a pensar en cómo puede hacerlo y a visualizar cómo sería todo de haber cambiado ya. Es entonces cuando busca información sobre cómo hacerlo, ya sea recurriendo a un profesional, a amigos, a una librería o a Internet. También sucede que, una vez que ha decidido cambiar, la persona no necesite ni desee más ayuda con la planificación.

RECUADRO 3.2. Tres definiciones de EM

Definición para el público general

La entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la propia persona con el cambio.

Definición del profesional

La entrevista motivacional es un estilo terapéutico centrado en la persona que aborda el habitual problema de la ambivalencia ante el cambio.

Definición técnica

La entrevista motivacional es un estilo de comunicación colaborativo y orientado a objetivos y que presta especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para reforzar la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmósfera de aceptación y de compasión.

Planificar abarca tanto desarrollar el compromiso para el cambio como formular un plan de acción específico. Se trata de una conversación acerca de la acción, que puede abarcar muchos temas distintos, y que se lleva a cabo poniendo en práctica una escucha activa para ayudar al cliente a encontrar sus propias soluciones, promover su autonomía en la toma de decisiones y seguir fomentando y reforzando el discurso de cambio a medida que el plan toma forma.

Creemos que es importante detectar el momento oportuno para empezar a planificar y explorar opciones. La planificación es el embrague que pone en marcha el motor del discurso de cambio. Más adelante explicaremos qué señales buscar y cómo sondear el terreno para ver si ha llegado el momento de negociar un plan de cambio (capítulo 20). Todos los procesos y habilidades anteriores seguirán activos mientras avanzamos hacia el plan de cambio concreto (o, al menos, hacia el próximo paso) que el cliente considere aceptable.

La planificación es el embrague que pone en marcha el motor del discurso de cambio.

Al igual que sucede con los tres procesos anteriores, es habitual tener que reevaluar la planificación de vez en cuando a medida que el cambio avanza. Pueden aparecer retos y obstáculos nuevos o inesperados, que pueden llevar a la persona a revisar sus planes y su compromiso. O quizás aparezcan prioridades nuevas que compiten por la atención. Planificar no es algo que se haga una vez y para siempre. Es un proceso dinámico que, como los de vincular, enfocar y evocar, quizás debamos volver a evaluar (capítulo 22).

Nuestra intención no es presentar un modelo de cambio completo ni un sistema de tratamiento que lo abarque todo. Concebimos la EM como una herramienta clínica que se utiliza con un propósito concreto: ayudar a las personas a superar la ambivalencia hacia el cambio. Nos dimos cuenta muy pronto (y para nuestra sorpresa) de que una vez que las personas habían pasado por los procesos de evocar y de planificar de la EM, solían poder avanzar hacia el cambio por sí solas, y así lo hacían. La verdadera dificultad residía en *decidirse* a hacer el cambio, por lo que una vez superada, con frecuencia ya no sentían la necesidad de seguir recibiendo ayuda. En dos de los primeros estudios que llevamos a cabo, anticipamos que la EM motivaría a buscar ayuda para resolver problemas de alcoholismo y ofrecimos a los participantes un listado de recursos de

tratamiento locales. Aunque casi nadie buscó tratamiento, la mayoría redujeron su consumo de alcohol de manera significativa y duradera (Miller, Benefield y Tonigan, 1993; Miller, Sovereign y Krege, 1998). Tal y como explicaremos en la parte VI, la EM también encaja con otros enfoques de tratamiento para facilitar la adherencia y el cambio (Hettema, Steele y Miller, 2005).

El flujo de la entrevista motivacional

A no ser que se haya establecido una alianza terapéutica previa, el proceso de apertura necesario para la EM pasa por la vinculación. Si no se forja un vínculo, la consulta no irá a ningún sitio. E incluso cuando ya se ha establecido una relación terapéutica anterior, es habitual que la EM, para dirigirse a un cambio concreto, empiece con un periodo más abierto de vinculación que avanza hacia un enfoque claro.

El proceso de vinculación fluye de forma natural hacia el de enfoque, y avanza como mínimo hacia la dirección inicial y el objetivo u objetivos de la consulta. Las habilidades clínicas de vinculación siguen siendo muy importantes durante los procesos de enfocar, evocar y planificar. En este sentido, cabe decir que no dejamos de vincular cuando empezamos a enfocar. Es habitual tener que re-vincular al paciente varias veces a lo largo del proceso, del mismo modo que también es frecuente cambiar o ampliar el foco más allá del motivo de consulta.

La evocación no es posible hasta que se ha definido un objetivo. Por lo tanto, enfocar es un requisito previo lógico para evocar. Y, sin embargo, la evocación suele aparecer en los primeros minutos de la EM si la dirección de la misma ya venía determinada o ha aparecido rápidamente. Durante la evocación, aparecen estrategias terapéuticas y discursos del cliente característicos. Son muchos los tipos de terapia que incluyen periodos de vinculación (de otro modo sería imposible avanzar) y de enfoque para aclarar los objetivos de tratamiento comunes. Con la evocación estratégica, la consulta se convierte más específicamente en una EM. El terapeuta atiende, evoca y responde de modos concretos a tipos específicos de lenguaje del cliente, al tiempo que mantiene el espíritu y el estilo centrado en la persona de la EM. Ahora contamos con una cantidad razonable de datos empíricos que sustentan la existencia de una cadena causal asociada a la evocación. La formación en EM aumenta conductas características de la práctica de la EM (Madson, Loignon y Lane, 2009; Miller, Yahne, Moyers, Martínez y Pirritano, 2004). Y estas conductas afectan a tipos concretos de discurso del cliente (Glynn y Moyers, 2010; Moyers y Martin, 2006; Moyers, Miller y Hendrickson, 2005; Vader, Walters, Prabhu, Houck y Field, 2010), cuyo nivel y fuerza predicen, a su vez, el resultado de cambio conductual (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer y Fulcher, 2003; Moyers *et al.*, 2007).

La planificación fluye naturalmente de la evocación y se lleva a cabo con el mismo estilo colaborativo y evocador. Se negocian los objetivos y los planes de cambio, se intercambia información y, normalmente, se concretan los pasos siguientes para su aplicación, que pueden incluir o no más tratamiento. Es habitual visitar la evocación durante el proceso de planificación, para consolidar la motivación y la confianza. Si el tratamiento sigue, lo más probable es que el progreso y la motivación fluctúen, lo que invita a volver a planificar, evocar y enfocar o incluso a re-vincular.

RECUADRO 3.3. Algunas preguntas sobre cada proceso de la EM

1. Vincular

- ¿Cuán cómodo se siente el cliente conmigo?
- ¿Hasta qué punto muestro una actitud de apoyo y de ayuda?
- ¿Entiendo el punto de vista y las preocupaciones de esta persona?
- ¿Cuán cómodo me siento en la conversación?
- ¿Se trata verdaderamente de una relación de colaboración?

2. Enfocar

- ¿Cuáles son los verdaderos objetivos de cambio de esta persona?
- ¿Mis aspiraciones de cambio para esta persona son distintas a las suyas?
- ¿Trabajamos juntos en aras de un propósito común?
- ¿Avanzamos juntos o en direcciones distintas?
- ¿Tengo claro hacia dónde vamos?
- ¿Me recuerda a un baile o a un combate?

3. Evocar

- ¿Cuáles son los motivos para el cambio de esta persona?
- ¿La reticencia tiene que ver con la seguridad en sí mismo o con la importancia del cambio?
- ¿Qué discurso de cambio escucho?
- ¿Estoy empujando demasiado fuerte o demasiado rápido en una dirección concreta?
- ¿El reflejo de corrección me ha convertido en el defensor del cambio?

4. Planificar

- ¿Cuál sería un siguiente paso razonable hacia el cambio?
- ¿Qué ayudaría a esta persona a avanzar?
- ¿Me centro en evocar un plan, en lugar de prescribirlo?
- ¿Ofrezco la información o los consejos necesarios con permiso del cliente?
- ¿Conservo la sensación de curiosidad serena acerca de lo que puede ser lo mejor para esta persona?

Es muy posible que nos encontremos entrando y saliendo de los cuatro procesos (vincular, enfocar, evocar y planificar) y que incluso tengamos conversaciones que abarquen más de uno al mismo tiempo. Sin embargo, cada proceso tiene cualidades

distintas. En el recuadro 3.3 encontrará algunas preguntas características de cada proceso y que pueden resultar útiles a la hora de identificarlos, además de ser un buen recordatorio cuando hablamos con clientes. Son preguntas acerca del proceso de ayuda y que podemos hacernos a nosotros mismos. Y hay algunas que incluso pueden plantearse directamente al cliente.

Habilidades fundamentales y los cuatro procesos de la entrevista motivacional

La práctica de la EM implica el uso flexible y estratégico de ciertas habilidades comunicativas que comparten muchas otras formas de terapia, sobre todo las centradas en la persona (Hill, 2009; Ivey, Ivey y Zalaquett, 2009). Estas habilidades permean los cuatro procesos que acabamos de describir y son necesarias durante toda la EM, aunque el modo concreto de aplicarlas puede variar en cada proceso de la EM. En capítulos posteriores explicaremos estas cinco habilidades más detalladamente y las presentaremos a medida que aparezcan en relación con los procesos. Ahora nos limitaremos a describirlas brevemente.

FORMULAR PREGUNTAS ABIERTAS

La EM hace especial uso de las preguntas abiertas, que invitan a la persona a reflexionar y a elaborar las respuestas. Por el contrario, las preguntas cerradas piden información específica y suelen generar respuestas breves. En la EM, la función principal de las preguntas no es recopilar información. Las preguntas abiertas durante los procesos de vinculación y de enfoque ayudan al entrevistador a entender el marco de referencia interno del entrevistado, a reforzar la relación de colaboración y a encontrar una dirección clara. Las preguntas abiertas también desempeñan una función importante a la hora de evocar motivación y de planificar el progreso hacia el cambio.

AFIRMACIÓN

La EM se basa en los recursos, en el esfuerzo y en las fortalezas personales del entrevistado. Es él, y no el entrevistador, quien da lugar al cambio. La afirmación en la EM se da tanto a nivel general como específico. El entrevistador respeta y honra al cliente en su totalidad y como persona con un valor inherente y capacidad de crecer y de cambiar además de con capacidad de decisión volitiva sobre si cambiar o no. El entrevistador también reconoce y comenta explícitamente los recursos, habilidades, buenas intenciones y esfuerzos del cliente. La afirmación es también una manera de

pensar: el entrevistador busca deliberadamente los recursos, acciones positivas e intenciones del cliente. Esta actitud de «acentuar lo positivo» es una disciplina en sí misma.

La postura opuesta parte de la peculiar idea de que las personas cambiarán si conseguimos que se sientan lo bastante mal. Gill Woodall y sus colegas se interesaron por los efectos del Mothers Against Drunk Driving Victim Impact Panel (VIP, por el acrónimo en inglés), en el que personas detenidas por haber conducido bajo los efectos del alcohol deben asistir a conferencias de personas cuyas vidas han quedado destrozadas por culpa de conductores bebidos. Los jueces accedieron a ordenar aleatoriamente a los infractores que asistieran o no a las conferencias de VIP, además de las sanciones habituales (Woodall, Delaney, Rogers y Wheeler, 2000). Se entrevistaba a los infractores a la salida de las conferencias y manifestaban que se sentían muy mal consigo mismos: abochornados, avergonzados de lo que habían hecho, humillados y culpables. Cuando se estudiaron las tasas de reincidencia, quienes habían cometido la infracción por primera vez y habían sido asignados al grupo de VIP tenían las mismas probabilidades de ser arrestados de nuevo que quienes no habían tenido que asistir. Sin embargo, cuando se trataba de personas que ya contaban con una o más condenas anteriores, la probabilidad de volver a reincidir era *mayor* para quienes habían asistido a las conferencias de VIP. Lección aprendida: hacer que las personas se sientan mal consigo mismas no las ayuda a cambiar.

ESCUCHA REFLEXIVA

La escucha reflexiva es una habilidad fundamental en la EM. Las afirmaciones que reflejan las del cliente tienen la importante función de ayudarnos a comprobar que le hemos entendido y a ahondar en nuestra comprensión de su postura. Las afirmaciones reflexivas también hacen que el entrevistado vuelva a escuchar las ideas y las emociones que ha expresado, quizás en otras palabras, y vuelva a reflexionar sobre ellas. La escucha reflexiva de calidad tiende a hacer que la persona siga hablando, explorando y pensando. También es necesariamente selectiva, porque el entrevistador decide qué reflejar y qué no de todo lo que dice el entrevistado. Hay directrices claras para seleccionar qué reflejar y hacia dónde apuntar el foco de la atención durante los procesos de evocación y de planificación de la EM.

RESUMIR

Los sumarios son reflejos básicos que recogen lo que una persona ha dicho y se lo devuelven, como en una cesta. Pueden usarse al final de la sesión, para recopilar todo lo que se ha dicho durante la misma. Pueden sugerir relaciones entre el material actual y lo

que se ha hablado con anterioridad. Los sumarios también pueden funcionar como una forma de transición entre tareas. Durante los procesos de vinculación y de enfoque, los sumarios favorecen la comprensión y demuestran al cliente que le hemos escuchado atentamente y que recordamos y valoramos lo que ha dicho. También proporcionan una oportunidad para un «¿Y qué más?», para que el entrevistado pueda añadir lo que hayamos podido olvidar. Durante el proceso de evocación se aplican directrices concretas sobre qué incluir en el sumario para generar un discurso de cambio y avanzar así a lo largo del proceso. Durante la planificación, los sumarios compilan las motivaciones, intenciones y planes específicos de cambio del entrevistado.

Las cuatro habilidades que presentamos se solapan (capítulo 6): un sumario es, en esencia, un reflejo largo. El proceso de escucha reflexiva puede ser una afirmación en sí mismo. Una buena escucha incluye las cuatro habilidades.

INFORMAR Y ACONSEJAR

Como la EM es un proceso centrado en la persona, hay quien concluye erróneamente que jamás hay que ofrecer información ni consejo a los clientes. Muy al contrario, hay situaciones en las que es adecuado ofrecer información o consejo. Por ejemplo, cuando el cliente lo pide. Sin embargo, el modo en que se hace difiere al menos en dos aspectos muy importantes del hecho de ofrecer una opinión experta no solicitada con un estilo muy directivo. El primero es que, en la EM, el consejo o la información se ofrecen *con permiso* del cliente. El segundo es que no nos limitamos a descargar información sobre el otro, sino que debemos considerar cuidadosamente su punto de vista y sus necesidades, para ayudarle a llegar a sus propias conclusiones acerca de la relevancia de la información que le proporcionamos. Eso se cristaliza en la secuencia preguntar-informar-preguntar que describiremos en el capítulo 11. Independientemente de la información que ofrezca el entrevistador, el entrevistado es siempre libre de aceptarla o no, de seguirla o no, de aplicarla o no, y, con frecuencia, resulta útil afirmarlo explícitamente.

Estas cinco habilidades no constituyen por sí mismas la EM, sino que son competencias previas imprescindibles para una práctica hábil de la EM. Lo que caracteriza a la EM es el modo específico en el que estas habilidades se usan estratégicamente para ayudar a las personas a avanzar en la dirección del cambio.

Qué no es la entrevista motivacional

Finalmente, puede ser útil aclarar algunas de las cosas que *no* es la EM y diferenciarla claramente de ideas y métodos con los que a veces se la confunde (Miller y Rollnick, 2009). Esperamos que algunas de estas cuestiones ya hayan quedado claras

durante la explicación anterior.

En primer lugar, la EM no consiste sencillamente en ser amable con los demás y tampoco es igual a la terapia centrada en el paciente que Carl Rogers describió como «no directiva». Los procesos de enfocar, evocar y planificar de la EM tienen una direccionalidad clara. Hay un movimiento intencional y estratégico hacia uno o más objetivos específicos.

La EM tampoco es una «técnica», un truco fácil de aprender que podemos añadir sin más a nuestra caja de herramientas. Describimos la EM como un *estilo* de estar ante los demás, como una integración de habilidades clínicas concretas que promueve la motivación para el cambio. Es un estilo complejo que se puede ir perfeccionando a lo largo de los años. Una vez nos preguntaron cuál era la diferencia entre *hacer* EM y *ser* EM. Uno de nosotros respondió: «Unos diez años».

Al mismo tiempo, la EM tampoco es la panacea ni la solución a todos los problemas clínicos. Aunque es cierto que el espíritu y el estilo de la EM pueden aplicarse en un amplio abanico de tareas clínicas, jamás hemos querido proponer una «escuela» de psicoterapia o de asesoramiento a la que las personas pudieran convertirse y jurar alianza y abandonar así todas las demás. Muy al contrario, la EM parece encajar bien con otras habilidades y abordajes clínicos basados en la evidencia. La EM se desarrolló específicamente con el propósito de ayudar a las personas a resolver la ambivalencia y de reforzar su motivación para el cambio. No todo el mundo necesita el proceso evocador de la EM. Cuando la motivación para el cambio ya es fuerte, podemos pasar directamente a la planificación y la aplicación.

En parte porque se desarrollaron más o menos hacia la misma época (capítulo 27), la EM y el modelo transteórico (MTT) del cambio a veces se confunden como si fueran lo mismo. La EM no pretende ser una teoría completa del cambio, y las populares fases del cambio del MTT no son una parte fundamental de la EM. La EM y el MTT son compatibles y complementarios (p. e., DiClemente y Velasquez, 2002; Velasquez, Maurer, Crouch y DiClemente, 2001) y, con nuestras disculpas a los traductores, los describimos como «primos segundos, no un matrimonio». A veces, la EM también se confunde con la técnica del balance decisional para la toma de decisiones, en la que se exploran los pros y los contras del cambio. En esta edición, hablaremos del balance decisional como una técnica que podemos usar cuando deseamos expresarnos con neutralidad en lugar de avanzar hacia un objetivo de cambio concreto (capítulo 17).

La EM no requiere el uso de retroalimentación de la evaluación. La confusión con relación a este aspecto se debe a una adaptación de la EM que se probó en Project MATCH (terapia de refuerzo motivacional) y que combinaba el estilo clínico de la EM con retroalimentación personal para una evaluación pretratamiento (Longabaugh, Zweben, LoCastro y Miller, 2005). Aunque la retroalimentación de la evaluación puede ser útil para reforzar la motivación (Agostinelli, Brown y Miller, 1995; Davis, Baer,

Saxon y Kivlahan, 2003; Juárez, Walters, Daugherty y Radi, 2006), especialmente con los clientes menos dispuestos al cambio (capítulo 18), no es un elemento ni necesario ni suficiente de la EM.

Finalmente, queremos afirmar explícitamente que la EM no es una manera de manipular a las personas para que hagan lo que queremos que hagan. La EM no puede usarse para crear motivación que no está ahí desde el principio. La EM es una relación de colaboración que honra y respeta la autonomía del otro y busca entender su marco de referencia interno. Hemos añadido la compasión a la descripción del espíritu que subyace (capítulo 2) a la EM, precisamente porque queremos insistir en que debe utilizarse para promover el bienestar y el mejor interés del otro, no el propio.

Puntos clave

- ✓ Los cuatro procesos clave de la EM son: vincular, enfocar, evocar y planificar.
- ✓ *Vincular* es el proceso de forjar una conexión útil y una relación terapéutica.
- ✓ *Enfocar* es el proceso que nos permite determinar y mantener una dirección específica en la conversación sobre el cambio.
- ✓ El proceso de *evocar* supone hacer explícitas las motivaciones del propio cliente para el cambio, y descansa en el corazón de la EM.
- ✓ El proceso de *planificación* implica tanto el desarrollo del compromiso con el cambio como la formulación de un plan de acción concreto.
- ✓ Durante todo el proceso de la EM se usan cinco habilidades comunicativas clave: formular preguntas abiertas, afirmar, reflejar, resumir y proporcionar información y consejo, siempre con permiso del cliente.

PARTE II

VINCULAR

EL FUNDAMENTO DE LA RELACIÓN

El primero de los cuatro procesos fundamentales de la EM consiste en vincular al cliente en una relación terapéutica y de colaboración. El vínculo puede aparecer en cuestión de minutos o tardar mucho más tiempo en forjarse y mantenerse. Es el grado en que el cliente se siente cómodo y participante activo durante la consulta. Es el combustible que impulsa la buena atención y el fundamento de la relación de la EM.

El vínculo es bidireccional. Cómo nos sentimos nosotros puede afectar y afecta a la conexión con la persona a la que intentamos ayudar. Lo mismo sucede con el cliente. Con frecuencia, las fuerzas que socavan el compromiso proceden de presiones ajenas a la conversación inmediata. La cultura de la organización o del servicio asistencial (su objetivo, los procedimientos, los protocolos...) puede abrumar al entrevistador y provocar pasividad en el cliente, generando, como consecuencia natural y predecible, entrevistas poco útiles con demasiada frecuencia. Si a esto le añadimos un cliente que llega temeroso, confundido o enfadado, el poder establecer un vínculo significativo deviene un enorme reto.

Uno de los resultados de un buen vínculo es que el paciente vuelva a la consulta. De no ser así, nuestro trabajo en conjunto con él no puede continuar. En determinados servicios, la tasa de abandono prematuro por parte del cliente es elevada y a menudo vemos cómo esta tasa varía en función del profesional. Hay quienes parecen retener a casi todos sus clientes, mientras que los abandonos son más habituales en el despacho de otros. Otra consecuencia positiva de un buen vínculo es el desarrollo de una alianza terapéutica que, a su vez, predice adhesión y resultado.

Los cuatro capítulos de la parte II describen el proceso de vinculación y las habilidades clínicas para fomentarla en cada cliente. Más adelante, en el capítulo 26, abordaremos maneras de forjar vínculos de forma sistemática, mediante el diseño y la aplicación de servicios de una forma más amplia.

CAPÍTULO 4

VINCULAR Y DESVINCULAR

El acercamiento es un principio; mantenerse unidos, un progreso; trabajar juntos, el verdadero éxito.

HENRY FORD

El tipo de atención que el terapeuta centrado en el cliente quiere conseguir es una atención confiada, en la que se acepta a los clientes tal y como dicen ser sin albergar en su mente la sospecha de que, en realidad, puedan ser de otro modo. Esta actitud no denota ingenuidad por parte del terapeuta; es el tipo de actitud que con más probabilidad conduce a la confianza, a la exploración personal y a la corrección de las afirmaciones falsas a medida que la confianza se hace más profunda.

CARL ROGERS Y RUTH SANFORD

Sea cual sea la naturaleza del servicio que prestamos, vincular al cliente es fundamental. En la investigación sobre psicoterapia, se ha demostrado que la calidad de la alianza terapéutica entre cliente y terapeuta (especialmente desde el punto de vista del cliente) predice directamente tanto la adherencia como el resultado. Tanto en psicoterapia (Henry, Strupp, Schacht y Gaston, 1994; Horvath y Greenberg, 1994) como en atención sanitaria (Fuertes *et al.*, 2007), es más probable que las personas activamente vinculadas continúen, se adhieran y se beneficien del tratamiento independientemente de la orientación terapéutica del profesional. Las alianzas de trabajo pueden influir de un modo parecido sobre los resultados en los ámbitos de la educación (Lacrose, Chaloux, Monaghan y Tarabulsky, 2010) y de la rehabilitación (Evans, Sherer, Nakase-Richardson, Mani e Irby, 2008).

Sin embargo, ¿qué es esta alianza? ¿Qué es un vínculo desde la perspectiva terapéutica? Un sistema muy utilizado (Bordin, 1979) destaca tres aspectos de la vinculación positiva:

1. Establecimiento de una relación terapéutica de confianza y de respeto mutuo.
2. Consenso acerca de los objetivos de tratamiento.
3. Colaboración sobre tareas negociadas para alcanzar esos objetivos.

Como en la EM diferenciamos entre el proceso de vinculación y el de establecimiento de objetivos (enfocar, véase parte III), definimos vincular como *el proceso de forjar una relación de ayuda basada en la confianza y el respeto mutuos*.

Desde el punto de vista del cliente (el que mejor predice la adherencia al tratamiento y su resultado), puede que este se pregunte lo siguiente:

Vincular es el proceso de forjar una relación de ayuda basada en la confianza y el respeto mutuos.

«¿Siento que este terapeuta me respeta?»

«¿Me escucha y me entiende?»

«¿Confío en esta persona?»

«¿Tengo capacidad de decisión sobre lo que sucede en la consulta?»

«¿Me ofrecen opciones personalizadas, en lugar de un enfoque indiferenciado?»

«¿Negocia conmigo, en lugar de darme instrucciones?»

Algunas trampas iniciales que dificultan el vínculo

La estructura básica de una relación terapéutica se evidencia rápidamente, incluso en los primeros minutos de una consulta. ¿Cuánto se supone que debe hablar el cliente? ¿Es seguro divulgar información y mostrarse vulnerable? ¿En qué medida dirige, guía o acompaña el terapeuta? Mientras el terapeuta está ocupado con el arranque de la sesión, el cliente suele estar planteándose si volverá o no.

Es muy posible que la mayor amenaza a la vinculación activa tal y como la hemos definido sea la no reciprocidad de la comunicación. Los mensajes profesionales que implican «Aquí mando yo. Decidiré de qué hablamos y qué debes hacer» fomentan la pasividad y la desvinculación del cliente, cuando para que el cambio se dé necesitamos justo lo contrario. Es fácil empezar con mal pie si caemos en ciertas trampas al principio de la consulta. Sucede aun teniendo las mejores intenciones. A continuación describimos seis de estas trampas.

LA TRAMPA DE LA EVALUACIÓN

Es muy probable que los primeros contactos con un terapeuta no sean representativos de lo que ha de seguir, pero los clientes no siempre son conscientes de ello. Si el cliente percibe el «proceso de ingreso» como el inicio del tratamiento, en lugar de como un requisito previo, puede quedar alienado desde el principio. Muchos trabajadores y entidades caen en la trampa de la evaluación, como si para poder ayudar fuera necesario recoger gran cantidad de datos. La estructura de una sesión centrada en la evaluación es muy clara: el entrevistador formula preguntas y el cliente las responde.

Esto coloca rápidamente al paciente en una postura pasiva y de inferioridad (Rogers, 1942). Lo que es más, el cliente no necesariamente percibe la utilidad de las preguntas, porque él ya conoce la información. Rogers (1942) observó:

Los inconvenientes de utilizar test al principio del contacto terapéutico son los mismos que los de elaborar una historia completa del caso. Si el psicólogo empieza su trabajo con una batería completa de test, transmite implícitamente que proporcionará las soluciones a los problemas del cliente [...] Estas «soluciones» no son genuinas y no ayudan en gran medida a la persona (p. 250).

En el capítulo 11 hablaremos de cómo integrar la EM y la evaluación.

Incluso cuando no hay que superar el obstáculo de la recopilación de datos antes de iniciar el tratamiento, podemos caer en la trampa de la evaluación, sobre todo si partimos de la premisa implícita de que «Si le hago las preguntas suficientes, sabré qué debo decirle que haga». Hacer muchas preguntas también puede ser una respuesta a la ansiedad, ya sea la del terapeuta, que quiere asumir el control, o la del cliente, que se siente más cómodo con la predictibilidad segura de este rol pasivo. De hecho, se ha relacionado la ansiedad del terapeuta con una respuesta menos empática y con un formato pregunta-respuesta más estructurado (Rubino, Barker, Roth y Fearon, 2000). En esta trampa, el entrevistador controla la sesión con las preguntas, mientras que el entrevistado se limita a contestar con respuestas cortas. A continuación ofrecemos un ejemplo.

ENTREVISTADOR: Está aquí para hablar de su afición al juego, ¿verdad?

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: ¿Cree que juega demasiado?

CLIENTE: Sí, probablemente.

ENTREVISTADOR: ¿Cuál es su juego preferido?

CLIENTE: El *blackjack*.

ENTREVISTADOR: ¿Suele beber mientras juega?

CLIENTE: Sí, normalmente sí.

ENTREVISTADOR: ¿Alguna vez ha incurrido en deudas de juego importantes?

CLIENTE: Sí, un par de veces.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo de importantes?

CLIENTE: Un vez tuve que pedir prestados ocho mil para pagar una deuda de juego.

ENTREVISTADOR: ¿Está casado?

CLIENTE: Divorciado.

ENTREVISTADOR: ¿Cuándo se divorció?

CLIENTE: Hace dos años.

Este patrón aparece con facilidad y plantea varios problemas. En primer lugar, enseña a la persona a dar respuestas cortas y sencillas, en lugar de elaborarlas como requiere la EM. En segundo lugar, genera la expectativa de un experto activo y un

paciente pasivo. El cliente apenas tiene oportunidad de explorar sus propias motivaciones y de plantear un discurso de cambio. En esta relación terapéutica, su función parece limitarse a responder a las preguntas del entrevistador, por lo que el cliente casi no tiene oportunidad de convencerse a sí mismo para cambiar. También prepara el terreno para el siguiente obstáculo para una relación de colaboración: la trampa del experto.

LA TRAMPA DEL EXPERTO

Lanzar una batería de preguntas no sólo comunica que «Yo mando aquí», sino que también genera la expectativa implícita de que una vez que hayamos recogido toda la información necesaria, tendremos la respuesta al problema. Tal y como hemos mencionado en el capítulo 3, esto puede ser así a veces en la atención a urgencias médicas. Vamos al médico porque nos duele la garganta, el doctor sigue un árbol de decisiones que conoce a la perfección, explora los síntomas con respuestas breves a preguntas cortas y, en cinco minutos, tenemos una receta o, como mínimo, consejos sobre lo que debemos hacer para mejorar. Ambas partes asumen que la relación de poder es asimétrica. Sin embargo, el esquema experto de «entrada de información-producción de respuesta» no funciona tan bien cuando lo que necesitamos es un cambio personal, y aporta todos los ingredientes necesarios para que ambas partes acaben decepcionadas. Una prescripción del tipo «Haga esto» casi nunca es efectiva por sí misma y da lugar a la frustración del terapeuta, que se lamenta de que «¡Les digo una y otra vez lo que tienen que hacer, y *siguen sin cambiar!*!». Parte de la EM consiste en saber que *no* tendremos las respuestas para los clientes a no ser que estos colaboren y aporten su experiencia.

El estilo experto no funciona bien cuando el objetivo es el cambio personal.

LA TRAMPA DEL FOCO PREMATURO

Un tercer camino a la desvinculación temprana es la trampa del foco prematuro. En este caso, el problema fundamental es que enfocamos el objetivo antes de haber vinculado al cliente e intentamos resolver el problema antes de haber establecido una relación terapéutica de colaboración y objetivos comunes negociados. Nosotros queremos hablar de un problema concreto, pero al cliente le preocupa algo muy distinto. Esta situación es, precisamente, uno de los motivos por los que la EM resulta interesante en el contexto clínico. Los terapeutas quieren identificar y centrarse en lo que perciben como el «verdadero» problema del cliente. Por su parte, es muy posible que al cliente le preocupen otros temas más urgentes y que no comparta el apremio del terapeuta en relación con su «problema».

Aquí, la trampa consiste en insistir en que la persona hable de lo que nosotros percibimos como problema, sin escuchar el resto de sus preocupaciones. Esto puede dar lugar a una lucha de poder sobre qué tema abordar. Efectivamente, es muy posible que lo que tanto preocupa al terapeuta sólo tenga una importancia relativa para el cliente y que este no tenga muy claro si se relaciona y de qué forma se relaciona con las dificultades que experimenta. Si el terapeuta presiona demasiado pronto para enfocar la conversación, puede generar discordancia y acabar con un cliente incómodo y a la defensiva. La cuestión es que debemos evitar entablar una lucha de poder sobre el tema a tratar en las primeras conversaciones. Empezar con lo que preocupa al cliente en lugar de al terapeuta garantiza que esto no suceda. Con mucha frecuencia, explorar lo que *sí* preocupa al cliente acaba llevando al tema que preocupa al terapeuta, especialmente si ambas cuestiones están relacionadas. En todo caso, dedicar tiempo a escuchar las preocupaciones del cliente resulta útil tanto para entenderlo como para forjar la relación que se convertirá en la base del vínculo y que permitirá explorar otros temas más adelante.

Un programa de tratamiento de abuso de sustancias dirigido a mujeres en Nuevo México ilustra esta cuestión. El personal se dio cuenta de que las mujeres que iniciaban el programa solían tener problemas más urgentes que el consumo de alcohol u otras drogas. Solían tener problemas de salud, de crianza y de cuidado de los hijos, necesitaban alojamiento y estaban traumatizadas por maltratos físicos o abusos sexuales actuales o pasados. Estas mujeres tenían muchas cosas de las que hablar y si el terapeuta intentaba centrarse en el abuso de sustancias demasiado pronto, la probabilidad de que abandonaran el tratamiento aumentaba exponencialmente. Por el contrario, si el terapeuta las escuchaba y abordaba sus preocupaciones inmediatas, las conversaciones acababan desembocando invariablemente en el impacto del alcohol y las drogas en sus vidas.

Por lo tanto, se trata de evitar enfocar prematuramente las cuestiones que nos interesan mucho a nosotros, pero no tanto al cliente. Cuando el enfoque prematuro genere una discordancia, debemos centrarnos en las preocupaciones del cliente, escuchar lo que quiere contarnos, alcanzar una comprensión general de su situación vital y, sólo entonces, volver al tema que nos interesa (parte III).

TRAMPA DE LA ETIQUETA

La trampa de la etiqueta es, básicamente, una forma específica de trampa del enfoque prematuro. Como queremos enfocar un problema concreto, le ponemos un nombre (o se lo ponemos al cliente). Tanto los terapeutas como los clientes pueden caer fácilmente en la trampa de la etiqueta diagnóstica. Hay quienes creen que es importantísimo que la persona acepte (o incluso «admita») el diagnóstico del médico («Tiene diabetes», «Es alcohólico» o «Está en negación», etc.). Dado que la opinión pública ha estigmatizado algunas de estas etiquetas, no debería sorprendernos que las

personas con una autoestima razonablemente sana se resisten a aceptarlas. Incluso en el ámbito de los problemas de alcoholismo, donde se ha puesto mucho énfasis en el etiquetado (al menos en Estados Unidos), hay pocas pruebas del beneficio de presionar a las personas para que acepten una etiqueta como «alcohólico», y la filosofía de Alcohólicos Anónimos (AA) recomienda específicamente que se evite etiquetar a otros.

Con frecuencia, hay una dinámica relacional subyacente al debate del etiquetado. Puede tratarse de una lucha por la que el entrevistador intenta afirmar su control y su experiencia. Si el etiquetado procede de los miembros de la familia, puede tratarse de una comunicación moralizante. En algunas personas, incluso una referencia aparentemente inofensiva como «su problema con...» puede provocar la incómoda sensación de sentirse atrapado. Por supuesto, el peligro está en que la lucha de las etiquetas genera discordancia, que desemboca en la toma de partido y acaba entorpeciendo el progreso.

Por lo tanto, recomendamos que durante la EM apenas se ponga énfasis en las etiquetas. Es posible explorar en profundidad los problemas sin necesidad de etiquetarlos; de este modo, evitamos evocar una discordancia innecesaria. Sin embargo, a veces es el propio entrevistado quien saca el tema, y cómo respondamos puede ser muy importante. Recomendamos una combinación de reflejar y de reenmarcar, dos de las técnicas de las que hablaremos más adelante. A continuación ofrecemos un breve ejemplo, de nuevo del ámbito de las adicciones, donde esta cuestión suele cobrar mucha importancia. Veremos que el terapeuta recoge rápidamente la preocupación del cliente y, entonces, la reenmarca.

CLIENTE: Entonces, ¿me está diciendo que soy un drogadicto?

ENTREVISTADOR: No, de hecho las etiquetas no me importan demasiado. Sin embargo, parece que a usted sí y que le preocupan.

CLIENTE: Bueno, es que no me gusta que me llamen drogadicto.

ENTREVISTADOR: Cuando pasa, le entran ganas de explicar que la situación no es tan mala.

CLIENTE: ¡Claro! Tampoco digo que no tenga problemas...

ENTREVISTADOR: Pero no le gusta que le pongan la etiqueta de que «tiene problemas». Es duro.

CLIENTE: Sí, lo es.

ENTREVISTADOR: Es normal, claro. A muchas personas con las que hablo les molesta que las etiqueten. No es raro en absoluto. A mí tampoco me gusta que me etiqueten.

CLIENTE: Es que es como si me metieran en un caja.

ENTREVISTADOR: Claro. Déjeme que le explique cómo lo veo yo y luego podemos pasar a otra cosa. En mi opinión, no importa qué *nombre* le pongamos al problema. No tenemos por qué ponerle ninguno, en realidad. Si para usted las etiquetas son importantes, podemos hablar de ello, pero a mí no me preocupan demasiado. Lo

verdaderamente importante es que entienda que el consumo de cocaína le está perjudicando, y que decida qué quiere hacer al respecto, si es que quiere hacer algo. Sólo me importa una cosa: usted.

También querríamos añadir que tampoco vemos ningún motivo importante para *desalentar* el uso de etiquetas por parte del cliente, si a él le ayuda. Por ejemplo, los miembros de AA suelen decir que, para ellos, reconocer y aceptar que eran alcohólicos fue un paso importante. No tiene sentido oponerse a esta autoaceptación. La clave reside en evitar debates y enfrentamientos improductivos acerca de las etiquetas. Cuando hay que dar un diagnóstico por motivos administrativos, se puede hablar de ello con el cliente de un modo colaborador y explicar que forma parte del proceso y que es algo provisional.

LA TRAMPA DE LA CULPA

Otro de los obstáculos con los que podemos topar en la primera sesión es la preocupación del cliente acerca de la culpa, preocupación que puede ponerle a la defensiva. ¿Quién tiene la *culpa* del problema? ¿A quién hay que acusar? Si no abordamos correctamente esta cuestión, corremos el riesgo de tener que perder el tiempo resolviendo una actitud defensiva que hubiésemos podido evitar. Una de las estrategias obvias es hacer que la culpa sea irrelevante en el contexto terapéutico. Normalmente, se puede hacer reflejando y reenmarcando la preocupación del cliente. Si saca el tema, podemos decirle algo parecido a: «Parece que le preocupa quién tiene la culpa de la situación. Creo que es oportuno que le explique que el objetivo de la terapia no es averiguar quién tiene la culpa. Eso es cosa de jueces, no de terapeutas. La terapia tiene la política de no culpar. No me interesa averiguar quién tiene la culpa, sino descubrir qué le preocupa y ver qué puede hacer al respecto».

También podemos evitar que surjan preocupaciones acerca de la culpa si ofrecemos esta breve explicación al principio de la terapia. Una vez que el cliente entiende cuál es el objetivo de la terapia, la culpa deja de ser un problema.

LA TRAMPA DE LA CHARLA

Finalmente, también es posible caer en la trampa de limitarse a charlar sin que la conversación siga una dirección concreta. Es cierto que una charla informal puede ser una manera amistosa de abrir la sesión y, en ocasiones, puede ayudar a romper el hielo. En algunas culturas, se espera y se considera de buena educación dedicar unos minutos a una charla intrascendente antes de entrar en materia. Por muy cómoda que pueda resultar la charla informal, por lo general no es muy útil, a no ser que sea en dosis muy bajas. En un estudio sobre tratamientos, niveles elevados de charla informal predecían

niveles *inferiores* de motivación para el cambio y de adherencia al tratamiento por parte del cliente (Bamatter *et al.*, 2010). Durante el proceso de vinculación, hay que centrar la máxima atención en las preocupaciones y objetivos del cliente. Esto, a su vez, llevará al proceso de enfocar, que abordaremos en la parte III.

¿Cómo fomentar la vinculación?

La primera vez que una persona entra en contacto con una situación nueva, ¿qué le influye en la decisión de volver o no? En este nuevo contexto puede tratar de ser atendido por un profesional de la atención sanitaria, acudir a un club, a una congregación, a una reunión semanal (p. e., AA, club excursionista, club de ajedrez...). ¿Qué le ayuda a decidir si habrá una segunda vez?

A continuación sugerimos varios factores que pueden fomentar la vinculación o la desvinculación.

1. *Deseos u objetivos.* ¿Qué quería o esperaba al llegar? ¿Qué buscaba?
2. *Importancia.* ¿Cuán importante es lo que busca? ¿Hasta qué punto es una prioridad para usted?
3. *Positividad.* ¿Cómo se ha sentido durante la experiencia? ¿Se ha sentido acogido, valorado y respetado? ¿Le han tratado con afecto y amabilidad?
4. *Expectativas.* ¿Qué creía que iba a suceder? ¿La experiencia ha sido como esperaba? ¿Ha cumplido (o incluso superado) sus expectativas?
5. *Esperanza.* ¿Cree que esta situación puede ayudar a personas como usted a encontrar lo que buscan? ¿Cree que puede resultarle útil?

Básicamente, compara sus expectativas (o esperanzas) con la realidad de la experiencia. A continuación, presentamos cinco puntos fundamentales que todo terapeuta o programa debería tener en cuenta durante la primera visita, en la que forjar el vínculo es un objetivo primordial.

1. ¿Por qué ha acudido la persona a usted ahora? ¿Qué quiere? Pregunte y escuche.
2. ¿Cuán importantes cree que son los objetivos del cliente?
3. Muéstrese acogedor. Ofrezca un café. Busque aspectos que pueda valorar de verdad y comentar de forma positiva, por sencillos que sean, y encuentre otras maneras de hacer que el cliente se sienta bien recibido.
4. ¿Cómo cree la persona que usted podrá ayudarle? Explíquele qué puede esperar.
5. Ofrezca esperanza. Explíquele qué hace y cómo puede ayudarle. Preséntele una imagen positiva y honesta de los cambios que otros han llevado a cabo y de los servicios que ofrece.

Se trata de cuestiones de sentido común que cualquier persona de negocios competente tendría en cuenta pero que, con frecuencia, se pierden por el camino en el ámbito de los servicios sociales, por las prisas de recoger información y evaluar, por el deseo de parecer objetivo y profesional y por la gran carga de trabajo y las rutinas.

Más allá de estos puntos básicos, los tres capítulos siguientes abordan habilidades profesionales importantes no sólo para vincular, sino para los otros tres procesos de la EM. Son habilidades imprescindibles para todo el que quiera entender y practicar correctamente la EM. Cuando se dominan, ayudan a vincular antes al cliente, a encontrar una dirección clara, a evocar motivación y a facilitar el proceso de cambio.

Puntos clave

- ✓ Vincular es el proceso por el que establecemos una relación de ayuda basada en la confianza y el respeto mutuos.
- ✓ Empezar el proceso terapéutico con una evaluación puede colocar al paciente en un rol pasivo que dificulta forjar el vínculo.
- ✓ El estilo directivo y experto no funciona bien cuando el objetivo es el cambio personal.
- ✓ La trampa del foco prematuro consiste en intentar enfocar un objetivo demasiado pronto, antes de haber forjado un vínculo sólido.
- ✓ Discutir acerca de la idoneidad de una etiqueta diagnóstica puede ser contraproducente.
- ✓ A no ser que sea en pequeñas dosis, la charla informal no suele resultar demasiado útil.

CAPÍTULO 5

ESCUCHAR

ENTENDER EL DILEMA DE LA PERSONA

Resulta sorprendente cómo cuestiones que parecen irresolubles se solucionan cuando alguien nos escucha y cómo la confusión que parece irremediable pasa a fluir con relativa claridad cuando somos escuchados. He agradecido profundamente todas las veces en que he experimentado esta escucha sensible, empática y concentrada.

CARL R. ROGERS

Cuando escuchamos a alguien completa y atentamente, no sólo escuchamos las palabras, sino también la emoción de lo que se transmite; escuchamos el todo, no la parte.

JIDDU KRISHNAMURTI

Escuchar bien es fundamental para la EM. En concreto, la habilidad de la escucha reflexiva es una de las primeras que hay que aprender, porque es básica en los cuatro procesos de la EM. Hace falta bastante práctica para dominar este tipo de escucha y generar los reflejos de un modo natural y sencillo. Una vez alcanzado este nivel de comodidad con la escucha reflexiva, puede utilizarse para orientar al cliente. Al principio, es como aprender a clavar clavos con un martillo (hay que aprender a colocar la herramienta justo donde necesitamos y a golpear los clavos de lleno en la cabeza) antes de pasar al arte sutil de usar un mazo para esculpir.

La buena noticia es que la escucha reflexiva es una habilidad extraordinariamente útil por sí misma. Rogers la llamó «empatía precisa» (1965) y su alumno, Thomas Gordon, la denominó «escucha activa» (Gordon, 1970; Gordon y Edwards, 1997). Es una piedra angular de la terapia centrada en el cliente. También es una habilidad que resulta útil no sólo en el ámbito profesional, sino también en el personal y el relacional. Sin embargo, muy pocas personas la dominan. La escucha reflexiva es fundamental para la buena comunicación, y una vez que la aprendemos, es un regalo valiosísimo que podemos entregar a las personas con las que estamos en contacto. El propio Rogers aplicó con éxito su estilo centrado en el cliente para llegar a pacientes supuestamente «desmotivados» (Gendlin, 1961).

La disciplina de la buena escucha se basa en la confianza de que a los clientes les resulta útil explorar sus experiencias y sus percepciones. El proceso terapéutico no se centra en dispensar consejos expertos. La oportunidad de ahondar y reflexionar sobre la propia experiencia es muy valiosa y las conversaciones ordinarias suelen pasarlo por alto con demasiada frecuencia.

Saber escuchar ayuda al otro a seguir hablando y reflexionando y a explorar temas que, quizás, le resulten incómodos. La empatía precisa es una habilidad excelente que facilita la autoexploración.

El proceso terapéutico no se centra en dispensar consejos expertos.

Los 12 obstáculos de Thomas Gordon

En su acepción más popular, escuchar puede ser algo tan sencillo como limitarse a permanecer en silencio (al menos temporalmente) mientras escuchamos lo que el otro tiene que decir. Sin embargo, el elemento crucial de la escucha reflexiva es lo que el entrevistador dice en respuesta a lo que plantea el entrevistado. Por eso Thomas Gordon hablaba de *escucha activa* (1970).

En este sentido, vale la pena que dediquemos unos minutos a aclarar qué no es la escucha reflexiva. Gordon describió 12 respuestas que las personas solemos darnos entre nosotras, pero que no pueden calificarse de «escucha».

1. Ordenar, dirigir o instruir.
2. Avisar, advertir o amenazar.
3. Aconsejar, sugerir o aportar soluciones.
4. Persuadir mediante la lógica, discutir o sermonear.
5. Decirle al otro lo que debe hacer, moralizar.
6. Mostrar desacuerdo, juzgar, criticar o culpar.
7. Estar de acuerdo, aprobar o elogiar.
8. Humillar, ridiculizar o etiquetar.
9. Interpretar o analizar.
10. Tranquilizar, simpatizar o consolar.
11. Preguntar o indagar.
12. Retirarse, distraer, divertir o cambiar de tema.

Gordon decía que estas respuestas son «obstáculos», porque tienden a entorpecer la autoexploración y distraen de la escucha. Desvían a la persona de la senda de la exploración. Para seguir en la misma dirección, la persona debe superar el obstáculo,

rodearlo y volver a la línea de pensamiento original. Los obstáculos detienen o desvían la línea de exploración de la persona.

Por otro lado, los obstáculos tienden a denotar una relación asimétrica. Están centrados en el entrevistador, en lugar de en el entrevistado. El mensaje subyacente parece ser «Escúchame, sé lo que te conviene». En lugar de seguir explorando su propio camino, el entrevistado debe gestionar lo que el entrevistador le plantea. Veamos a este terapeuta bien intencionado, pero que no resulta demasiado útil a esta persona que se muestra ambivalente ante una decisión importante. (Los números corresponden al obstáculo relevante de la lista anterior.)

Los obstáculos se centran en el entrevistador en lugar de en el entrevistado.

CLIENTE: Es que no sé si dejarle o no.

ENTREVISTADOR: Deberías hacer lo que consideres mejor. (5)

CLIENTE: Pero ¡ese es precisamente el problema! ¡No sé qué es mejor!

ENTREVISTADOR: Sí, en el fondo sí que lo sabes. (6)

CLIENTE: Me siento atrapada, me ahogo en la relación.

ENTREVISTADOR: ¿Has valorado la posibilidad de una separación temporal, para ver cómo te sientes? (3)

CLIENTE: Pero es que le quiero... ¡Le haría mucho daño si me fuera!

ENTREVISTADOR: Sí, pero si no lo haces, quizás echas a perder tu vida. (2)

CLIENTE: Pero ¿no estaría siendo egoísta?

ENTREVISTADOR: Es lo que tienes que hacer para cuidar de ti misma. (4)

CLIENTE: No sabría qué hacer, no lo aguantaría.

ENTREVISTADOR: Seguro que estarás bien. (10)

Esta persona no ha recibido ayuda para explorar su ambivalencia (capítulo 17), sino que se la ha presionado prematuramente en una dirección. En esta escena, el terapeuta no ha escuchado de verdad a su clienta, no le ha dado la oportunidad de seguir hablando y explorando la ambivalencia. La clienta se ha pasado la sesión esquivando obstáculos.

Escucha no verbal

Aunque hemos dedicado la mayoría del capítulo a cómo el terapeuta responde verbalmente a lo que dice su cliente, escuchar es mucho más que palabras. Imagine que debe escuchar a alguien atentamente durante cinco minutos y sin decir una palabra. ¿Cómo le haría saber a esa persona que la escucha y la entiende? Aunque lo más

probable es que, en tanto que terapeuta, ya dé por supuestos los elementos no verbales de la escucha y que los aplique de forma intuitiva, vale la pena dedicarles un espacio antes de pasar al reflejo verbal.

En primer lugar, está la atención completa. Por muy convencido que esté de que puede escuchar bien mientras hace otra cosa, hacerlo comunica desinterés y falta de respeto. Repasar papeles, mirar la hora o tomar notas continuamente le alejan de la escucha activa y transmiten falta de atención. Por supuesto, aquí incluimos las distracciones electrónicas: nada de escribir o leer mensajes de texto ni de jugar a videojuegos mientras escucha. Incluso, aunque sea capaz de hacer dos cosas a la vez, no lo haga si una de las dos es escuchar.

Los ojos transmiten especialmente bien la atención completa. Alguien que sabe escuchar bien suele mantener el contacto visual con la persona que habla. Por el contrario, el orador suele mirar a su interlocutor periódicamente mientras habla, pero también desvía la mirada. Hay grandes diferencias culturales en lo que respecta a este patrón. En algunas culturas, se considera que mantener un contacto visual continuado mientras se habla es una falta de respeto. Aun así, la mirada de quien escucha debe estar preparada para establecer contacto, no vagar por la sala o perderse detrás del orador (puede comunicar aburrimiento o falta de respeto). Aunque seguro que conoce las normas que rigen su propia cultura, asegúrese de averiguar las diferencias si ha de trabajar con alguien de otra distinta.

La disposición espacial afecta a la comodidad del contacto visual. Aunque hay diferencias culturales respecto a la distancia que hay que guardar cuando se habla con otra persona, en términos generales podemos decir que la comodidad del contacto físico se reduce a medida que la proximidad física aumenta (excepto si se trata de relaciones íntimas). Cuando se está sentado, es una buena idea que entrevistador y entrevistado no estén directamente uno delante del otro, porque dificulta romper el contacto visual y evoca una actitud de confrontación (literalmente: cara a cara). Los terapeutas suelen disponer las sillas en ángulo, para que el paciente pueda tanto establecer contacto visual como romperlo cómodamente.

La expresión facial también comunica acerca del nivel de atención y de comprensión. Hay personas que creen que mantener una «cara de póquer» (que se mantiene invariable ante distintos contenidos) es mostrarse objetivo o «profesional». Sin embargo, una cara de póquer ofrece escaso apoyo emocional al orador e invita a la proyección, que con frecuencia adopta la forma de imaginar que quien escucha juzga o desaprueba. Puede hacer que quien habla se pregunte e incluso se preocupe por lo que quien le escucha pueda estar pensando. En una conversación normal, las personas suelen reflejar las expresiones emocionales del otro. Una manifestación verbal de tristeza se reflejaría de modo no verbal en el rostro de alguien que escucha activamente. Lo mismo sucedería con las expresiones de alegría, de miedo o de sorpresa. Reflejar las emociones del cliente señala escucha, comprensión y acompañamiento. Las expresiones faciales de

alguien que sabe escuchar reflejarían probablemente la emoción de las palabras de su interlocutor, incluso si este no las mostrara en su propio rostro. Una excepción habitual a este reflejo en las relaciones de ayuda es la ira del cliente, a la que recomendamos responder, no con un reflejo facial de la misma, sino con preocupación genuina y tranquilidad.

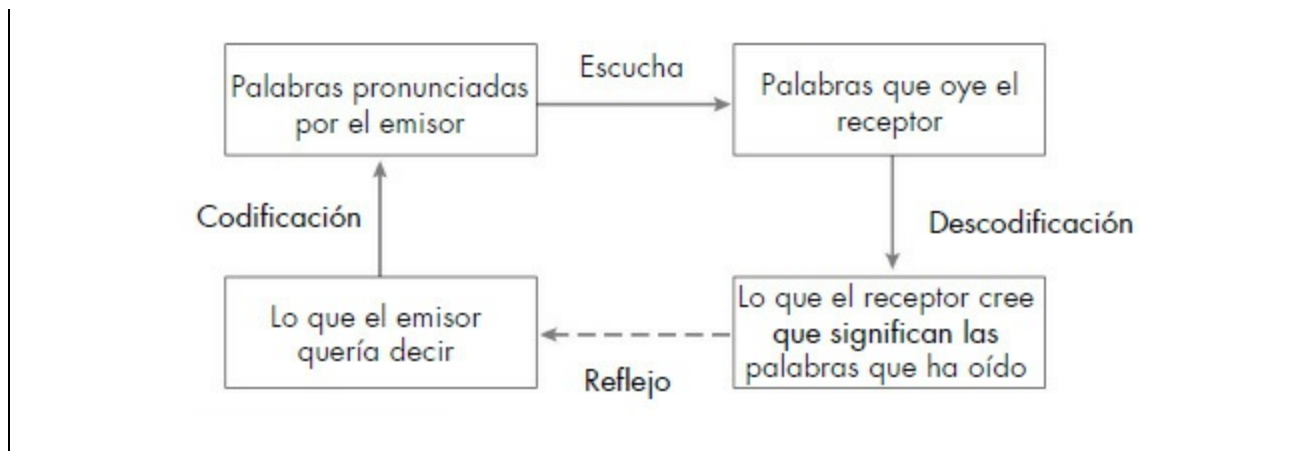
Reflejar

Más allá del silencio y de las expresiones no verbales, ¿qué más hay que hacer para escuchar bien? Si evitamos los 12 obstáculos de Gordon que hemos presentado antes, ¿qué más queda por decir? No queremos decir que estas 12 respuestas sean erróneas siempre. Hay un momento y un lugar para cada una de ellas, pero la escucha reflexiva es algo distinto.

La esencia de la respuesta de escucha reflexiva es que ofrece una conjetura sobre lo que piensa el interlocutor. La persona tiene un mensaje que transmitir. El mensaje se codifica en forma de palabras, con frecuencia de forma imperfecta. No siempre transmitimos lo que queremos decir. Por su parte, el receptor del mensaje debe escuchar atentamente las palabras y, entonces, descodificar su significado. Por lo tanto, en el proceso de la comunicación hay tres pasos que pueden salir mal: la codificación, la escucha y la descodificación (recuadro 5.1). Si escuchamos de forma reflexiva, hacemos una conjetura razonable acerca del mensaje original y lo enunciamos en forma de afirmación. Eso cierra el ciclo, tal y como vemos en la parte inferior del recuadro 5.1. ¿Por qué respondemos con una afirmación en lugar de formular una pregunta? Al fin y al cabo, no estamos seguros de que nuestra suposición sea correcta. El motivo por el que respondemos con una afirmación en lugar de con una pregunta es meramente práctico: es menos probable que el otro se ponga a la defensiva ante una afirmación bien formulada que ante una pregunta, por lo que las probabilidades de que siga explorando son mayores. En la dinámica del lenguaje, una pregunta exige una respuesta, obliga al otro a hacer algo. Veamos lo diferente que resuenan estos pares de respuestas por parte de un terapeuta. (Es posible que tenga que leerlas en voz alta, porque, en el discurso, es la inflexión de la voz lo que marca la diferencia.)

La esencia de la respuesta de escucha reflexiva es que ofrece una conjetura sobre lo que piensa el interlocutor.

RECUADRO 5.1. El proceso de la comunicación



«¿Estás incómodo?»

«Estás incómodo.»

«¿No crees que eso sea un problema?»

«No crees que eso sea un problema.»

«¿Estás pensando en divorciarte?»

«Estás pensando en divorciarte.»

¿Puede escuchar lo distintas que son las inflexiones en cada par de frases e intuir la diferencia en las posibles respuestas a cada una? Cuando formulamos una pregunta, lo habitual es que el tono de voz sea ascendente al final de la frase, mientras que cuando hacemos una afirmación, desciende ligeramente. Por lo general, el tono de voz debería descender ligeramente al final de cada afirmación reflexiva. Son afirmaciones de comprensión. Se trata de una diferencia sutil que no todo el mundo percibe, pero que es muy real. (De nuevo, puede haber diferencias culturales en el modo en que se debe entonar una pregunta.)

¿Y por qué no preguntamos directamente a las personas qué quieren decir? Porque, al parecer, presionar a las personas con preguntas para que se expliquen mejor y aclaren lo que quieren decir suele distanciarlas de lo que experimentan. Dan un paso atrás para analizarse y empiezan a preguntarse si verdaderamente sienten lo que acaban de manifestar o incluso si deberían sentirlo.

Para poder practicar la escucha reflexiva, primero hay que aprender a pensar reflexivamente. Recuerde que lo que cree o asume que quieren decir los demás no necesariamente es cierto (recuadro 5.1). La mayoría de afirmaciones pueden significar varias cosas. Palabras que denotan estados emocionales, como «deprimido» o «ansioso», pueden significar cosas muy diferentes para distintas personas. Por ejemplo, ¿qué podría querer decir alguien que afirma «Quiero ser más sociable»? Estas son sólo algunas de las posibilidades:

«Me siento solo y quiero tener más amigos.»

«Me pongo muy nervioso cuando tengo que hablar con desconocidos.»

«Debería dedicar más tiempo a conocer personas nuevas.»
«Me gustaría ser más popular.»
«Cuando estoy con gente, nunca sé qué decir.»
«Nadie me invita a sus fiestas.»

Pensar reflexivamente entraña hacer más consciente el proceso que plasmamos en el recuadro 5.1. Cuando escuchamos hablar a alguien, suponemos de forma natural qué quiere decir. Este proceso de descodificación es muy rápido y, a menudo, inconsciente. Muchas personas actúan como si su suposición fuera el significado real y reaccionan al mismo. La escucha reflexiva permite comprobar que la suposición es acertada, en lugar de asumir directamente que hemos entendido bien.

Por lo tanto, la escucha reflexiva implica responder a quien habla con una afirmación que no es un obstáculo, sino una conjetura acerca de lo que ha querido decir. Con frecuencia, el sujeto de esa conjetura es el pronombre *tú/usted*.

A continuación presentamos un segmento extraído de una sesión con una persona a quien habían practicado una operación a corazón abierto (*bypass* de arteria coronaria) tres meses antes. En este caso, el «entrevistador» podría ser casi cualquier persona: una enfermera, un médico, un amigo, un sacerdote o un fisioterapeuta. Para ser más ilustrativos, cada una de las frases que pronuncia el entrevistador en este fragmento es una afirmación de escucha reflexiva. Fíjese en que los reflejos del entrevistador no se limitan a repetir lo que ha dicho la persona, sino que profundizan en ello. Básicamente, el entrevistador aventura la que podría ser la siguiente frase del entrevistado, en lugar de hacerse eco de la última. Es un reflejo muy efectivo al que llamamos *reflejo anticipado*.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo se encuentra desde la operación?

CLIENTE: Pues la verdad, ha sido muy duro. Tengo suerte de seguir vivo.

ENTREVISTADOR: Podría haber muerto.

CLIENTE: Me dijeron que el bloqueo había llegado al 90 por ciento y que, a mi edad, se trata de una operación muy importante. Pero lo he superado.

ENTREVISTADOR: Y está muy contento.

CLIENTE: Sí, tengo muchas cosas por las que vivir.

ENTREVISTADOR: Sé que su familia es muy importante para usted.

CLIENTE: Me encanta estar con mis nietos, son dos chicos y dos chicas, viven aquí, en la ciudad. Me gusta hacer cosas con ellos.

ENTREVISTADOR: Los quiere mucho.

CLIENTE: Sí. Y también disfruto cantando en el coro del barrio. Cuentan conmigo, no tienen muchos tenores. Tengo muchos amigos allí.

ENTREVISTADOR: Tiene muchos motivos para cuidar de su salud.

CLIENTE: Al menos lo intento, aunque no sé cuánto debo hacer.

ENTREVISTADOR: Cuánta actividad física.

CLIENTE: No puedo pasarme. La semana pasada jugué al golf y me empezó a doler el brazo. El médico me dijo que sólo era dolor muscular, pero me asusté.

ENTREVISTADOR: No quiere tener otro infarto.

CLIENTE: ¡No! Con uno basta.

ENTREVISTADOR: Y, a veces, se pregunta cuánto ejercicio le conviene hacer.

CLIENTE: Bueno, sé que tengo que mantenerme activo. Es lo que dicen, «si no lo usas, se echa a perder». Quiero recuperar la fuerza que tenía y dicen que hacer ejercicio con regularidad también es bueno para el cerebro.

ENTREVISTADOR: Y esa es la dificultad, cómo estar lo bastante activo para recuperar la fuerza y mantenerse sano, pero no tanto como para arriesgarse a sufrir otro infarto.

CLIENTE: Quizás estoy siendo demasiado precavido. Los últimos análisis salieron muy bien. Lo que pasa es que cuando siento ese tipo de dolor, me asusto.

ENTREVISTADOR: Le recuerda al infarto.

CLIENTE: No tiene mucho sentido, ¿no? Evitar la actividad para no tener otro.

ENTREVISTADOR: Es como mantenerse alejado de los demás para no estar solo.

CLIENTE: Sí, bueno, supongo que lo que tengo que hacer es activarme y ver cómo puedo ir haciendo más poco a poco, para poder seguir algo más de tiempo por aquí.

Fíjese en que el entrevistador no ha planteado ningún obstáculo en ningún momento del proceso. Aunque hubiera sido fácil sustituir alguno de los reflejos por obstáculos, hay que evitarlo, porque el objetivo es ayudar a la persona a seguir explorando su propia experiencia y su sabiduría. La escucha reflexiva supone confiar en que las personas son expertas en sí mismas, quieren estar sanas y pueden llegar a sus propias conclusiones.

Fíjese también en que el hábil diálogo podría ser un monólogo si cambiamos los pronombres en las frases del terapeuta:

«Pues la verdad, lo de la operación ha sido muy duro. Tengo suerte de seguir vivo, podría haber muerto. Me dijeron que el bloqueo había llegado al 90 por ciento y que, a mi edad, se trata de una operación muy importante. Pero lo he superado. Estoy muy contento, porque tengo muchas cosas por las que vivir. La familia es muy importante para mí. Me encanta estar con mis nietos, son dos chicos y dos chicas, viven aquí, en la ciudad. Me gusta hacer cosas con ellos. Los quiero mucho y también disfruto cantando en el coro del barrio. Cuentan conmigo, no tienen muchos temores. Tengo muchos amigos allí. Tengo muchos motivos para cuidar de mi salud. O al menos lo intento, aunque no sé cuánto debo hacer, cuánta actividad física, quiero decir. No puedo pasarme. La semana pasada jugué al golf y me empezó a doler el brazo. El médico me dijo que sólo era dolor muscular, pero me asusté. No quiero tener otro infarto, con uno basta. Pero a veces me pregunto cuánto ejercicio me conviene hacer. Sé que tengo que mantenerme activo. Es lo que dicen, “si no lo usas, se echa a perder”. Quiero recuperar la fuerza que tenía y dicen que hacer ejercicio con regularidad también es bueno para el cerebro. Y esa es la dificultad, cómo estar lo bastante activo para recuperar la fuerza y mantenerme sano, pero no tanto que me arriesgue a sufrir otro infarto. Aunque creo que quizás estoy siendo demasiado precavido. Los últimos análisis salieron muy bien. Lo que pasa es que cuando siento ese tipo de dolor, me asusto, porque me recuerda al infarto. No tiene mucho sentido, ¿no? Evitar la actividad para no tener otro. Es como mantenerse alejado de los demás para no estar solo. Supongo que lo que tengo que hacer es activarme y ver cómo puedo ir haciendo más poco a poco para poder seguir algo más de tiempo por aquí.»

Este flujo natural es imposible si el terapeuta lanza un obstáculo tras otro. La escucha reflexiva se centra en la narrativa de la *persona*, no en afirmar el modo en que la entendemos nosotros.

¿Y qué sucede si el terapeuta se equivoca y el reflejo no es lo que el cliente quería decir? Normalmente, lo único que sucede es que el cliente sigue hablando, para aclarar lo que quería decir. No pasa nada por hacer una suposición errónea durante el proceso de escucha reflexiva. Formular preguntas no es ni necesario ni la mejor manera de entender al cliente. Tampoco es necesario incluir frases de introducción al reflejo como «Me parece que dices que...» *Claro* que es lo que nos parece a nosotros.

Podemos transformar prácticamente cualquier pregunta en un reflejo. Al principio, una manera de formular el reflejo es *pensar* primero en la pregunta «¿Quiere decir que...?» y luego retirar los interrogantes: «Quiere decir que...» y hacer una inflexión descendente con la voz hacia el final de la frase, para convertirla en una afirmación. Por ejemplo, pensemos en una paciente que le dice a su médico: «Estoy bastante desanimada con todo el tema de controlarme la diabetes». En cuestión de segundos, al médico puede haberle pasado todo esto por la cabeza:

[«Seguro que lo hará bien.» No, esto no es escuchar. Quiero sugerirle ideas, pero eso es mi reflejo de corrección en funcionamiento y lo que quiero es entenderla. ¿Qué la desanima? «¿Quiere decir que a pesar de todos sus esfuerzos, el nivel de azúcar sigue alto?» Ahora, conviértelo en un reflejo.] (En voz alta: «Se está esforzando mucho, pero los niveles de azúcar siguen muy altos».)

Parece mucho esfuerzo mental para un reflejo. Y lo es. Al principio, es muy posible que la escucha reflexiva suponga un gran esfuerzo. Es más difícil que preguntar. La buena noticia es que, al igual que sucede con la mayoría de habilidades, con la práctica cada vez resulta más fácil.

RECUADRO 5.2. Escuchar ahorra tiempo

El psiquiatra se disculpó por haber llegado tarde al taller de formación continuada en entrevista motivacional. «Siento llegar tarde, esta mañana he atendido a veinte pacientes.»

El formador se detuvo para recibir al recién llegado, y le preguntó: «¿Y tiene tiempo para usar la EM con una agenda tan apretada?».

«¿Cómo cree que podría ver a veinte pacientes si no usara la EM?», contestó el psiquiatra.

* * *

Es habitual que los terapeutas con agendas abarrotadas digan que no tienen tiempo para la EM en general y para la escucha reflexiva en particular. «Tengo tantas cosas que hacer en el poco tiempo de que dispongo para estar con los pacientes, que si abro la puerta de la escucha no podré acabar nada. Lo que necesito es decirles lo que deben hacer y pasar al siguiente.»

Y, sin embargo, unas pocas palabras bien elegidas pueden ahorrar largas parrafadas y más aún si hablamos de afirmaciones de escucha reflexiva que capturan la esencia de lo que la persona siente y dice. Cuando damos en el clavo con un reflejo acertado, la persona se siente entendida y es posible que ya no sea necesario seguir explorando. Además, las personas tienden a repetirse cuando creen (acertadamente o no) que no se las escucha, por lo que un buen reflejo puede ahorrar mucho tiempo.

Limitarnos a «decir» a las personas lo que necesitan saber o hacer puede darnos la sensación de que hemos hecho nuestro trabajo y, ciertamente, hay veces en que comunicar datos es eficiente, sobre todo cuando la persona necesita y quiere información. Sin embargo, cuando buscamos el cambio de conducta, decir y advertir no suele ser de mucha ayuda. Si sólo dispone de unos minutos y el objetivo es el cambio de conducta, no tiene tiempo para no usar la EM.

LA PROFUNDIDAD DEL REFLEJO

Los reflejos de la escucha reflexiva pueden ser muy sencillos. A veces, basta con repetir una palabra o dos para que la persona siga hablando. (En el diálogo con el cliente operado de corazón, el primer reflejo podría haber sido sencillamente: «Ha tenido suerte».) Los reflejos *simples* añaden muy poco, o nada, a lo que ha dicho la persona. Repiten o parafrasean el contenido del mensaje.

ENTREVISTADO: Hoy estoy bastante deprimido.

REFLEJOS SIMPLES:

Está deprimido.

Está triste.

Deprimido...

Aunque pueden ser útiles, los reflejos simples tienden a producir un avance más lento. Si tiene la sensación de que no avanza o de que lo hace en círculos, es posible que esté usando demasiados reflejos simples y se mantenga demasiado pegado a lo que dice el cliente.

Los reflejos *complejos* añaden más significado o énfasis a lo que ha dicho la persona y avanzan una suposición acerca del contenido no enunciado o de lo que puede venir a continuación (reflejo anticipado). A continuación encontrará un ejemplo de significado inferido a partir del diálogo anterior.

CLIENTE: Quizás estoy siendo demasiado precavido. Los últimos análisis salieron muy bien. Lo que pasa es que cuando siento ese tipo de dolor, me asusto.

ENTREVISTADOR: (*Suposición.*) Le recuerda al infarto.

El cliente no ha dicho que se asusta porque el dolor le recuerda al infarto, pero es una suposición razonable a partir de lo que ha dicho hasta ahora.

Piense en un iceberg. Un reflejo simple se limita a lo que hay sobre el agua, al contenido que se ha expresado, mientras que el reflejo complejo hace una suposición acerca de lo que hay bajo la superficie.¹ A veces, resulta útil reflejar lo que *parece* que la persona siente mientras habla.

CLIENTE: Me dijeron que el bloqueo había llegado al 90 por ciento y que, a mi edad, se trata de una operación muy importante. Pero lo he superado.

ENTREVISTADOR: Y está muy contento.

CLIENTE: Sí, tengo muchas cosas por las que vivir.

Aventurarse y hacer un reflejo anticipado suele dar impulso al proceso de exploración. Obviamente, resulta más fácil cuando disponemos de contexto y conocemos al cliente.

CLIENTE: Hoy estoy bastante deprimido.

REFLEJOS COMPLEJOS:

Ha sucedido algo desde la última vez que hablamos.

Su estado de ánimo ha sufrido altibajos durante las últimas semanas.

Parece que no tiene mucha energía.

Los reflejos más complejos tienden a hacer avanzar la conversación. Aunque hacer suposiciones de este tipo, en forma de reflejos anticipados, puede resultar algo incómodo al principio, suele facilitar la comunicación y la comprensión. Por supuesto, es importante no ir demasiado lejos a la hora de conjeturar lo que la persona quiere decir. Es una cuestión de criterio y, si se excede, lo verá en la respuesta del cliente.

APRENDER A ESCUCHAR REFLEXIVAMENTE

Aunque la escucha reflexiva puede parecer muy compleja al principio, es una habilidad que puede aprenderse. Cuando aprendemos una habilidad compleja necesitamos *feedback*, preferiblemente inmediato, para saber si lo estamos haciendo bien o no. Cuando está en la zona de prácticas de un campo de golf, ve dónde cae cada bola, lo que le permite ajustar el *swing* y la postura para obtener el mejor resultado posible: a no ser, claro, que esté jugando al golf en la oscuridad más absoluta y, por lo tanto, apenas reciba *feedback*; en este caso, es muy poco probable que sus golpes mejoren demasiado. La escucha reflexiva se practica a plena luz del día. Cada vez que ofrece un reflejo, obtiene un *feedback* inmediato que le dice si ha acertado o no. Tal y como sucede en la zona de prácticas de los campos de golf, si se equivoca no pasa nada: la persona sigue hablando sobre lo que quería decir en realidad. A lo largo de los años, tendrá miles de oportunidades y cada vez se le dará mejor suponer qué quiere decir la gente a partir de las palabras, el tono de voz, el contexto y el lenguaje no verbal.

La profundidad de la reflexión aumenta con la práctica. Los reflejos hábiles van más allá de lo que la persona ha dicho, pero no saltan demasiado hacia delante. Esta habilidad se parece a las interpretaciones que ofrece la psicoterapia psicodinámica. Si la persona a la que escucha se retrae, es que ha ido demasiado lejos demasiado pronto.

EXAGERAR Y MINIMIZAR

Cuando usamos el reflejo para alentar al entrevistado a proseguir con su exploración personal (el objetivo general de la escucha reflexiva), minimizar ligeramente lo que nos dice suele resultar útil. Esto es especialmente cierto cuando el contenido es emocional. El lenguaje para describir las emociones es inmensamente rico. Para cada emoción concreta, como la ira, hay descriptores con una intensidad variadísima. Hay palabras que denotan ira de baja intensidad como *molesto* o *irritado* y términos de alta intensidad, como *indignado* o *furioso*. Además, la intensidad puede reducirse con modificadores como *un poco*, *algo* o *ligeramente*, o aumentarse añadiendo *bastante*, *muy* o *extremadamente*. Como principio general, si exageramos la intensidad de una emoción expresada, la persona tenderá a minimizarla y a dar marcha atrás respecto a la afirmación original. (En el capítulo 15 aplicaremos este principio de forma estratégica, en el método del reflejo amplificado como respuesta al discurso de mantenimiento y a la discordancia.) Por el contrario, si minimizamos ligeramente la intensidad de la emoción expresada, lo más probable es que la persona siga explorándola y hablando de ella:

Exagerar

CLIENTE: Me irritan los comentarios que hace acerca de cómo crío a mis hijos.

ENTREVISTADOR: Está muy enfadada con su madre.

CLIENTE: Bueno, no tanto, en realidad. Al fin y al cabo es mi madre.

Minimizar

CLIENTE: Me irritan los comentarios que hace acerca de cómo crío a mis hijos.

ENTREVISTADOR: Está algo molesta con su madre.

CLIENTE: ¡Vamos! Es que me agobia que se pase el día corriéndome y criticándome.

LONGITUD DEL REFLEJO

Como norma general, el reflejo no debería ser más largo que la afirmación que lo origina. Aunque hay excepciones, cuanto más breve, mejor. Un reflejo no tiene por qué ser un párrafo con distintos niveles y matices de significados posibles. Límitese a una suposición y fórmulela con sencillez.

Recuerde que, si un reflejo se alarga, lo más probable es que la persona responda a lo que diga al final. Los clientes también hacen reflejos anticipados. Si ha de ofrecer un reflejo prolongado y quiere insistir en un punto concreto, para invitar a que el cliente lo

elabore, déjelo para el final.

LA DIRECCIÓN DEL REFLEJO

El reflejo no es un proceso pasivo. En tan sólo unos cinco o diez minutos de conversación, el cliente puede haber ofrecido gran cantidad de material. Ya sea de forma consciente o no, el entrevistador decide qué reflejar y qué dejar pasar, en qué insistir o no y qué palabras usar para trasladar el significado. Por lo tanto, podemos usar el reflejo para iluminar aspectos concretos de lo que haya dicho la persona o para reenmarcar ligeramente su significado. Carl Rogers mantenía que no era directivo en situación de terapia, pero su alumno Charles Truax (1966) codificó grabaciones en audio de las sesiones de Rogers y descubrió que «reforzaba» de forma diferencial afirmaciones de cierto tipo por parte del cliente, mientras que dejaba pasar otras sin reflejarlas ni comentarlas. Es verdaderamente difícil responder de forma no condicionada a lo que dicen los clientes. Por el contrario, es muy fácil no ser consciente de cómo influimos en la dirección de la sesión.

Durante el proceso de vincular, el propósito principal de la escucha reflexiva es entender el dilema del cliente y ver la situación a través de sus ojos. No hay una dirección concreta. Sin embargo, cuando la EM llega al proceso de evocar, el reflejo y otras habilidades terapéuticas fundamentales se utilizan de forma estratégica para acelerar el cambio (parte IV). Una de las características de la EM es la toma de conciencia del aspecto direccional del reflejo. Por el contrario, hay situaciones clínicas en las que conviene evitar influir, ni siquiera de forma inconsciente, al cliente para que tome una dirección u otra. La neutralidad terapéutica puede ser todo un reto, que abordaremos en el capítulo 17.

REFLEJAR PARA VINCULAR

Las afirmaciones de escucha reflexiva deberían constituir una parte sustancial de las respuestas durante el proceso de vinculación. El reflejo es especialmente importante como continuación de las preguntas abiertas. Cuando plantee una pregunta abierta, responda a la respuesta del cliente con un reflejo. El objetivo de los reflejos durante el proceso de vinculación es clarificar si estamos entendiendo al cliente y transmitírselo. No hace falta mostrarse inteligente y complejo; basta con demostrar interés y curiosidad. Contar con una mente despejada nos va a ser de gran ayuda.

Como hacer preguntas exige menos (del entrevistador) que la escucha empática, resulta muy fácil caer en la trampa de la pregunta-respuesta y formular una retahíla de preguntas en lugar de seguir al cliente y reflejar sus palabras. Esta dinámica puede poner a la defensiva al cliente, así que será importante el intercalar reflejos entre las preguntas

en lugar de hilvanarlas. Los terapeutas expertos en EM ofrecen un promedio de dos o tres reflejos por pregunta, y la mitad de todas sus respuestas (sin contar las expresiones breves del tipo «ajá») son reflejos. Por el contrario, cuando codificamos sesiones terapéuticas ordinarias, vemos que las preguntas suelen superar a los reflejos en una proporción de 10 a 1 y que estos últimos suponen una proporción relativamente pequeña de todas las respuestas. Aunque puede parecer muy fácil cuando se observa a alguien que lo hace bien, la escucha reflexiva es una habilidad compleja que aún podemos seguir refinando tras décadas de práctica.

Puntos clave

- ✓ La habilidad de la escucha reflexiva («empatía precisa») puede aprenderse y es fundamental en los cuatro procesos de la EM.
- ✓ La esencia de la respuesta de escucha reflexiva es que hace una conjetura acerca de lo que el otro quiere decir.
- ✓ La complejidad del reflejo va desde la mera repetición a los reflejos complejos y los reflejos anticipados.
- ✓ Si le da la sensación de que avanza en círculos o nada en absoluto, es probable que los reflejos sean demasiado simples.

CAPÍTULO 6

HABILIDADES FUNDAMENTALES DURANTE LA ENTREVISTA

OARS

Lo paradójico es que cuando me acepto tal y como soy, es precisamente cuando puedo cambiar.

CARL R. ROGERS

Lo que la gente necesita es sentirse escuchada.

MARY LOU CASEY

Tal y como hemos explicado en el capítulo 5, la escucha reflexiva es una de las habilidades más importantes que desarrollar para la terapia centrada en el cliente en general y para la EM en particular. En este capítulo abordaremos otras tres habilidades de comunicación también fundamentales, tanto durante el proceso de vinculación como durante el resto de procesos de la EM. Todas ellas conforman en su conjunto el acrónimo mnemotécnico en español PARS: preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y sumarios. (OARS en inglés) En el proceso de vinculación son herramientas cruciales que generan comprensión mutua. Más adelante, cuando pasemos a enfocar, evocar y planificar, se convertirán en herramientas de navegación, que guiarán e impulsarán el proceso de cambio. Trataremos de la quinta habilidad fundamental que mencionamos en el capítulo 3, ofrecer información y consejo en el capítulo 11.

Formular preguntas abiertas

Una pregunta abierta invita a la persona a pensar antes de responder y ofrece una gran flexibilidad sobre cómo responder. Una pregunta abierta es como una puerta abierta. No sabemos con antelación adónde llevará a la persona.

Una pregunta abierta es como una puerta abierta.

«¿Qué le ha traído aquí?»

«¿Cómo ha afectado este problema a su vida cotidiana?»
«¿Cómo desearía que fuera su vida dentro de cinco años?»
«¿Adónde cree que puede llevarle el camino por el que va ahora?»
«¿Cuáles son las cinco cosas que diría que valora más en su vida?»
«¿Cómo cree que puedo ayudarle?»

La EM puede adoptar un ritmo sencillo: hacer una pregunta abierta y, entonces, reflejar la respuesta de la persona, quizás dos reflejos por pregunta, como si fuera un vals.¹ Sin embargo, incluso aunque se trate de preguntas abiertas, evite formular varias seguidas, porque corre el riesgo de caer en la trampa de la pregunta-respuesta.

Obviamente, lo contrario de una pregunta abierta es una pregunta cerrada, que normalmente genera una respuesta corta y con opciones limitadas. Las preguntas cerradas recogen información específica:

«¿Dónde vive?»
«¿Cuánto hace que se encuentra así?»
«¿Cuántas llamadas ha hecho?»
«¿Fuma?»
«¿Cree que puede conseguirlo?»
«¿Con quién vive?»
«¿Cuándo tomó la última copa?»
«¿Dónde sucedió?»

También hay preguntas cerradas que parecen abiertas. Las preguntas de opción múltiple pertenecen a esta categoría. Empiezan como una pregunta abierta, pero luego limitan las opciones.

«Entonces, ¿qué quiere hacer? ¿Dejar de fumar o fumar menos?»
«¿Qué cree que sería más efectivo? ¿Ajustar la dieta, hacer más ejercicio o probar medicación?»

Luego tenemos también las preguntas retóricas, en las que ya se apunta la dirección de la respuesta:

«¿Y no cree que sería mejor que _____?»
«¿No le importa su familia?»
«¿De verdad espera que eso funcione?»

Encadenar varias preguntas cerradas en serie puede resultar muy perjudicial para el proceso de vinculación, ya que se recoge información específica a costa de sacrificar una relación colaborativa y potenciando el rol de experto. Las preguntas abiertas suelen proporcionar más información, además de sacar a relucir temas importantes que, quizás, podríamos pasar por alto si nos ciñéramos a una lista de preguntas. Tanto si va justo de tiempo como si no, pruebe con las preguntas abiertas.

Las preguntas abiertas invitan a conversar sobre el tema y centran la atención en una dirección específica. Cuantas más preguntas haga, más limitará la exploración del cliente. Por el contrario, cuantos más reflejos ofrezca, más invitará al cliente a la

reflexión y a la exploración. La EM está centrada en el cliente, al tiempo que ofrece dirección, por lo que requiere combinar preguntas abiertas y reflejos.

Sin embargo, queremos añadir que las preguntas cerradas también pueden tener cabida en la EM. Por ejemplo, después de un sumario podemos preguntar «¿Me he dejado algo?», o durante el proceso de planificación: «Entonces, ¿es eso lo que va a hacer?». También podemos usar las preguntas cerradas para plantear un reto: «¿No sería genial que hubiera un modo para *querer* dejar de fumar?». (Esta pregunta también puede plantearse como un reflejo: «Sería genial que hubiera un modo para *querer* dejar de fumar».) Algunas preguntas cerradas se parecen mucho a un reflejo: «¿Le da la sensación de que la gente se ha aliado en contra de usted?». La pregunta óptima en cada momento depende de la situación, de la función del entrevistador y de la tarea que hay que acometer.

Afirmar

Además de formular preguntas abiertas y de reflejar, la EM requiere una tercera habilidad fundamental: acentuar lo positivo. Afirmar consiste en identificar y reconocer todo lo positivo, incluido el valor inherente del entrevistado en tanto que persona. Afirmar también es ofrecer apoyo y aliento. Rogers (1967, p. 94) describió la mirada positiva como «una especie de amor por el cliente tal y como es, siempre que entendamos amor como el equivalente del término teológico ágape, no en su sentido romántico y posesivo habitual» (*cf.* C. S. Lewis, 1960; Miller, 2000).

La afirmación y la empatía se solapan como mínimo en dos aspectos (Linehan, 1997). En primer lugar, la práctica de la empatía, de buscar entender con precisión el marco de referencia interno del cliente en tanto que persona individual, es inherente a la afirmación. Comunica que «Lo que dice es importante y lo respeto. Quiero entender lo que piensa y lo que siente». En segundo lugar, la afirmación debe ser genuina: debe valorar lo que sea cierto de la persona. Para ello, tenemos que escuchar y comprender. No podemos afirmar lo que no sabemos ni apreciamos.

Afirmar puede tener varias funciones positivas en las relaciones de ayuda. Fomenta el vínculo, porque la positividad es recíproca. Es más probable que pasemos tiempo, confiemos, escuchemos y nos mostremos abiertos ante personas que reconocen y afirman nuestros puntos fuertes (Linehan *et al.*, 2002). Afirmar también puede reducir la actitud defensiva. Cuando nos enfrentamos a información que amenaza nuestra autoimagen, tendemos de forma natural a afirmar nuestra autonomía y nuestros recursos, porque así reducimos la percepción de amenaza a nuestra integridad personal (Steele, 1988). Inversamente, la afirmación puede aumentar la apertura ante información posiblemente amenazante (Klein y Harris, 2010; Sherman, Nelson y Steele, 2000), especialmente cuando la información precede a la respuesta defensiva (Critcher, Dunning

y Armor, 2010). Afirmar las posibilidades de los demás también puede facilitar directamente el cambio, del mismo modo que los estereotipos despreciativos pueden entorpecerlo (Miller, 1985a, 2008).

No es necesario que toda la afirmación proceda del entrevistador, que tampoco es necesariamente la fuente más potente de afirmación. Puede pedir al cliente que enumere sus puntos fuertes, que le explique sus éxitos pasados, sus esfuerzos; se ha visto que esta autoafirmación facilita la apertura (Critcher *et al.*, 2010). La disposición de cada persona a autoafirmarse depende de factores generacionales y culturales, además del estado de ánimo y del contexto. Aun así, la afirmación por parte del entrevistador puede ofrecer beneficios terapéuticos sorprendentes (Linehan *et al.*, 2002).

¿Cómo poner en práctica la afirmación, entonces? En primer lugar, el foco de la misma es el paciente. Afirmar no es lo mismo que elogiar. De hecho, elogiar levanta obstáculos (capítulo 5), porque implica, aunque sea de forma muy sutil, que quien elogia está en una posición superior y, desde allí, reparte elogios o culpas. En general, evite las afirmaciones que empiecen por la palabra «Yo» o cuyo verbo esté conjugado en primera persona, porque colocan el foco en usted en lugar de sobre el cliente. Por ejemplo: «Me siento orgulloso de usted» puede tener la mejor de las intenciones e incluso ser bien recibido, pero el tono es claramente paternalista. Al igual que los buenos reflejos, las buenas afirmaciones giran alrededor del «tú».

Las afirmaciones comentan algo positivo acerca de la persona. Identifican, reconocen y valoran lo positivo. Un comentario de afirmación puede ser acerca de algo específico, como las intenciones y las acciones.

«¡Esta semana te has esforzado mucho!»
«Aunque al final no haya salido exactamente como quería, sus intenciones eran buenas.»
«¡Mire! Ha llevado muy bien los registros de esta semana.»
«Gracias por venir hoy. ¡Incluso ha llegado pronto!»
«Así que ha llamado para preguntar acerca de tres ofertas de empleo.
¡Muy bien!»

La afirmación también permite reenmarcar las acciones o la situación del cliente de forma positiva. Un ejemplo clásico es el comentario de «la botella medio llena» acerca de los avances del cliente, si nos damos cuenta de que está desanimado porque no progresa al ritmo deseado:

«Hoy te sientes muy mal, porque esta semana no has cumplido con todo el plan y has bebido dos veces, así que piensas que lo has echado todo a perder. Sin embargo, para mí estás en un punto muy distinto a cuando empezaste. Hace dos meses bebías a diario y tomabas unas diez o doce copas al día. Esta semana has tomado una un día y dos al siguiente. Y luego volviste al plan. En otras palabras, esta semana has reducido el consumo de alcohol en un 96 por ciento y luego has conseguido volver al plan de no beber nada. ¿Qué te parece?»

Otra manera de afirmar es comentar los rasgos positivos y las habilidades que percibimos en la persona, enmarcándolas (o reenmarcándolas) como atributos generales acompañados con ejemplos de acciones positivas específicas:

«Esta semana has estado muy desanimado y aun así has vuelto. ¡Eres muy persistente!»

«Después de oír todo por lo que has tenido que pasar, la verdad es que no sé si yo hubiera podido apañármelas tan bien como tú. Eres un superviviente.»

No hace falta que todas las afirmaciones sean tan específicas, sino que también pueden reflejar que se aprecia (de verdad) a la persona:

«¡Bienvenido! Me alegro de verte otra vez.» «Eres increíble.»

Como uno de nosotros vive en Estados Unidos y el otro en Gran Bretaña, somos muy conscientes de que la afirmación depende mucho del contexto cultural. Lo que en un contexto se recibe como una valoración genuina, en otro puede percibirse como una hipérbole exagerada o incluso sarcástica. Tal y como sucede con todo el proceso de la EM, el cliente es su guía. ¿Cómo responde a lo que acaba de decirle? Si percibe una respuesta facial, puede preguntar al respecto. Por otro lado, la afirmación no tiene por qué ser muy seria. Puede ser informal o incluso graciosa, si conoce bien a la otra persona. Lo importante es encontrar el mejor modo de transmitirle con sinceridad una mirada positiva, reconocedora y apreciativa. Al igual que con el resto de aspectos del espíritu de la EM, en la afirmación hay un componente experiencial para el entrevistador, cuya tarea es encontrar todo lo que funciona en el cliente, en lugar de lo que va mal. Esta actitud mental subyacente es tanto o más importante que la conducta de afirmar en sí.

Sumarios

Los sumarios son, en esencia, reflejos que reúnen varias de las cosas que el entrevistado ha dicho. También transmiten afirmación, porque implican: «Recuerdo lo que me has dicho y quiero entender cómo encaja todo junto». Los sumarios también ayudan al cliente a recordar las distintas experiencias que ha compartido y a reflexionar sobre las mismas. No sólo se ha oído a sí mismo describir sus experiencias, sino que ahora le oye a usted, reflejando lo que ha dicho de un modo que le anima a continuar. Y luego, vuelve a oír su propio material cuando lo reúne todo en un sumario.

La decisión de qué reflejar y qué incluir en los sumarios depende del criterio clínico. Reflejar y resumir equivale a iluminar esa parte de la experiencia del cliente e invitarle a que siga reflexionando sobre la misma. En la parte IV, describiremos una aplicación específica de los reflejos y de los sumarios, para acelerar el cambio. De momento, baste

decir que es imposible reflejar y resumir todo lo que el cliente nos dice. Ya sea de forma consciente o inconsciente, elegimos destacar aspectos concretos y dejar a un lado otros (Truax, 1966).

Los sumarios pueden desempeñar varias funciones. Una *recapitulación* integra distintos aspectos interrelacionados a medida que se acumulan. Si formula una pregunta abierta, como «¿Cómo le gustaría que hubiera cambiado su vida dentro de un año?», es muy probable que empiece a acumular ideas. Cuando haya oído dos o tres, reúnalas en una recapitulación:

«Así que una de las cosas que le gustaría que hubiera cambiado dentro de un año es tener un buen trabajo, un trabajo que le guste y que le permita relacionarse con la gente. Últimamente, la relación con sus hijos ha mejorado y le gustaría que siguiera siendo así. Y también dice que le gustaría haber dejado de fumar. ¿Y qué más le gustaría que fuera distinto dentro de un año?»

El «y qué más» es una invitación a que el cliente siga añadiendo elementos a la lista hasta que diga que ha terminado.

Puede combinar la recapitulación y la afirmación si pregunta al cliente acerca de sus puntos fuertes y de los atributos positivos que podrían ayudarle a cambiar.

«Una de las cosas que sabe de usted mismo es que es tenaz. Cuando se propone algo, es constante. También ha dicho que se preocupa por su familia; quiere protegerlos y, ciertamente, no quiere hacerles daño. También es una persona amistosa, me doy cuenta de ello. Es una persona tranquila y se lleva bien con todo tipo de gente. ¿Qué otras cualidades tiene?»

El sumario de *enlace*, por su parte, refleja lo que la persona acaba de decir y lo relaciona con algo que se recuerda de una conversación anterior.

«Te molestó y te dolió muchísimo que no te devolviera la llamada..., sentiste que te faltó al respeto. Recuerdo que en otra sesión me explicaste que alguien te había ignorado y que eso te había hecho explotar.»

«Estás muy satisfecho de haber conseguido hacer ejercicio cada día esta semana e incluso has empezado a sentirte muy bien después de correr. No sé si el día en que conseguiste subir solo a aquel lago de montaña te sentiste igual.»

El sumario de *transición* cierra una sesión o una tarea recogiendo todo lo que parece importante o anunciando que se va a pasar a algo distinto. De nuevo, aquí es el entrevistador quien decide qué destacar. Un sumario de transición empieza con una frase de orientación que anuncia que está a punto de recopilar varias cosas.

«Bueno, ¿se acuerda de que al principio de la sesión le he explicado que antes de acabar necesitaría hacerle algunas preguntas concretas? Pero antes, permítame que compruebe que he entendido cómo espera que podamos ayudarle aquí. Necesita ayuda urgente con relación a la comida y un alojamiento seguro, para usted y para sus hijos. También le gustaría recibir ayuda legal para pedir una orden de alejamiento. Ya tiene un médico de atención primaria, pero le gustaría que un dentista viera a sus hijos. ¿Me he dejado algo?»

¿En qué se diferencian los sumarios de los reflejos? Los sumarios se caracterizan porque reúnen varios de los elementos que la persona ha planteado. Escuchar algo reflejado inmediatamente es útil e invita a seguir explorando, pero escuchar una recapitulación reflexionada de todo lo que se ha dicho durante un periodo dado de tiempo puede ser más potente aún. Un sumario permite a las personas escuchar *simultáneamente* varios aspectos de su propia experiencia, yuxtapuestos de un modo bastante conciso. Esto no tiene por qué ocurrir cuando pensamos en las cuestiones de una en una. Un buen sumario ofrece una «imagen completa» y relaciona lo que podrían parecer elementos dispares. Y, aunque todas las piezas proceden del cliente, combinarlas simultáneamente en un sumario ofrece algo nuevo.

Esto se hace especialmente evidente en los sumarios centrados en la ambivalencia. La persona ha estado hablando de las ventajas y de las razones para llevar a cabo un cambio en su vida, pero al mismo tiempo ha expresado reticencia y reserva. Una persona ambivalente suele ir hacia delante y hacia detrás entre estos polos cuando habla o piensa acerca de su dilema. Los motivos para el cambio se hacen muy evidentes cuando la persona los verbaliza, lo que, a su vez, puede activar que verbalice también las ventajas de seguir en el *statu quo*. Si interrumpe el proceso ahí, es muy probable que no llegue más lejos. Sin embargo, reflejar esta ambivalencia en forma de sumario añade algo más.

«Esta amistad despierta en usted emociones muy potentes. Por un lado, le atrae. Es interesante. Nunca había conocido a nadie como él, y ha tenido experiencias totalmente distintas a las de usted. También siente que entre ambos hay una especie de vínculo, la entiende de un modo que resulta asombroso. Al mismo tiempo, sus puntos de vista a veces rozan lo extravagante y en ocasiones dice cosas que la asustan. Parece que está solo y que la necesita y, aunque eso hace que su amistad sea muy importante para él, puede resultar agotadora para usted. Le atrae y le repele al mismo tiempo. Las dos cosas son ciertas y hacen que se sienta muy confusa.»

Aunque cada una de estas afirmaciones se ha reflejado y explorado a medida que la persona iba hablando, durante el sumario sucede algo más. Las afirmaciones se entrecruzan y se tejen en una pieza única que contiene todos los colores. Ante este sumario, la persona «entiende» que está bloqueada y ve todo el bosque, a diferencia de antes, que no podía verlo porque exploraba cada árbol uno a uno. Este sumario equilibrado sobre la ambivalencia resulta muy útil a la hora de adoptar una postura de neutralidad (capítulo 17). Más adelante hablaremos también de cómo puede usarse el sumario en el proceso de evocación de la EM, para ayudar a la persona a salir del bosque y avanzar en una dirección concreta (capítulo 14).

Vincular: un ejemplo clínico

A continuación encontrará un ejemplo de diálogo entre un terapeuta de un centro de salud mental y Julia,² una mujer que ha acudido a su primera visita. En este punto de la conversación, los objetivos principales del entrevistador son establecer un vínculo y

entender qué tipo de ayuda busca Julia. En esta entrevista no hay ninguna otra dirección; es un ejemplo de terapia centrada en la persona y de la PARS aplicadas al proceso de vinculación. No se aborda ningún objetivo de cambio, porque aún no se ha identificado ninguno. Iremos presentando la evolución del caso a lo largo de siete capítulos posteriores, para ilustrar otros procesos de la EM.

ENTREVISTADOR: Hola, Julia. Gracias por haber llegado algo antes y haber rellenado los formularios que te ha dado la recepcionista. [Afirmación] Los he mirado por encima y luego te haré algunas preguntas más, pero ahora me gustaría que empezásemos por el principio y entender qué te ha traído aquí. ¿Qué te sucede y cómo esperas que podamos ayudarte? [Pregunta abierta]

CLIENTE: No estoy muy segura de lo que hacen aquí, pero es que tengo la sensación de que me estoy derrumbando. No sé lo que me pasa. Quizás necesite medicación.

ENTREVISTADOR: Estás angustiada y confundida. Y quizás, también, algo sorprendida. [Reflejo]

CLIENTE: ¿Sorprendida? Bueno..., sí. Jamás había pensado que actuaría de esta manera.

ENTREVISTADOR: Entonces, una de las cosas que te confunde es que no entiendes por qué haces lo que haces. [Reflejo] ¿Qué ha pasado? [Pregunta abierta]

CLIENTE: Lo he dejado con mi novio. Vivíamos juntos y pensaba que me quería, pero es tan distante... No habla conmigo y creo que quizás está viendo a otra. En todo caso, me dijo que estoy loca.

ENTREVISTADOR: Lo que hiciste le sorprendió a él también. [Reflejo y suposición]

CLIENTE: Perdí los nervios. Empecé a gritar, a lanzarle cosas...

ENTREVISTADOR: ¿Qué le lanzaste? [Pregunta cerrada]

CLIENTE: Vasos..., cosas del fregadero. La cafetera.

ENTREVISTADOR: Querías hacerle daño.

CLIENTE: No lo sé. Perdí los nervios. No suelo actuar así. Me da vergüenza incluso hablar de ello.

ENTREVISTADOR: Estás siendo muy sincera. [Afirmar] Así que nunca te había pasado algo así antes. [Reflejo]

CLIENTE: Bueno, en realidad sí. Ese es uno de los motivos por los que he decidido venir. Quizás tiene razón. Quizás estoy loca.

ENTREVISTADOR: Entonces esta no ha sido la primera vez que has perdido los nervios. [Reflejo]

CLIENTE: Es que los hombres me trastornan. Esta es la tercera vez que he vivido con alguien y siempre acaba igual. Me enamoro de los hombres equivocados.

ENTREVISTADOR: Es como un patrón que se repite. [Reflejo]

CLIENTE: Sí, es tan... *(Se para, llora un poco.)* Lo siento.

ENTREVISTADOR: Son emociones muy fuertes. Tiene que ser muy doloroso que haya vuelto a pasar.

CLIENTE: No puedo dormir, no puedo pensar... El trabajo es un desastre. Esta semana estaba esperando a una clienta y de repente me puse a llorar. Me estoy volviendo loca.

ENTREVISTADOR: Y te asusta no entender lo que te pasa. [Reflejo]

CLIENTE: ¡Es tan frustrante! Al principio Ray y yo éramos muy felices. Bajo ese exterior duro hay un osito de peluche. Ese es el hombre del que me enamoré. Pero entonces dejó de abrirse.

ENTREVISTADOR: Y eso te molestó. [Reflejo]

CLIENTE: ¡Sí! Es que era una pena que se quedase encerrado ahí dentro... y yo me sentía sola, a pesar de que estábamos viviendo juntos. Pero ya no importa. Se ha ido. Se acabó.

ENTREVISTADOR: Bien. Hasta ahora, lo que me has explicado es que estás algo asustada por estas emociones tan fuertes y por tus reacciones. [Sumario minimizador. Recapitulación]

CLIENTE: Muy asustada, en realidad.

ENTREVISTADOR: Muy asustada. No sabes qué pasa y te preguntas si la medicación te ayudaría. Tienes problemas para dormir y para concentrarte en el trabajo. Explotaste con Ray y sentiste que perdías el control. También te preocupa el patrón doloroso que parece que se repite en tus relaciones con los hombres. [Recapitulación] ¿Qué más? [Pregunta abierta]

CLIENTE: Creo que eso es casi todo. Siento que estoy a punto de perder la cabeza. Cuando Ray se fue, estaba tan enfadada conmigo misma que me corté. *(Se levanta una manga y muestras dos cortes largos, en el antebrazo.)* Vi los cristales rotos en el suelo y no pude evitarlo. Cogí un trozo...

ENTREVISTADOR: Estabas sufriendo mucho. En ese momento, parecía que era lo que había que hacer. [Reflejo]

CLIENTE: No sé. Ni siquiera estaba pensando. Nunca lo había hecho antes. Tampoco es que quisiera suicidarme.

ENTREVISTADOR: Eso fue nuevo y es parte de lo que te asustó y te hizo venir aquí. [Reflejo]

CLIENTE: ¿Cree que estoy loca?

ENTREVISTADOR: Te preocupa mucho esa posibilidad. Repites que no sabes qué te está pasando y eso es algo con lo que podemos ayudarte: entender qué pasa y averiguar qué hacer al respecto. [Reflejo] Ha tenido que ser muy difícil para ti venir y hablar de ello. [Afirmar]

CLIENTE: Gracias. La verdad es que sólo con hablar de ello ya me siento mejor.

ENTREVISTADOR: ¡Bien! Hablar de las cosas suele ayudar. Veo que hay muchas cosas que te preocupan. [Continúa en el capítulo 9.]

El proceso de vinculación, basado sobre todo en las habilidades PARS, nos ha ofrecido ya mucha información. Hay varios puntos en los que sería tentador detenerse y plantear varias preguntas para confirmar datos. Es muy posible que, más adelante en la sesión, sea necesario hacerlas para cumplir con los procedimientos del centro, por ejemplo, y ofrecer un diagnóstico provisional para el archivo. También hay cosas que vale la pena saber ahora, en lugar de después, por ejemplo si hay riesgo de suicidio. Sin embargo, uno de los objetivos principales al principio del proceso es vincular al cliente y forjar una relación terapéutica. Recoger muchísima información no sirve de nada si el cliente no vuelve.

Vincular al cliente es un proceso fundamental en sí mismo. Las personas que practicamos profesiones de ayuda, tendemos a pasar rápidamente a la resolución de problemas, pero es muy importante escuchar y entender desde el principio del proceso. Imagine el resultado de esta conversación ente una pareja, en que uno de los miembros llega a casa y se encuentra al otro muy alterado.

Recoger muchísima información no sirve de nada si el cliente no vuelve.

PAREJA 1: ¡He tenido un día horrible! Me ha costado muchísimo preparar a los niños y hemos salido tarde, así que han perdido el autobús de la escuela y he tenido que llevarlos en coche. Al volver, me he quedado en reserva, así que me he parado en una gasolinera, pero había una cola larguísima; era una de esas gasolineras baratas. Entonces, he ido a hacer la compra para la cena, quería hacer algo que os gustase a ti y a los niños y cuando he llegado a casa, me he dado cuenta de que me había olvidado un par de cosas y he tenido que volver a salir. Entonces me han llamado de la escuela, para que fuera a buscar a Emily, porque se encontraba mal. Pero cuando hemos llegado a casa ya se encontraba bien y ha estado dándome la lata toda la tarde. Hay que pagar todas estas facturas y ni siquiera he tenido tiempo de sentarme para organizarlas.

PAREJA 2: Muy bien. Vamos a ver, voy a explicarte cómo puedes organizarte mejor y así no te estresarás tanto.

Lo que necesita la primera persona no es que le resuelvan el problema inmediatamente, sino que la escuchen y la afirmen. Para poder ayudar a un cliente, primero hay que establecer una relación terapéutica y de respeto mutuo. No tiene por qué requerir mucho tiempo; se trata de vincular a la persona y escucharla, para entender su dilema. Las habilidades PARS son fundamentales ahora y también serán útiles más adelante.

Puntos clave

- ✓ PARS es el acrónimo para las cuatro habilidades terapéuticas fundamentales en la EM: formular preguntas abiertas, afirmar, reflejar y hacer sumarios.
- ✓ Las preguntas abiertas invitan a las personas a reflexionar antes de responder y ofrecen mucha amplitud en las opciones de respuesta, mientras que las preguntas cerradas limitan el abanico de respuestas posibles y suelen generar respuestas cortas.
- ✓ Afirmar consiste en identificar, apoyar y alentar los puntos fuertes y los esfuerzos del cliente.
- ✓ El *sumario* recoge la información del cliente y puede ser una *recopilación*, un sumario de *enlace* o un sumario de *transición*.

CAPÍTULO 7

EXPLORAR LOS VALORES Y LOS OBJETIVOS

Iguales y siempre iguales somos en todos los continentes en nuestra necesidad de amor, alimento, ropa, trabajo, comunicación, oración, sueño, juego, baile y diversión. Desde los trópicos hasta el ártico, la humanidad vive con iguales necesidades inexorablemente iguales.

CARL SANDBURG

Todo hombre puede alcanzar lo increíble si ve amenazados sus ideales.

MAYA ANGELOU

Nadie carece de motivación. La motivación para el cambio es un compañero constante en la vida. A veces, se trata de algo tan sencillo como asegurarse la próxima comida o dormir un poco. Cuando las necesidades físicas básicas están satisfechas, las personas persiguen objetivos y valores más elevados. Es muy posible que la clasificación de valores más conocida sea la jerarquía de necesidades humanas de Maslow (1943). Las más básicas son las necesidades fisiológicas de aire, comida, agua y sueño. Luego está la necesidad fundamental de seguridad: cobijo, salud, seguridad física, compañía, trabajo y propiedad. Cuando estas necesidades básicas están satisfechas, las personas buscan amor y pertenencia (amistad, intimidad, familia, confianza) y entonces estima (respeto, autorreconocimiento, confianza en uno mismo). En la cúspide de la pirámide de Maslow encontramos lo que denominó autorrealización, la búsqueda y la realización de los valores nucleares de la persona: llegar a todo lo que uno puede llegar a ser. Este *telos* maduro (capítulo 2) no es uniforme, sino que es único para cada persona. Tanto Maslow como Rogers dieron mucha importancia al descubrimiento y realización de ese potencial humano único.

Una de las claves para valorar el marco de referencia interno del otro es entender sus objetivos y valores fundamentales. ¿Qué anhelan, qué quieren? ¿Cómo entienden su razón de ser y su propósito en la vida? ¿Qué defienden, para qué viven, a qué aspiran? Aunque es muy posible que estos valores más elevados no sean muy evidentes cuando hay necesidades básicas insatisfechas, entenderlos es fundamental si queremos conocer verdaderamente a alguien.

Cuando sabemos qué valora el otro, tenemos la clave para entender qué le motiva. ¿Cuáles son los objetivos a largo plazo de esa persona? ¿Cómo espera que sea su vida dentro de un año? ¿Y dentro de cinco? ¿Y de diez? Los horizontes temporales varían, por supuesto. Cuando las necesidades básicas son urgentes, pensar más allá de hoy o de mañana puede ser muy difícil. La drogodependencia acorta la perspectiva temporal, por ejemplo (Vuchinich y Heather, 2003). Por el contrario, explorar los objetivos vitales la amplía y nos permite elevar la mirada hasta el horizonte más lejano. Incluimos aquí este capítulo porque dedicar tiempo a entender los valores y objetivos del cliente es otro modo de fomentar el vínculo, y sienta las bases sólidas de una alianza terapéutica funcional y sólida.

Entender los valores del otro también desempeña una función clave en la EM. Los objetivos vitales de la persona constituyen una fuente importante de motivación para el cambio. Es muy habitual en la experiencia humana que la conducta cotidiana no cumpla, e incluso contradiga, los valores vitales a largo plazo. Las discrepancias entre los valores y la conducta se hacen evidentes precisamente durante la reflexión acerca de los valores vitales, y percibirlos puede ejercer un efecto muy potente sobre la conducta (Rokeach, 1973). Entender los valores puede ser útil durante los procesos de enfocar (¿Qué es lo más importante para el cliente?), evocar (¿Qué motiva al cliente para cambiar?) y planificar (¿Qué caminos hacia el cambio son más compatibles con los valores del cliente?).

Durante la exploración de los valores, es muy importante transmitir aceptación y respeto. Esto no significa necesariamente que debemos coincidir o aprobar los valores que expresa el cliente, sino aceptar que esos son los valores que manifiesta durante nuestro intento de entender qué es importante para él.

Entrevista abierta acerca de los valores

Una manera sencilla de indagar acerca de los valores y de las prioridades del cliente es preguntárselo. A continuación encontrará algunos ejemplos de preguntas abiertas y de distinta complejidad:

«Hábleme acerca de lo más importante para usted en la vida. ¿Qué le importa más?»

«¿Cómo espera que haya cambiado su vida dentro de algunos años?»

«¿Por qué normas diría que se rige? ¿Qué valores intenta cumplir?»

«Imagine que le pidiera que describiese las metas que guían su vida, los valores que le definen. ¿Cuáles diría que son los cinco valores más importantes? Puede empezar describiéndolos con tan sólo una palabra. ¿Cuáles serían?»

«Si tuviera que formular una “misión” que describiera sus metas y su propósito en la vida, ¿cuál sería?»

«Si preguntara a sus amigos para qué vive y qué es lo más importante para usted, ¿qué cree que responderían?»

Obviamente, hay que adaptar el lenguaje que usamos en estas preguntas abiertas al nivel de complejidad cognitiva y de abstracción de cada persona. El objetivo es indagar cuáles son las metas o valores generales que el entrevistado ha interiorizado como principios rectores.

Una vez que haya formulado una pregunta abierta de este tipo, prosiga con una escucha reflexiva de calidad. Cuando el entrevistado plantea un adjetivo (*fiel*), un sustantivo (*proveedor*) o un verbo (*cuidar*), ¿qué quiere decir? En lugar de limitarse a preguntar, haga una conjetura en forma de reflejo.

CLIENTE: Bueno, una de las cosas que quiero es ser afectuosa.

ENTREVISTADOR: Quiere estar ahí para los demás. [Reflejo anticipado]

CLIENTE: No me refiero sólo a la parte emocional. Me refiero a *ser* una persona afectuosa.

ENTREVISTADOR: Dar afecto y amor de un modo que marque una diferencia. [Reflejo]

CLIENTE: Sí, quiero marcar una diferencia.

ENTREVISTADOR: Para las personas a las que quiere, las más cercanas a usted. [Reflejo]

CLIENTE: Bueno, no. No sólo para ellos, aunque claro que me esfuerzo en ser afectuosa con mi familia y con mis amigos.

ENTREVISTADOR: Quiere ir más allá de su círculo de amistades. [Reflejo]

CLIENTE: Sí, ser afectuosa con personas a las que ni siquiera conozco. La cajera del supermercado, niños, un mendigo de la calle...

ENTREVISTADOR: Quiere ser amable con ellos también, con los desconocidos. [Reflejo]

CLIENTE: Sí, eso. Amable. Esa es una buena palabra.

También puede intercalar preguntas abiertas que ayuden a la persona a elaborar y a ahondar más en algún valor.

«¿Cómo expresa el [valor] en su vida?»

«¿Cómo se manifiesta la importancia del [valor]?»

«¿Puede darme algún ejemplo de cómo podría ser [valor]?»

«¿Por qué es el [valor] importante para usted? ¿Cómo ha llegado a ser uno de sus valores fundamentales?»

Acuérdese de continuar con reflejos en lugar de seguir con más preguntas.

ENTREVISTADOR: ¿Y por qué es importante para usted mostrarse afectuosa incluso con personas a las que no conoce? ¿Cómo ha llegado a ser uno de sus valores fundamentales? [Pregunta abierta]

CLIENTE: Es que yo he tenido mucha suerte... Quiero decir que he tenido a personas que realmente han conectado conmigo, me han querido y han marcado una diferencia en momentos cruciales de mi vida. Es tan importante... A veces uno no es consciente de lo importante que ha sido algo que ha hecho.

ENTREVISTADOR: Es como devolver el bien que le han hecho a usted. [Reflejo complejo]

CLIENTE: Sí, es como una «cadena de favores», que dice la gente. Dar al siguiente, en lugar de devolvérselo a quien te lo ha dado. Es una inversión. Das un poco de amabilidad sin esperar nada a cambio.

ENTREVISTADOR: Es muy importante para usted. Realmente quiere que su vida sea así. [Reflejo complejo]

CLIENTE: Sí, hay tanta maldad... En las noticias no se ve otra cosa.

ENTREVISTADOR: Inhumanidad. [Reflejo sencillo]

CLIENTE: Sí. Pero también hay mucha bondad. Y yo quiero aportar mi granito de arena.

ENTREVISTADOR: ¿Me puede dar algún ejemplo de cuándo lo ha hecho? [Pregunta abierta]

Esta secuencia de vinculación (identificar valores, indagar más acerca de ellos, reflejarlos y explorarlos) tiene un efecto neto múltiple. En primer lugar, ofrece una comprensión más profunda, humana y multidimensional del cliente y de sus motivaciones. En segundo lugar, fomenta el vínculo y la conexión. En tercer lugar, enunciar los valores positivos personales es una forma de autoafirmación, tal y como hemos explicado en el capítulo 6, lo que tiene sus propios beneficios terapéuticos. Y, finalmente, entender los valores fundamentales de una persona puede proporcionar un marco general más adelante, durante el proceso de evocación (parte IV), si aparecen discrepancias genuinas entre la situación actual y los valores de la persona.

Exploración estructurada de los valores

También podemos explorar los valores de forma más estructurada. Uno de los métodos habituales se basa en la metodología Q, desarrollada inicialmente por William Stephenson (1953), uno de los colegas de Carl Rogers en la Universidad de Chicago. Rogers (1954) se dio cuenta rápidamente de lo útil que podía ser la clasificación Q como herramienta para entender la personalidad y adaptó la metodología a su terapia centrada en el cliente. Suele contar con una serie de tarjetas, cada una de las cuales describe un rasgo de personalidad, como «metodoso» o «tímido». Las tarjetas se barajan y, entonces, se pide al cliente que las ordene en entre cinco y nueve montones, que van desde el «no me describe en absoluto» al «me describe muy bien». En la metodología de Rogers, se volvía a barajar las tarjetas y esta vez se pedía al cliente que las ordenara en función de cómo le *gustaría* ser: su «yo ideal». A Rogers le interesaba medir el grado de discrepancia entre las percepciones del yo «real» y el «yo» ideal. En su teoría de la personalidad, la salud psicológica se refleja en la proximidad entre las autopercepciones

real e ideal, y uno de los resultados positivos esperados de la terapia centrada en el cliente era la reducción de la discrepancia entre ambas. Dicha reducción puede conseguirse modificando el yo real, el yo ideal o ambos.

RECUADRO 7.1. Reflexión personal: los anhelos de su corazón

En 2007, me pidieron que ayudara a acabar de integrar la entrevista motivacional en un servicio de atención a adolescentes vulnerables embarazadas llevada a cabo por enfermeras a domicilio y al que la directora en Gran Bretaña describía como «los cuidados intensivos de la prevención». La escala era muy ambiciosa. Me reuní con el fundador del Nurse Family Partnership Project, el doctor David Olds, que me describió así el potencial del proyecto: «La entrevista motivacional es un ingrediente muy potente del combustible que impulsa las buenas prácticas». Su trabajo y el nuestro encajaban muy bien y se combinaban en una serie de ejercicios prácticos bien diseñados que exploraban los valores de las adolescentes y con un propósito generalizado entre las enfermeras de descubrir «los anhelos de sus corazones». Así se asentaba una base sólida desde la que abordar cuestiones sensibles, como el modo en que estos deseos se relacionaban con el consumo de drogas y de alcohol, la promiscuidad, la falta de vivienda estable, el tabaco o las relaciones de maltrato (véase <www.familynursepartnership.org>). Mi función como formador y mentor se ha prolongado durante cuatro años y cada vez que regreso al proyecto, me emociono muchísimo. Las historias que escucho me hablan de lo potente que es usar la vinculación, la exploración de los valores y la EM para celebrar el cambio y el valor de estas madres jóvenes para empezar de nuevo.

SR

Se han utilizado métodos parecidos para explorar los valores personales. A partir de la obra de Allport (1961), Milton Rokeach (1973) conceptualizó los valores como creencias que guían la conducta de forma prescriptiva o prohibitiva. Desarrolló una serie de 36 valores que podían guiar la conducta: 18 valores instrumentales (p. e., «placer: una vida agradable y pausada») y 18 valores terminales (p. e., «útil: trabajar para el bienestar de los demás»). La persona ordenaba los valores de cada grupo de 18 en orden creciente de prioridad. Las búsquedas en Internet sobre «evaluación de valores» remiten a muchas listas de valores para priorizar y que se usan sobre todo en la orientación profesional. En el recuadro 7.2 encontrará 100 de ellos, que pueden utilizarse durante la exploración de valores. Tal y como se hace en la metodología Q, hemos imprimido los valores que aparecen en el recuadro 7.2 en 100 tarjetas, una para cada valor.¹ Huelga decir que todos estos listados de valores a priori plantean dudas razonables acerca de hasta qué punto son completos (Braithwaite y Law, 1985) y adecuados culturalmente (Lee, 1991), y es muy posible que haya que adaptarlos para aplicaciones o poblaciones específicas.

Aunque el proceso de clasificación de cartas en montones puede ser muy interesante en sí mismo, el valor clínico del ejercicio reside fundamentalmente en la conversación que le sigue, cuyo propósito es entender qué significan esos valores para la persona. Podemos hacerlo con una combinación de preguntas abiertas y de escucha reflexiva.

ENTREVISTADOR: Veo que el valor que ha puesto por encima de los demás es el de «Proteger». ¿En qué sentido es importante para usted?

CLIENTE: Pues que mi trabajo es proteger y mantener a mi familia.

ENTREVISTADOR: Entonces, para usted es una combinación de proteger y de proveer. [Reflejo simple]

CLIENTE: Sí, creo que eso es lo que debe hacer un hombre.

ENTREVISTADOR: Y es una de las cosas más importantes en su vida. ¿De qué maneras protege a su familia? [Reflejo y pregunta abierta]

CLIENTE: Bueno, traigo un sueldo a casa cada mes y pongo comida en la mesa.

ENTREVISTADOR: Y eso hace que se sienta bien. [Reflejo complejo]

CLIENTE: Sí... No siempre he sido tan responsable. Estoy reconduciendo mi vida y quiero que mi familia pueda contar conmigo.

ENTREVISTADOR: Así que cuida de su familia trayendo un sueldo a casa. ¿De qué otras maneras los protege? [Reflejo y pregunta abierta]

CLIENTE: Me aseguro de que la casa sea segura. Alarmas de humo, puerta blindada..., esas cosas.

ENTREVISTADOR: Para que estén seguros cuando usted está fuera. [Reflejo complejo]

RECUADRO 7.2. Tarjetas de clasificación de valores

William R. Miller, Janet C’de Baca, Daniel B. Matthews y Paula L. Wilbourne

Normalmente, los valores están impresos en tarjetas individuales que el cliente clasifica en entre tres y cinco montones. Hay cinco tarjetas de encabezamiento, que dicen «Muy importante», «Bastante importante», «Importante», «Poco importante», «Nada importante». Por otro lado, conviene repartir tarjetas en blanco, para que la persona pueda añadir sus propios valores. Este material es de dominio público y puede copiarse, adaptarse o utilizarse sin autorización previa. En <www.guilford.com/p/miller2> puede descargar una versión adaptada al tamaño de tarjetas de visita (material en inglés).

Instrucciones de muestra para clasificar las cartas:

Cada una de estas tarjetas contiene palabras que describen valores importantes para algunas personas. Clasifíquelas en cinco montones en función de cuán importantes sean para usted. Es posible que algunos de los valores no sean importantes para usted en absoluto. Si es así, irían en el montón de «Nada importante». Las que sean poco importantes irán en el montón «Poco importante». Los que sean «Importantes» irán en este montón, en el medio, y el cuarto es para los que sean «Bastante importantes». Y este montón de aquí es sólo para los que sean «Muy importantes» para usted. Ya puede empezar a clasificar las tarjetas en función de lo importante que sea para usted cada valor. Cuando haya acabado, si hay algún valor importante para usted que no aparece en las tarjetas, puede usar estas tarjetas en blanco para añadirlo. ¿Alguna duda?

No importa el orden inicial en el que estén las tarjetas. Barájealas antes de empezar (excepto las que están en blanco). También puede usar menos montones y limitarse a tres: «Nada importante», «Importante», «Muy importante».

Un posible paso siguiente es pedir a la persona que se centre en los 5 o 10 valores más importantes para ella y que los ordene del 1 (más importante) al 5 o al 10. Es posible que ya haya este número de tarjetas, o más, en el montón «Muy importante»; si no, puede añadir las que le falten del montón «Bastante importante». También es posible saltarse el primer paso de la clasificación y pedir a la persona que seleccione directamente los 10 valores más importantes para él o ella y que los ordene en orden decreciente de importancia. Aunque puede hacerlo a partir de la lista siguiente, tener las tarjetas permite que el cliente pueda mover los valores y ver cómo quedan mientras los clasifica y los ordena.

1. Aceptación: Que me acepten como soy.
2. Precisión: Que mis opiniones y creencias sean correctas.
3. Éxito: Conseguir cosas importantes.
4. Aventura: Vivir experiencias nuevas y emocionantes.
5. Arte: Apremiar el arte o expresarme mediante el mismo.
6. Atractivo: Ser físicamente atractivo.
7. Autoridad: Estar a cargo de otras personas.
8. Autonomía: Tener opinión propia y ser independiente.
9. Belleza: Valorar la belleza a mi alrededor.
10. Pertenencia: Sentir que formo parte de algo.
11. Cuidados: Cuidar de los demás.
12. Reto: Acometer tareas y problemas difíciles.
13. Comodidad: Tener una vida agradable y cómoda.
14. Compromiso: Establecer compromisos duraderos y significativos.
15. Compasión: Preocuparme por los demás y actuar al respecto.
16. Complejidad: Aceptar la diversidad de la vida.
17. Capacidad de negociación: Estar dispuesto a ser flexible a la hora de llegar a acuerdos.
18. Contribución: Hacer una aportación duradera al mundo.
19. Cooperación: Trabajar con y para los demás.
20. Valor: Ser valiente y fuerte ante la adversidad.
21. Cortesía: Ser amable y educado con los demás.
22. Creatividad: Crear cosas o ideas nuevas.
23. Curiosidad: Buscar, experimentar y aprender cosas nuevas.
24. Fiabilidad: Ser responsable y digno de confianza.
25. Diligencia: Ser metódico y preciso en todo lo que hago.
26. Deber: Llevar a cabo mis deberes y obligaciones.
27. Ecología: Vivir en armonía con el medio ambiente.
28. Emoción: Tener una vida llena de emociones y estímulos.
29. Fidelidad: Ser leal y honesto en las relaciones.
30. Fama: Ser conocido y reconocido.
31. Familia: Tener una familia feliz y afectuosa.
32. Forma física: Estar fuerte y sano.
33. Flexibilidad: Ser capaz de adaptarme con facilidad a las nuevas circunstancias.

34. Perdón: Ser capaz de perdonar a los demás.
35. Libertad: No tener restricciones y limitaciones innecesarias.
36. Amistad: Tener amigos íntimos y leales.
37. Diversión: Jugar y divertirme.
38. Generosidad: Dar a los demás lo que tengo.
39. Autenticidad: Actuar de modo que refleje quién soy en realidad.
40. Voluntad de Dios: Buscar y obedecer la voluntad de Dios.
41. Gratitud: Valorar y agradecer las cosas.
42. Crecimiento: Evolucionar y crecer constantemente.
43. Salud: Encontrarme bien y estar sano.
44. Honestidad: Ser honesto y sincero.
45. Esperanza: Mantener una actitud positiva y optimista.
46. Humildad: Ser modesto y sencillo.
47. Sentido del humor: Ver la parte divertida de mí mismo y del mundo.
48. Imaginación: Tener sueños y ver posibilidades.
49. Independencia: No depender de nadie.
50. Afán: Esforzarme y hacer bien lo que debo hacer en la vida.
51. Paz interior: Experimentar paz personal.
52. Integridad: Vivir mi vida cotidiana según mis valores.
53. Inteligencia: Mantener la mente despierta y activa.
54. Intimidad: Compartir con los demás mis vivencias internas.
55. Justicia: Promover un trato justo e igual para todos.
56. Conocimiento: Aprender y aportar conocimiento valioso.
57. Liderazgo: Inspirar y guiar a otros.
58. Placer: Tener tiempo para relajarme y disfrutar.
59. Amor: Sentirme querido por quienes me rodean.
60. Amar: Dar mi amor a otros.
61. Maestría: Ser competente en mis actividades cotidianas.
62. Conciencia: plena Vivir de forma consciente el momento presente.
63. Moderación: Evitar los excesos y encontrar un punto medio.
64. Monogamia: Tener una única relación amorosa.
65. Música: Disfrutar de la música o expresarme mediante la misma.
66. Inconformismo: Cuestionar y desafiar las normas y la autoridad.
67. Novedad: Vivir una vida llena de cambio y de variedad.
68. Cultivar: Alentar y apoyar a otros.
69. Apertura: Estar abierto a experiencias, ideas y opciones nuevas.
70. Orden: Tener una vida ordenada y organizada.
71. Pasión: Sentir emociones profundas en relación a ideas, actividades o personas.
72. Patriotismo: Amar, servir y proteger a mi país.
73. Placer: Sentirme bien.
74. Popularidad: Caer bien a muchas personas.
75. Poder: Tener control sobre los demás.
76. Practicismo: Centrarme en lo que es práctico, prudente y sensato.
77. Proteger: Proteger y mantener seguros a mis seres queridos.

78. Proveer: Mantener y cuidar a mi familia.
79. Propósito: Que mi vida tenga dirección y sentido.
80. Racionalidad: Estar guiado por la razón, la lógica y la evidencia.
81. Realismo: Pensar y actuar de un modo realista y práctico.
82. Responsabilidad: Tomar y llevar a cabo decisiones responsables.
83. Riesgo: Asumir riesgos.
84. Romance: Tener una vida amorosa intensa y emocionante.
85. Seguridad: Sentirme seguro.
86. Autoaceptación: Aceptarme tal y como soy.
87. Autocontrol: Ser disciplinado.
88. Autoestima: Tener un buen concepto de mí mismo.
89. Autoconocimiento: Tener una comprensión profunda y honesta de mí mismo.
90. Servicio: Ser útil y ayudar a los demás.
91. Sexualidad: Tener una vida sexual activa y satisfactoria.
92. Sencillez: Vivir de un modo sencillo, con necesidades mínimas.
93. Soledad: Tener tiempo y disponer de espacio para alejarme de los demás.
94. Espiritualidad: Crecer y madurar espiritualmente.
95. Estabilidad: Tener una vida relativamente constante.
96. Tolerancia: Aceptar y respetar a quienes son distintos a mí.
97. Tradición: Seguir las normas respetadas del pasado.
98. Virtud: Vivir una vida pura y de excelencia moral.
99. Riqueza: Tener mucho dinero.
100. Paz mundial: Promover la paz en el mundo.

CLIENTE: Claro. No puedo estar siempre ahí, pero quiero que se sientan seguros, que sepan que pueden contar conmigo.

ENTREVISTADOR: Tiene un sentido de la familia muy fuerte. ¿Por qué es tan importante para usted? [Reflejo complejo y pregunta abierta]

CLIENTE: Bueno, de niño no me sentí muy seguro y me sentía muy solo. Era el único chico y a veces tenía que proteger a mi madre.

ENTREVISTADOR: Y ahora que es un hombre, quiere que sus hijos se sientan protegidos y miembros de una familia unida. [Reflejo complejo]

CLIENTE: Si tienes una familia unida, lo tienes todo.

Los reflejos complejos de esta conversación son también ejemplos de reflejo anticipado; no se limitan a repetir o parafrasear lo que ha dicho el cliente (capítulo 5).

Explorar así los cinco o diez valores fundamentales de la persona es un buen modo de comprender lo que le importa y le motiva, así como de desarrollar los criterios que quiere que guíen sus acciones. Esta exploración puede, por sí sola, llevar a que las personas reflexionen sobre las discrepancias entre lo que valoran y el modo en que viven su vida en realidad. La percepción de discrepancias entre los valores y la conducta puede

activar el cambio de conducta. Cuando una conducta entra en conflicto con un valor importante para la persona, lo que suele cambiar es la conducta (Rokeach, 1973). Veamos la historia del recuadro 7.3. ¿Cómo explicaría lo sucedido?

RECUADRO 7.3. Dejar de fumar

Cuando sus hijos le llamaron, un padre se apresuró a coger el coche para ir a la biblioteca a recogerlos. Cuando llegó, había estallado una tormenta y llovía con fuerza. Mientras esperaba con el motor en marcha, empezó a buscar un cigarrillo: en los bolsillos, bajo el asiento, en la guantera... Nada, no le quedaba ninguno. Puso el coche en marcha, y mientras arrancaba vio por el retrovisor que sus hijos salían de la biblioteca. A pesar de la lluvia, aceleró y se dirigió a un estanco, justo a la vuelta de la esquina, convencido de que podía aparcar, entrar corriendo, comprar tabaco y volver antes de que sus hijos «se mojaran demasiado». Entonces, mientras miraba más allá del movimiento del limpiaparabrisas, pensó: «Soy un padre que deja a sus hijos bajo la lluvia para ir a buscar droga». No volvió a fumar jamás.

Adaptado de Premack (1972).

Integridad

El psicólogo social Leon Festinger (Festinger, 1957) afirmó que las personas se sienten impelidas a ser (o, como mínimo, a parecer que son) coherentes y que cambiarán de actitud o de conducta para reducir la disonancia aparente. Efectivamente, las estrategias comerciales y de marketing explotan con frecuencia el deseo humano de mantener la coherencia (Cialdini, 2007). Y, sin embargo, la discordancia valor-conducta es una experiencia humana muy habitual, tal y como refleja el lenguaje de la conciencia (el sistema de valores personal) y de la culpa (la reacción cuando lo violamos). Una epístola del siglo I d.C. se lamenta de la infidelidad del autor hacia sus valores fundamentales: «Porque no hago el bien que quiero, sino el mal que no quiero, eso hago».² Ambas cosas son ciertas: las personas quieren ser coherentes con sus valores fundamentales y también tienden a violarlos. Es una fuente habitual de conflicto interno.

Vivir con integridad es comportarse según los valores fundamentales de cada uno. La integridad es una meta o un deseo hacia el que avanzamos de forma imperfecta, en un proceso intencional de acercarnos al cumplimiento de los valores que profesamos. «Esta capacidad de mirarse a uno mismo con lo que Mowrer³ llamó honestidad radical, de ver verdaderamente quién es uno, con su fragilidad, su vulnerabilidad y sus posibilidades no realizadas, es la esencia de la integridad» (Lander y Nelson, 2005, p. 52).

¿Cómo desarrollamos integridad? La investigación sobre el desarrollo social de la autorregulación (Díaz y Fruhauf, 1991; Díaz, Neal y AmayaWilliams, 1990) nos da algunas pistas. Los niños aprenden primero a prestar atención y a interactuar con las

personas de su entorno y descubren que su conducta afecta a los demás. A medida que adquieren el lenguaje, empiezan a entender las instrucciones de los demás: «Ven aquí» o «¡Está caliente! ¡No lo toques!». El primer paso en la adquisición del autocontrol es aprender a seguir estas instrucciones y a ajustar la propia conducta a las peticiones del lenguaje cuando hay un cuidador presente. Poco a poco, el niño internaliza estas normas externas y empieza a verbalizarlas, primero de forma manifiesta y luego de forma encubierta. Por ejemplo, un niño pequeño se acercará a un fogón y exclamará: «¡Está caliente! ¡No lo toques!», al tiempo que se aleja. Cuando esto ocurre, el niño empieza a ser capaz de seguir instrucciones incluso en ausencia del cuidador. Sin embargo, aún se trata de una regulación fundamentalmente externa, a partir de la internalización de las instrucciones de otros. El salto evolutivo a la autorregulación, que normalmente se da durante los primeros seis años de vida, viene acompañado de la capacidad de desarrollar un plan propio y de llevar a cabo las conductas necesarias para cumplirlo. La capacidad de la autorregulación sigue desarrollándose a lo largo de los años y puede verse afectada positiva o negativamente por factores biológicos y psicosociales durante el desarrollo (Baumeister, 2005; Baumeister, Heatherton y Tice, 1994) y está mediada por el diálogo interno (Díaz y Berk, 1992; Díaz, Winsler, Atencio y Harbors, 1992).

Vivir con integridad es comportarse según los valores fundamentales de cada uno.

El diálogo interno incluye lo que en el capítulo 12 describimos como discurso de cambio y discurso de mantenimiento, es decir, los argumentos personales en favor y en contra de adherirse a un plan o a un valor. El equilibrio relativo de estos pros y contras verbalizados es un indicador del nivel de ambivalencia de la persona y (a la inversa) de su disposición al cambio (Carey, Maisto, Carey y Purnine, 2001), y predice el resultado postratamiento (Amrhein *et al.*, 2003; Moyers *et al.*, 2007). Por otro lado, el equilibrio entre pros y contras también se ve muy influido por las habilidades terapéuticas de la EM (Glynn y Moyers, 2010; Moyers y Martin, 2006; Moyers, Miller *et al.*, 2005; Vader *et al.*, 2010).

La EM puede usarse para promover la integridad, es decir, para ayudar a las personas a aclarar sus valores fundamentales y valorar cómo llegar a vivir una vida más coherente con los mismos. Se trata de un abordaje no directivo, porque las metas son completamente las de la propia persona desde el principio. El entrevistador explicita y aclara las metas que la persona elige como valores guía. Entonces, explora cómo se expresan esos valores en la vida de la persona y qué cambios se podrían llevar a cabo para aumentar la coherencia con ellos. También se reflexiona sobre los obstáculos y las distracciones que podrían entorpecer la coherencia con los valores.

El magnetismo de la integridad también está presente en la EM. Cuando el cliente se escucha hablar, aprende en qué cree. Evocar el discurso del cambio crea un impulso que facilita mantener la integridad y actuar en función de las afirmaciones y compromisos enunciados. La relación es imperfecta: las personas no siempre hacen lo que dicen, pero el hecho de decirlo es un paso hacia hacerlo.

Explorar la discrepancia

¿Cuál es la mejor manera de responder cuando percibimos una discrepancia entre las metas o valores que ha expresado el cliente y su conducta? El reflejo de corrección (explicado en el capítulo 1) nos llevaría a señalar la discrepancia o incluso a confrontar al cliente con ella:

«¿No se da cuenta de que con esto hace daño a su familia?»
«¿Cómo puede decir que es honesto cuando dice tantas mentiras?»
«Si sigues así, acabarás con tu salud.»

Sin embargo, lo más probable es que una confrontación tan directa ponga al cliente a la defensiva en lugar de generar cambio. En nuestra experiencia, cuando se invita a las personas a reflexionar sobre sus acciones en un entorno seguro y ausente de juicio, toman conciencia plena de las discrepancias. Por supuesto, esta autoconfrontación puede resultar incómoda, y corresponde al entrevistador ayudar a la persona a seguir atendiendo y reflexionando acerca de las discrepancias sin ponerse a la defensiva. Las herramientas PARS que hemos descrito en los capítulos anteriores son herramientas excelentes para ello.

La ya clásica serie de estudios que Rokeach (1973) llevó a cabo con estudiantes de primer curso en tres universidades distintas en la época álgida del movimiento por los derechos civiles pone de manifiesto el impacto potencial de la autoconfrontación. Los alumnos que participaban en un estudio sobre un método educativo de «participación activa» identificaron y ordenaron sus valores a partir de una lista de 18 opciones. Aunque la tarea se llevó a cabo en grupo, cada alumno tenía acceso exclusivo a sus propias respuestas.

Entonces, Rokeach explicó al grupo experimental una conclusión de un estudio anterior: que, en general, los alumnos tienden a clasificar la *libertad* como muy importante (#1), pero la *igualdad* como menos importante (#6), lo que denotaba que a los alumnos «por lo general, les interesa mucho más su propia libertad que la de otras personas» (1973, p. 237). Entonces, les invitó a que reflexionaran en privado sobre su propia clasificación de valores y que la compararan con las del resto de alumnos de la universidad. También les explicó que estudios anteriores habían concluido que las clasificaciones previas de otros alumnos habían predicho su propia actitud hacia los derechos civiles: quienes favorecían y participaban en acciones en defensa de los

derechos civiles habían ubicado la libertad y la igualdad en posiciones equivalentes, mientras que los alumnos que se oponían a los derechos civiles habían otorgado una prioridad mucho más elevada a su propia libertad que a la de los demás. Después de otras tareas, despidió al grupo experimental diciéndoles: «Os he pedido que reflexionaseis acerca de vosotros mismos, acerca de lo que valoráis. Uno de los resultados posibles es que cambiéis vuestra concepción del mundo que os rodea. Pero eso depende de vosotros..., ningún profesor puede decir a sus alumnos qué deben pensar o creer» (1973, p. 239). Los alumnos que habían sido asignados aleatoriamente al grupo de control llevaron a cabo la misma tarea de clasificación, pero no se les dio información adicional ni se les advirtió de la posibilidad de que hubiera discrepancias entre los valores.

Aunque antes de empezar el estudio no se habían detectado diferencias de actitud significativas entre el grupo de control y el experimental, después del mismo respondieron de forma muy distinta en varias medidas. Cuando repitieron la clasificación de valores, los miembros del grupo experimental aumentaron significativamente la importancia que otorgaban a la igualdad a las tres semanas y aún más a los tres meses y a los quince meses después del estudio; esto no sucedió con los integrantes del grupo de control. Los cambios de conducta aún fueron más sorprendentes. Entre tres y cinco meses después del estudio, se envió a los participantes una carta en la que, sin hacer mención alguna del estudio, se les invitaba a unirse a una organización en defensa de los derechos civiles (la Asociación Nacional para el Progreso de las Personas de Color [NAACP]), en papel de carta con el emblema de la NAACP y firmada por el presidente de la asociación. Tres estudios distintos concluyeron que la probabilidad de que los integrantes del grupo experimental pidieran más información era el doble que para los integrantes del grupo de control. En un estudio, los alumnos tenían que decidir una de sus asignaturas troncales a los veintiún meses. La probabilidad de que los alumnos del grupo experimental se matricularan en una asignatura sobre relaciones raciales (28 %) era el doble que para los integrantes del grupo de control (14 %). En otro estudio, los alumnos que habían cambiado de asignaturas tenían más probabilidades de haber pasado de ciencias naturales a ciencias sociales o educación si habían estado en el grupo experimental (55 %) que si habían pertenecido al grupo de control (15 %).

¿Cómo es posible que una intervención tan pequeña tuviera efectos tan importantes incluso años después? Lo único que se hizo fue invitar a esas personas a que reflexionasen en privado sobre la importancia relativa que habían otorgado a dos elementos en una tarea de clasificación de valores. Cualquier confrontación que hubiera podido darse fue privada, no hubo interacciones individuales. Los alumnos no relacionaron ni atribuyeron su cambio de conducta a largo plazo con el estudio en el que participaron durante su primer año de universidad; y, sin embargo, la intervención experimental parece ser la única explicación de las diferencias entre los grupos. Obviamente, esta no es la única intervención breve que puede generar cambios de conducta a largo plazo (Bien, Miller y Tonigan, 1993; Daeppen, Bertholet y Gaume,

2010; Erickson, Gerstle y Feldstein, 2005; Miller, 2000), pero sí es un buen ejemplo del impacto que puede llegar a tener la reflexión sobre los propios valores personales. En este caso, no ocurrió en un contexto terapéutico, y los participantes tampoco se habían planteado el cambio como meta.

Entonces, ¿qué es la confrontación? Etimológicamente, «confrontar» significa estar cara a cara. En la EM, la confrontación no sucede con el otro, sino con uno mismo. En un contexto de apoyo y afirmación, sin amenazas ni juicios, se invita a la persona a ponerse cara a cara consigo misma y a reflexionar sobre su conducta, sus actitudes y sus valores. Se la invita a que se mire en el espejo y a que permita que lo que ve la cambie. No hay necesidad de enfrentarse a ella para que suceda. De hecho, lo más probable es que estas estrategias más duras generen resistencia en lugar de cambio (White y Miller, 2007). La EM respeta la autonomía personal y confía en la sabiduría natural y el deseo de cada uno de crecer en una dirección positiva.

La EM respeta la autonomía personal y confía en la sabiduría natural y el deseo de cada uno de crecer en una dirección positiva.

Puntos clave

- ✓ Una de las claves para valorar el marco interno de referencia del otro es entender sus metas y valores fundamentales.
- ✓ La autorrealización supone avanzar hacia el estado maduro, ideal y natural, o *telos*, de cada uno.
- ✓ La entrevista sobre los valores explora las metas fundamentales de la persona: por qué son importantes y cómo se expresan.
- ✓ Vivir con integridad es comportarse según los valores fundamentales de cada uno.
- ✓ La discrepancia entre la conducta actual y un valor fundamental puede constituir una motivación muy importante para el cambio si se explora en un entorno seguro y de apoyo.
- ✓ La autorregulación es la capacidad de formular un plan y llevar a cabo la conducta necesaria para cumplirlo.
- ✓ «Confrontar» significa ponerse cara a cara, y la autoconfrontación suele ser mucho más potente que la confrontación por parte de otro.

PARTE III

ENFOCAR

LA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

Para poder ser un buen guía, hay que saber adónde se va. Una vez que se han sentado como mínimo las bases para la vinculación, el siguiente proceso de la EM es aclarar la meta hacia la que entrevistador y entrevistado avanzarán juntos. Enfocar es un paso previo imprescindible para los dos procesos siguientes de la EM: evocar (parte IV) y planificar (parte V).

La parte III trata del proceso de enfocar en la EM y de cómo usar en este proceso las habilidades fundamentales descritas en las partes I y II para encontrar la dirección. La EM es un estilo de comunicación colaborativo orientado a un objetivo, en la que ayudamos a otra persona a descubrir si, por qué, cómo y cuándo cambiar. Sin una meta, la EM ni siquiera puede despegar. A veces, el foco queda claro inmediatamente, pero si está borroso, hay maneras constructivas de encontrar la dirección que ha de tomar la conversación sobre el cambio.

CAPÍTULO 8

¿POR QUÉ ENFOCAR?

Si no sabes adónde vas, cualquier camino te sirve.

LEWIS CARROLL

No pagaría ni un centavo por la sencillez de este lado de la complejidad, pero daría la vida por la sencillez del otro lado de la complejidad.

OLIVER WENDELL HOLMES

El proceso de vincular nos proporciona una base sólida para el segundo proceso de la EM: enfocar. Se trata de dos procesos interrelacionados, pero diferentes. Es muy posible haber forjado un buen vínculo con alguien y mantener una conversación muy dinámica y, sin embargo, no tener una dirección clara. Reflexionemos sobre este ejemplo de inicio de una entrevista.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo cree que puedo ayudarle?

CLIENTE: Bueno, en el trabajo... las cosas van bien con el trabajo en sí, pero los compañeros han empezado a darse cuenta de que me preocupa mucho la limpieza, por mucho que intento ocultarlo. Voy mucho al lavabo, sobre todo antes y después de comer.

ENTREVISTADOR: ES un poco difícil para usted, a veces.

CLIENTE: Sí, mucho, de hecho. A veces digo que estoy enfermo y no voy a trabajar, para aliviar la presión. Y ahora también se han dado cuenta de eso, así que si no tengo cuidado, me arriesgo a perder mi trabajo. La semana que viene tengo una reunión con mi supervisor, para hablar del tema.

ENTREVISTADOR: Así que las cosas en el trabajo están llegando al límite.

CLIENTE: No formo parte del grupo, no me relaciono mucho con ellos, y es como si me mirasen constantemente y pensarán que soy raro.

ENTREVISTADOR: Se siente fuera de lugar en el trabajo.

CLIENTE: En casa, mis padres me dicen que tengo que «apañármelas solo» y también quieren que salga más y que busque un sitio donde vivir solo. Y ahora están enfadados conmigo por los días que no voy a trabajar. Mi padre no me habla.

ENTREVISTADOR: En casa y en el trabajo, no están las cosas fáciles para usted ahora.

CLIENTE: Y tampoco duermo bien. Mi novia dice que ya está harta de tanto drama, pero no quiero que la relación acabe después de lo mal que lo pasé con el divorcio.

¿Cuál podría ser el foco aquí? El cliente puede haber acudido a un servicio de salud mental, a un centro de atención primaria, a un servicio de empleo o al despacho de un profesor o *coach*. También podría ser alguien en libertad condicional o que ha acudido a un trabajador social en relación con la custodia de los hijos del matrimonio anterior. Vincularse con él es muy fácil. Pero ¿qué quiere? ¿En qué quiere centrarse? ¿Tiene un trastorno obsesivo-compulsivo? ¿Quiere una baja laboral? ¿En qué parte de su vida quiere avanzar más? Avanzar en círculos y estar inseguro sobre una dirección productiva concreta, es una experiencia habitual. Por tentador que pueda ser culpar al cliente de ello, enfocar es responsabilidad del entrevistador. Es normal que las personas se sientan abrumadas por los retos que les plantea la vida. El proceso de enfocar consiste en determinar una dirección y unas metas claras en la EM y proporcionar así las bases para los procesos siguientes que ayudarán a aligerar la carga: evocar y planificar.

Enfocar en la entrevista motivacional

La mayoría de las formas de tratamiento exigen identificar de algún modo el resultado deseado. Aunque es posible que las metas de la consulta no estén claras desde el primer momento, suele haber un proceso de evaluación o de formulación que permite llegar a ellas. Independientemente de la función que tenga la evaluación inicial (capítulo 11), en la EM el enfoque se consigue a través de una conversación deliberada y centrada en el cambio.

En la EM, enfocar es un proceso continuo de búsqueda y de mantenimiento de dirección. En cualquier relación de ayuda, es útil que al menos uno de los interlocutores tenga claro adónde se quiere ir. Idealmente, hay una sensación de dirección compartida, del mismo modo que el guía y el viajero han acordado adónde irán. En la EM, el proceso de enfocar consiste en encontrar la dirección y, entonces, delimitar metas específicas y asequibles en relación con la misma. Naturalmente, esto lleva a evocar (parte IV) y a planificar (parte V), para explorar maneras específicas de avanzar en esa dirección.

En la EM, enfocar es un proceso continuo de búsqueda y mantenimiento de una dirección.

A veces, el proceso de aclarar la dirección y las metas parece sencillo. Un hombre llama a un servicio de atención a la ludopatía y pide ayuda. Una mujer consulta a un servicio de planificación familiar para que la ayuden a elegir un contraceptivo. Sin embargo, hay situaciones aparentemente sencillas en las que encontrar la dirección y fijar metas puede complicarse rápidamente. Es posible que la exploración revele

ambivalencias, problemas múltiples, metas contradictorias y prioridades más elevadas. O los objetivos del terapeuta y del servicio pueden ser distintos a los del cliente (una situación que abordaremos en mayor profundidad en el capítulo 10). El proceso de enfocar requiere navegar por aguas que suelen estar revueltas, para encontrar y mantener una dirección clara. También es habitual tener que corregir el rumbo a medida que se avanza, por lo que más que un proceso puntual, el de enfocar es un proceso continuo. La alineación de las metas de cambio del terapeuta y del cliente no siempre se da con facilidad a los pocos minutos de conversación. Y tampoco se mantiene estática. Quizás fije una dirección inicial de movimiento, pero luego el enfoque cambie y la alineación se rompa, por lo que tendrá que corregir el rumbo.

AGENDA

Empezaremos esta reflexión sobre el proceso de enfocar en la EM con el concepto de «agenda», con el que aludimos a mucho más que una lista de objetivos de cambio. La agenda del cliente puede incluir esperanzas, miedos, expectativas y preocupaciones. Imagine a los padres que deben seguir tratamiento por orden judicial después de un incidente de violencia familiar. Es de suponer que el objetivo del tribunal sea impedir que los incidentes de violencia se repitan. Un padre en esta situación, sin embargo, puede iniciar el tratamiento con una agenda que incluye:

- Vergüenza y necesidad de proteger la autoestima.
- Ira por la invasión de intimidad.
- Expectativa de que le riñan, le critiquen o le humillen.
- Miedo a que la violencia se repita en el futuro.
- Problemas en la relación de pareja más en general.
- Dudas sobre si mantener la relación o no.
- Reticencia a hablar acerca del consumo de alcohol o de drogas en casa.
- Preocupación por las consecuencias legales o la pérdida de libertad.
- Deseo de proteger a los niños de efectos negativos duraderos.
- Miedo a que le retiren la custodia de los niños.

Todo esto y mucho más está presente cuando la persona entra por la puerta. Además, aún falta parte de la imagen. El otro progenitor, los niños, el terapeuta y el agente de la libertad condicional pueden tener sus propias agendas. Resultaría muy fácil perderse entre todas ellas sin una dirección clara. Encontrar y mantener la dirección es responsabilidad del terapeuta.

El reto de cómo entender y trabajar con estas agendas se ha planteado y debatido en muchos ámbitos, como la medicina, el trabajo social, la psicoterapia y el desarrollo de organizaciones. En la EM, esto se realiza a través del proceso de enfocar con tareas y

habilidades concretas cuyo objetivo es pactar una agenda que promueva el cambio. Sin esta dirección, incluso las conversaciones más largas sobre el cambio serán improductivas.

También es evidente que las distintas agendas pueden estar en conflicto. Las aspiraciones del cliente no necesariamente convergen con las del terapeuta o con las del servicio asistencial. En el capítulo 10 hablaremos de cómo negociar éticamente los objetivos.

TRES FUENTES DE ENFOQUE

Cuando se plantean agendas distintas, hay distintas fuentes posibles de las que se derivan el enfoque y la dirección. Aquí hablaremos de tres de ellas: el cliente, el contexto y el terapeuta.

El cliente

La fuente más habitual de dirección es el propio cliente. Las personas llegan a la consulta y plantean las preocupaciones o problemas que les han llevado a venir.

- «Me gustaría estar más en forma, para mantenerme sano a medida que me haga mayor.»
- «Necesito dejar de fumar.»
- «Ayúdeme a recuperar la custodia de mis hijos.»
- «He estado muy deprimido.»
- «Tengo el azúcar muy alto y quiero mejorar mi dieta.»
- «Nuestro hijo tiene problemas con las matemáticas y creemos que unas clases particulares le irían muy bien.»
- «Quiero recuperar el carnet de conducir y perder de vista al agente de la condicional.»

Si el terapeuta se siente cómodo y capaz de proporcionar la ayuda que se le ha pedido, el guía y el viajero encajan de forma natural. Esto no significa que el viaje vaya a ser necesariamente fácil, sólo que hay un acuerdo inicial compartido acerca de la dirección.

El contexto

La dirección del proceso también puede venir determinada por el propio contexto. Por ejemplo, el objetivo de la institución es abordar problemas concretos y proporcionar servicios específicos. Algunos ejemplos incluyen:

- Una clínica de deshabitación tabáquica.
- Un servicio telefónico de prevención de suicidios.
- Un programa obligatorio para personas condenadas por conducir bajo los efectos de sustancias.

- Un programa de manejo de la ira para perpetradores de violencia doméstica.
- Un servicio público de empleo.

Las personas que llegan a este tipo de programas no tienen dudas acerca del tema de conversación. Sin embargo, aunque es posible que tengan ganas de recibir ayuda y que hayan acudido precisamente por eso, también es habitual que las personas acudan a servicios concretos a petición de un tercero:

«Mi mujer dice que tengo que dejar de fumar.»
 «El juez me dijo que eligiera entre venir aquí o ir a la cárcel.»
 «Necesito hacer este programa para recuperar a mis hijos.»
 «En realidad no creo que pueda ayudarme, pero el sacerdote de mi parroquia me dijo que le llamara.»

En cierto sentido, el «cliente» inicial en estas situaciones puede ser la persona o institución que haya pedido el servicio y que tiene su propia agenda. Lo que queremos destacar aquí es que el contexto puede predeterminar o limitar el foco de actuación.

Experiencia clínica

El terapeuta es una tercera fuente de enfoque posible. Es muy habitual que las personas acudan a consulta con un objetivo claro en mente pero que, durante la exploración, el terapeuta detecte la necesidad de otro tipo de cambio. El cliente no ha acudido a él con ese objetivo (al menos no lo ha planteado como motivo de consulta). Por lo tanto, al terapeuta se le presenta el reto de cómo plantear el tema y explorar si el cliente está dispuesto a abordar esta nueva meta o dirección. Es posible que este nuevo cambio pueda ayudar al cliente a alcanzar la meta que él mismo ha planteado. Incluso puede que sea indispensable para ello, en opinión del terapeuta. Algunos ejemplos:

- Una madre lleva a su hijo al pediatra, porque tiene asma y una infección de las vías respiratorias superiores. El médico quiere hablar del tabaquismo de los padres como factor relevante.
- Un desempleado solicita ayuda en su búsqueda de trabajo. El asesor se da cuenta de que el aspecto y la higiene del cliente son obstáculos importantes para su contratación.
- A pesar de que manifiesta un intenso deseo de dejarlo, una mujer ha recaído varias veces en el uso de cocaína. El terapeuta cree que dejar de beber la ayudaría mucho, porque parece que el alcohol precipita su uso de cocaína.
- Una enfermera que controla la medicación antirretroviral de un paciente con sida quiere hablar de la nutrición y de cómo comunicar a las parejas sexuales el estado de seropositividad.

Los clientes pueden percibir, o no, la relación entre su motivo de consulta y la preferencia de enfoque del terapeuta. O quizás reconozcan la relación, pero se muestren reticentes, con la esperanza de conseguir sus metas sin necesidad de cambiar más cosas. La esperanza del terapeuta o asesor es ayudar a sus clientes a reconocer la relación entre el enfoque sugerido y sus propias metas, para así reforzar su motivación hacia el cambio sugerido.

TRES ESTILOS DE ENFOQUE

Con todas estas agendas, procedentes del cliente, del contexto y del clínico, ¿cómo identificar un foco o una dirección? En el capítulo 1 hemos presentado un *continuum* de estilos, con el directivo en un extremo, el de acompañamiento en el otro y el de guía en el medio. Este mismo continuo puede describir distintas maneras de abordar el proceso de enfoque.

Directivo

En el enfoque directivo, el entrevistador decide el foco, a partir de su propia agenda o de la de la institución. El mensaje es, al menos implícitamente: «Es mi responsabilidad y decidiré de qué hablamos y qué hacemos». También se puede ser más suave y hacer una recomendación sobre cómo avanzar y comprobar la reacción del cliente. Si una recomendación no funciona, se sugiere otra. El terapeuta se siente responsable de proporcionar tanto la dirección como la solución y, en función de la gravedad del dilema del cliente, puede representar toda una carga. Hay circunstancias en las que, ciertamente, resulta adecuado adoptar un estilo directivo a la hora de establecer el foco, pero si se usa como estilo por defecto a la hora de promover el cambio, presenta limitaciones importantes (Rollnick *et al.*, 2008).

Acompañamiento

En el extremo opuesto, el cliente decide a partir de sus propias prioridades, sean cuales sean: «¿De qué quiere hablar hoy?». Cuando tratamos de enfocar siguiendo un estilo de acompañamiento, intentamos entender la agenda del cliente y hacer todo lo que podamos para que la dirección, el impulso y el contenido de la conversación se corresponda con ella. Si el cliente plantea lo que parece una cuestión pertinente, la exploramos. El estilo de acompañamiento puede reforzar el vínculo, lo que en sí mismo es un proceso terapéutico.

A veces, las relaciones profesionales continuadas son fundamentalmente de apoyo (y usan herramientas para la vinculación), sin que el clínico ofrezca ninguna dirección específica para el cambio, al menos durante un tiempo. En una terapia verdaderamente centrada en el cliente y no directiva, el enfoque procede íntegramente de lo que el cliente trae a la sesión, y el profesional lo acompaña allá donde decida ir. El enfoque, si es que llega a ocurrir, implica avanzar hacia objetivos de cambio más claros y planteados por el propio cliente. Es habitual en los ámbitos educativos, donde los servicios de orientación están diseñados para ayudar a los alumnos a alcanzar los objetivos de aprendizaje y profesionales que ellos mismos se han marcado.

Este tipo de exploraciones más abiertas pueden suceder con el tiempo y quedar incluidas en una relación profesional continuada. Por ejemplo, un médico de atención primaria que ya ha atendido el motivo de consulta en cuestión, dice: «Disponemos de algunos minutos y, si lo desea, podemos hablar de otras preocupaciones que pueda tener. ¿Hay algún aspecto de su salud del que le gustaría hablar?». Durante el tratamiento de una persona con esquizofrenia, el terapeuta puede iniciar una visita con la pregunta: «¿Cómo van las cosas? ¿Hay algo que te preocupe?». No se ha identificado ninguna preocupación inicial. La nueva dirección aparecerá a partir de la conversación abierta.

Guía

A medio camino entre los estilos directivo y de acompañamiento encontramos el de guía. Guiar al cliente promueve una búsqueda colaborativa de dirección, una reunión de expertos durante la que se negocia el foco del tratamiento. La agenda del cliente es importante y también se tienen en cuenta las limitaciones inherentes al contexto, si las hubiera. La experiencia del clínico también es una posible fuente de objetivos. El proceso de enfocar en la EM suele empezar en este punto intermedio entre ser directivo y acompañar, donde el foco, el impulso y el contenido se deciden conjuntamente. Si empieza con ambos pies firmemente plantados en el punto medio que es la guía, podrá acercarse hacia cualquiera de los dos extremos siempre que lo crea necesario.

A medio camino entre los estilos directivo y de acompañamiento está el de guía.

TRES SITUACIONES DE ENFOQUE

Situación 1. «Sé adónde vamos: el foco está claro.»

A veces, el foco está claro desde el principio. Esto puede suceder, por ejemplo, si trabaja en un centro con un objetivo muy definido. Un educador que ve a pacientes recién diagnosticados de diabetes se centrará en cómo facilitar el control glucémico. Esto no significa que el modo de alcanzar este objetivo ya esté decidido. Puede haber varias opciones disponibles y el plan de cambio surgirá a través de evocar y planificar.

En la práctica, cuando el foco de la consulta está claro, se pasa directamente a los procesos de evocar y planificar. El foco es una luz en el horizonte hacia la que avanzamos. La motivación del cliente puede fluctuar y es posible que a lo largo de la relación terapéutica aparezcan discordancias de vez en cuando. Sin embargo, ambos saben adónde quieren ir y avanzan en esa dirección siguiendo un estilo congruente con la EM.

La importancia de evocar en esta situación dependerá del nivel inicial de motivación para el cambio que presente el cliente. Cuando el cliente expresa una meta clara, ya ha decidido que quiere alcanzarla y sólo pide ayuda para conseguirlo, el proceso de evocación quizás no sea muy necesario. El objetivo de evocar (motivar y comprometer con el cambio) ya se ha alcanzado y es posible que la estrategia más adecuada sea pasar directamente a la planificación. Si al hacerlo se encuentra con reticencias, siempre puede volver atrás y evocar o incluso reevaluar el foco.

Situación 2. «Hay varias opciones y hay que decidir.»

En esta situación, hay un número definido de opciones sobre las que centrarse. Pueden hablar de A, B o C. Este es un escenario muy habitual en la práctica diaria. Es posible que el rango de opciones disponibles venga determinado por el contexto o por la experiencia del clínico. Sin embargo, lo más frecuente es que durante la consulta inicial aparezca una lista de objetivos posibles. El cliente puede plantear varias posibilidades y quizás usted también tenga un par en mente. Sobre la mesa hay varias preocupaciones y se podría empezar por cualquiera de ellas.

En la práctica, es útil dedicar el tiempo necesario para elegir el foco inicial detenidamente. La técnica de *pactar la agenda* que describimos en el capítulo siguiente puede resultar especialmente útil cuando la persona plantea varios problemas a la vez. ¿Qué hay en la lista? ¿Por dónde empezar? ¿Alguna de las preocupaciones es más urgente? ¿Detecta una relación causal entre alguna de las preocupaciones que pueda ayudar a decidir dónde poner el foco primero? ¿Es posible que tratar un problema concreto mejore significativamente otras áreas? Aquí, enfocar es el proceso de enumerar y analizar las opciones, para decidir por cuál empezar.

Situación 3. «El foco no está claro y tenemos que explorar.»

Esta situación se halla en el extremo opuesto del espectro de enfocar. No está nada claro dónde poner el foco. ¿Qué es lo que más quiere y necesita esta persona? Es muy posible que ni siquiera el cliente lo tenga claro y que haya acudido a usted para que le ayude a averiguar cuál es el problema y cómo avanzar. El cliente puede también plantear un motivo de consulta difuso que no apunte a ninguna dirección ni meta para el cambio en concreto. «Mi vida es un desastre, todo está patas arriba.» Aun así, confíe en que, con su apoyo, el cliente averiguará qué le conviene más. El cliente es siempre un «coterapeuta» colaborador.

En la práctica, el proceso de *orientación* que describimos en el siguiente capítulo será muy importante aquí. No se trata de seguir a los clientes en cualquier dirección que emprendan. Ha de buscar una luz en el horizonte, la dirección hacia la que avanzar. Orientar consiste, básicamente, en un proceso que utiliza habilidades básicas que permiten pasar de lo general a lo específico y llegar a metas acordadas conjuntamente.

Esta tercera situación también puede implicar una formulación clínica o la búsqueda de pautas o relaciones entre las distintas dificultades que pudieran sugerir un foco para el cambio. El caso de Julia, que iniciamos en el capítulo 6 y que continuaremos en el siguiente, ofrece un ejemplo de este proceso de orientación y formulación más complejo. El objetivo es llegar a una hipótesis que podamos poner a prueba, un foco inicial por el que empezar a abordar las preocupaciones del cliente y que sea aceptable para ambas partes.

Conversación, no transacción

En la entrevista motivacional, enfocar no es como ir a comprar sal o ir a ver a un médico para que nos trate un dedo infectado, situaciones en las que hay pocas opciones, el reto es claro y tiene lugar una transacción. Las conversaciones sobre el cambio no son así; la relación es importante, las aspiraciones varían y fluctúan, las decisiones se toman durante los largos o breves flujos de conversación que se llegan a compartir.

Este capítulo ha repasado la importancia de enfocar en la EM y ha proporcionado algunos mapas conceptuales que ayudan en el proceso. El capítulo 9 aborda *cómo* encontrar el horizonte hacia el que navegar. Cada vez que se pregunte adónde ir a continuación, qué camino emprender o se dé cuenta de que el cliente desconecta, probablemente le convenga volver al proceso de enfocar. Es muy posible que entonces aparezcan caminos para el cambio y el foco pase de estar borroso a ser definido y significativo.

Puntos clave

- ✓ El proceso de enfocar lleva a encontrar una o más metas o resultados deseados que proporcionan dirección a la consulta.
- ✓ El foco puede surgir del cliente, del contexto o del profesional.
- ✓ Los estilos generales de dirigir, guiar y seguir también describen tres enfoques distintos a la hora de enfocar.
- ✓ A veces, hay un foco único y claro; otras, hay varios temas posibles; y aún otras, el foco no está nada claro y es preciso explorar.

CAPÍTULO 9

ENCONTRAR EL HORIZONTE

Siempre mantuvimos la esperanza, la creencia, la convicción, de que más allá del horizonte hay una vida mejor, un mundo mejor.

FRANKLIN DELANO ROOSEVELT

Nunca se es demasiado mayor para fijarse otro objetivo o para soñar un sueño nuevo.

C. S. LEWIS

La EM es, por definición, una conversación sobre el cambio. Y enfocar nos permite establecer la dirección del viaje. Este capítulo desarrolla las tres situaciones habituales que ya hemos descrito en el capítulo 8:

1. El foco está claro.
2. Hay varias opciones entre las que elegir.
3. El foco no está nada claro.

A continuación, reflexionaremos sobre cómo abordar el proceso de enfocar en cada una de estas situaciones. Sin embargo, antes de empezar, daremos un paso atrás para valorar unos cuantos aspectos importantes acerca del espíritu de la EM y de la actitud mental general que subyace al proceso de enfocar (y a todos los demás, en la buena práctica de la EM).

Aspectos del entrevistador que pueden surgir durante el enfoque

TOLERANCIA ANTE LA INCERTIDUMBRE

Resistir el reflejo de corrección (capítulo 1) significa retenernos y no resolver los problemas del cliente, sino apoyarle activamente en sus esfuerzos por resolverlos por sí mismo. Esta actitud exige cierta tolerancia ante la incertidumbre y una actitud mental reposada y sin prejuicios. Los terapeutas presentan una gran variabilidad en lo que a tolerancia ante la ambigüedad se refiere. Algunos esperan tranquilamente hasta que la

situación se aclara y, quizás, incluso se sienten cómodos avanzando poco a poco y vagan durante demasiado tiempo sin dirección clara. Otros se sienten impacientes y con ganas de avanzar, especialmente durante el enfoque, cuando es muy posible que aún no se sepa con claridad cuál será el tema de conversación. En este último caso, la tentación es presionar para llegar a una conclusión y empezar a moverse. Sin embargo, las conclusiones prematuras entrañan un riesgo: presionar con un tema concreto puede generar discordancia y debilitar el vínculo si el cliente no acaba de estar de acuerdo.

Una actitud reposada no significa necesariamente que el proceso de enfoque deba prolongarse en el tiempo. De hecho, es muy posible que suceda justo lo contrario y que la impaciencia lleve a centrarse en un foco prematuramente y que luego haya que dar marcha atrás. Es a lo que se refería Roberts (2001) cuando hablaba del principio «lo lento es rápido»: si actúa como si sólo tuviera unos minutos, quizás deba pasarse todo el día. Si actúa como si tuviera todo el día, quizás lo haya resuelto en unos minutos. La diferencia estriba en la sensación de urgencia que siente el entrevistador. La tolerancia a la incertidumbre es una de las características del enfoque hábil en la EM.

COMPARTIR EL CONTROL

A su vez, la incertidumbre puede alimentar la preocupación por la posible pérdida de control sobre la consulta, una preocupación que puede dar lugar a prácticas inadecuadas. La actitud adecuada es la de compartir el control con el cliente, con la confianza de que, a pesar de la incertidumbre actual, acabará haciéndose la luz. Usted sigue llevando las riendas del flujo de la entrevista, pero otorga al cliente el espacio necesario para explorarlo e influir en la dirección que ambos acabarán tomando. Un colega médico hizo una observación acerca de sus esfuerzos en la práctica de la EM con la que captó su superación de la incertidumbre y de las preocupaciones acerca de la pérdida de control: «El sumario largo es genial. Dejo que los pacientes hablen con plena libertad mientras escucho lo que cuentan acerca de sus objetivos. Luego, el sumario largo me permite recuperar la dirección y puedo ver adónde debemos ir a continuación». La EM es como un baile en el que, moviéndose juntos, usted ofrece una suave y amable guía. Si intenta llevarle en una dirección y percibe discordancia o desequilibrios, pruebe una vía distinta que fluya con mayor facilidad.

BÚSQUEDA DE FORTALEZAS Y APERTURA AL CAMBIO

La práctica cotidiana tiene tanto que ver con la evaluación, el riesgo, la gestión de problemas y el completar tareas que resulta muy fácil pasar por alto oportunidades de cambio. La EM supone estar atento constantemente a estas aperturas: los caminos para

el cambio. El menor destello de discurso de cambio puede ser un rescoldo que, si se aviva con algo de oxígeno, puede empezar a brillar y convertirse en el combustible del cambio.

Retroceder y aparcar momentáneamente el problema, para escuchar las fortalezas, valores y aspiraciones de cambio del cliente puede resultar muy útil, porque le permitirá reflexionar sobre los recursos con que cuenta el cliente y sobre el camino que les aguarda.

Tres situaciones de enfoque

Ahora regresamos a las tres situaciones que hemos mencionado antes, a las tres imágenes que pueden aparecer cuando empiece a explorar qué dirección ha de tomar la conversación. En función del contexto en el que ejerza, es muy posible que la primera sea la más habitual.

SITUACIÓN 1. UNA DIRECCIÓN CLARA

Hay clientes que llegan a la consulta con objetivos y preocupaciones claras desde el principio. Si la dirección del cambio está clara para los dos, no es necesario dedicar mucho tiempo al proceso de enfoque. Lo que sí vale la pena es confirmar que están de acuerdo en lo que concierne a la dirección, pidiendo permiso y reconociendo la autonomía del cliente: «Entonces, ¿es de esto de lo que vamos a hablar o quiere añadir alguna otra cosa?». Si la vinculación es sólida, los clientes suelen seguir en esa dirección o sugerir otra. Entonces, se puede pasar a evocar o incluso a planificar, si el cliente parece verdaderamente dispuesto a emprender el cambio.

La situación 1 también puede darse en contextos donde el foco de la institución está muy definido. Es muy probable que un fisioterapeuta, cuya tarea definida es ayudar a los pacientes a recuperar función y equilibrio, mantenga un foco muy definido. Las personas acuden a servicios especializados con una amplia variedad de preocupaciones, pero el contexto centra con claridad la conversación. Esto significa que como mínimo el profesional tiene una dirección clara en mente, a pesar de que los clientes puedan coincidir en mayor o menor medida con la misma. En este contexto, la dirección de la conversación suele estar clara, y la tarea que tendrá entre manos será evocar, para explorar hasta qué punto el cliente comparte o no ese foco. Si pueden establecer una relación terapéutica y avanzar juntos en esa dirección, pasarán a evocar y a planificar. Si no, tendrán muy poca base sobre la que construir nada. Probablemente, un guía experto en océanos y pesca no sea el más adecuado para alguien que sólo quiere estudiar plantas en tierra firme.

Una tercera manera en la que puede encontrarse con un foco claro es que la adecuada dirección para el cambio se le haga evidente durante la consulta. De nuevo, el cliente puede estar de acuerdo o no con el foco que usted haya elegido. Si quiere orientar la conversación sobre el cambio en una dirección concreta, debe hacerlo en dos fases: pedir permiso y evocar. La primera consiste en plantear el tema y pedir permiso al cliente para explorarlo. A veces, los médicos nos preguntan: «¿Cómo puedo plantear el tema de X sin molestar al paciente?». Por ejemplo, es posible que un médico crea que su paciente debería reconsiderar no sólo sus propias pautas de alimentación, sino también las de sus hijos, un tema que puede ser espinoso, porque puede hacer que la paciente vea amenazada su imagen de buena madre. El reto aquí consiste en centrar el foco en un tema que el profesional considera importante, pero que no lo sea para el cliente o que incluso pueda molestarle. Más adelante en este mismo capítulo volveremos a esta tarea concreta.

Una vez que ha planteado un posible foco y ha obtenido un permiso como mínimo provisional para explorarlo, la tarea pasa a ser evocar y escuchar las motivaciones del propio cliente para avanzar en esa dirección (hablaremos de este proceso en la parte IV). Caer en el reflejo de corrección y sermonear al cliente sobre cómo y por qué ha de cambiar, es poco probable que nos lleve muy lejos. Cuando un cliente no está aún muy seguro del foco, la esperanza es subirlo a bordo y ayudarle a encontrar algo de motivación para el cambio. Normalmente, siempre habrá cierta ambivalencia para trabajar con ella; la persona ya cuenta con valores propios o con otras motivaciones para avanzar. El proceso de evocar consiste, precisamente, en explorar estas motivaciones autónomas para el cambio (capítulo 13). Si no se encuentra ninguna, es posible que el camino a seguir sea generar discrepancia (capítulo 18).

SITUACIÓN 2. VARIAS DIRECCIONES: PACTAR LA AGENDA

Otra situación habitual en el proceso de enfoque es que se den varias opciones razonablemente claras a la hora de decidir el tema de conversación. El campo de posibilidades no está completamente abierto (como en la situación 3), pero tampoco hay un único foco claro (situación 1). Puede encontrarse con esta situación al principio de una consulta, pero también más adelante en el proceso, cuando aparecen varios temas en los que uno podría centrarse. Por ejemplo.

Un paciente de un servicio de salud mental incapacitado por alucinaciones se siente preocupado porque no encuentra trabajo, está descontento de los efectos secundarios de la medicación y reconoce que últimamente consume más cannabis.

O:

La paciente ha sufrido un ictus hace poco. A usted le preocupa, porque está viviendo sola y usando un nuevo apoyo para caminar. Además, quiere volver a conducir, aunque teme volver a sufrir otro ictus.

Demasiadas veces, cuando hay varias opciones se enfoca muy rápido, sin haber hecho una reflexión consciente ni haber llegado a un acuerdo, y normalmente siguiendo el criterio del profesional. Las prisas pueden ser perjudiciales para el vínculo, y determinar el foco unilateralmente entorpece el proceso de cambio. Por el contrario, si implica al cliente en la elección de la dirección del foco, le resultará mucho más fácil integrar la EM en su práctica cotidiana.

Los obstáculos a un enfoque fluido y hábil pueden ser importantes. Por ejemplo, el cliente puede sentirse ahogado en un mar de problemas y desanimado ante los cambios. Por parte del profesional, abundan las amenazas a la práctica serena y reflexiva, como las presiones de tiempo y las múltiples tareas que compiten por su atención. Si entrevistador y entrevistado se sienten abrumados, pueden caer en varias trampas: enfocar unilateral o prematuramente, emprender el camino equivocado o moverse en círculos de desesperanza mutua.

Pactar la agenda es una herramienta que le ayudará a enfocar más rápido y que, con un cliente más activo, le evitará confusiones innecesarias en relación con la dirección. Preferimos el término «pactar la agenda»¹ al anterior «fijar la agenda» (Stott, Rollnick, Rees & Pill, 1995), porque es como examinar un mapa de posibilidades al principio de un viaje y acordar una dirección, sabiendo que tendremos que consultarlo periódicamente y corregir el rumbo una vez que estemos en marcha.

En esencia, pactar la agenda es una metaconversación. Es un breve periodo de tiempo durante el que usted y su cliente apartan brevemente la conversación sobre el cambio, para reflexionar sobre el camino a seguir y de qué hablar. Básicamente, es una forma de «hablar sobre de qué se va a hablar». Pactar la agenda puede consistir en identificar en qué paso del proceso de cambio centrarse. Si se hace bien, puede aliviar a los clientes que se sienten atrapados por sus problemas, porque les da la oportunidad de dejarlos a un lado durante unos instantes y centrarse en otras cosas.

Pactar la agenda es una metaconversación.

Es posible indicar en qué preferiría centrarse, siempre que no dé por cerrado el proceso de decisión. Su postura sólo es una parte de toda la información que hay que tener en cuenta cuando elijan la dirección, juntos.

Podemos elegir entre varios caminos y me gustaría saber qué piensa al respecto. Ha mencionado la dieta y la posibilidad de hacer ejercicio. A mí me gustaría que también hablásemos un poco del tabaco, pero quizás haya cosas más importantes para usted. ¿De qué le gustaría hablar con vistas a mejorar su salud?

Esta estrategia se parece a mirar un mapa y ver los distintos sitios a los que se puede ir, quizás como dos personas a bordo de un velero que se detienen un momento para decidir el rumbo antes de volver a coger el viento. Pruebe este método cuando quiera

determinar o realinear el foco. Resulta especialmente útil cuando el cliente se enfrenta a varias preocupaciones relacionadas. Se trata de explorar con curiosidad las opciones que llevan a una decisión mutuamente acordada sobre cómo proceder, al menos de momento.

Pactar la agenda sigue una secuencia obvia, que empieza por la lista de opciones y acaba en un foco consensuado, después de pasar por varias etapas. No son etapas rígidas, porque la técnica exige flexibilidad. A veces se consensúa un foco rápidamente, mientras que otras se tarda más. Distintos elementos serán más o menos importantes en función de si está pactando la agenda al principio de la consulta o si se trata de un ajuste de rumbo, cuando el proceso de cambio ya está en marcha. En todos los casos, las habilidades fundamentales que hemos descrito en los capítulos 5 y 6 proporcionan la cola que mantiene la tarea unida. La naturaleza del proceso de pactar la agenda también varía en función del contexto. Por ejemplo, no es lo mismo que se aborden temas que pueden quedar resueltos en los últimos minutos de una visita médica que que vayan a tratarse a lo largo de meses de psicoterapia.

Estructurar

Vale la pena empezar por dejar claro lo que se va a hacer. Básicamente, se aparca la conversación durante unos instantes para hablar de la dirección que esta debe tomar y, normalmente, se empieza con una frase estructurada. Puede pedir permiso al cliente para hacer la transición al pacto de la agenda con preguntas del tipo «¿Le *importaría* que dedicásemos unos minutos a reflexionar sobre los temas de los que podríamos hablar?» o «¿*Podríamos* recapacitar un momento, para ver en qué podríamos centrarnos?». El uso del condicional refleja la naturaleza hipotética del pacto de agenda. No se trata de anunciar de qué *hablarán*, sino de identificar distintos temas de los que podrían hablar.

Mantener una conversación sobre hipótesis puede ser todo un reto, incluso aunque el proceso de pactar la agenda sea breve. Cuando un cliente plantea un tema o una dificultad, es fácil caer en la tentación de empezar a explorarlo inmediatamente. Cuando se pacta la agenda, la tarea no consiste en explorar ningún tema en profundidad, sino en componer una imagen general de las distintas direcciones que puede seguir la conversación. Si la vida del cliente es como un bosque, el pacto de agenda consiste en sobrevolarlo durante unos momentos, para obtener una perspectiva de águila. Es muy posible que, más adelante, sea útil bajar al nivel del suelo para explorar el bosque desde la perspectiva del ratoncillo de campo, pero aún no. A continuación encontrará un ejemplo de párrafo estructurante que delimita el proceso de pactar la agenda:

«Me gustaría que diéramos un paso atrás y, durante unos minutos, reflexionásemos sobre cuáles son los aspectos más importantes sobre los que podríamos centrarnos. Yo me he hecho una especie de lista mental de las dificultades que ha ido planteando y quisiera comprobarla con usted. Entonces, podemos hablar de por qué punto de la lista desea empezar, y es posible que yo aporte mis ideas al respecto. ¿Le parece bien?»

Valorar opciones

Tras una introducción estructurada, el siguiente paso para pactar la agenda es la enumeración de opciones. ¿En qué cuestiones *podrían* centrarse ambos? Puede ser algo tan sencillo como invitar al cliente a confeccionar una lista de las dificultades de las que pueden hablar, algo que puede hacer al principio del proceso de cambio. Si ya han podido mantener alguna conversación, es posible que usted ya haya empezado a elaborar una lista mental de temas posibles a partir de lo que ha escuchado. Independientemente de cómo decida desarrollar la lista de temas posibles, creemos que las claves siguientes le ayudarán en el proceso.

1. Deje espacio al cliente para que reflexione y exprese sus preferencias y preocupaciones. No sienta que debe empezar a hablar si han pasado siete segundos de silencio. Abra la puerta con una invitación y espere a ver qué la cruza.
2. Incluya elementos de afirmación y de apoyo si es adecuado. Comente los recursos y las aspiraciones del cliente. Insista en que tiene autonomía y capacidad de decisión en lo que concierne a su propia vida, salud y decisiones.
3. Invite al cliente a desarrollar ideas absolutamente nuevas de las que aún no hayan hablado.
4. Use el lenguaje hipotético, como «podríamos», «quizás», etc. Sobrevuelen el paisaje y explórenlo. Ya decidirán dónde aterrizar en la siguiente fase. Es muy probable que la escucha reflexiva sea la herramienta más útil y eficiente para llegar a entender el punto de vista del cliente y encontrar un foco útil.
5. Exprese su opinión. Sus sugerencias también son importantes, y los clientes suelen valorar la opinión del profesional sobre lo que podría ser importante tratar. En el marco de la EM, esto se hace en un tono modesto que reconoce y respeta la autonomía del cliente (capítulo 11).

«Se me ocurre que también podríamos hablar de sus pautas de sueño, porque la falta de sueño puede afectar a muchas de las otras preocupaciones que ha expresado. Podemos hablar de ello o dejarlo para más adelante.»

Activar el zoom

Una vez que se cuenta con el mapa global y la visión general del terreno que se puede explorar, el siguiente paso en el pacto de la agenda es pasar de lo hipotético a lo provisional. Es una parte de la tarea muy delicada y productiva, que lleva a una comprensión concreta y compartida de en qué se centrará la conversación, al menos de momento, y de qué temas se tratarán. Si conoce los mapas digitales, es como pulsar el

botón de aumento (+) del zoom para poder examinar con más detalle un área concreta. Luego, si la situación cambia, podrán volver a alejarse para obtener una perspectiva más amplia y encontrar un foco distinto.

Como hemos dicho en el capítulo 8, la elección del foco depende de varios factores. Es posible que el cliente tenga prioridades claras y sólidas acerca de por dónde quiere empezar. O quizás haya temas que requieran una atención más urgente. El contexto asistencial también puede limitar las posibilidades. Usted puede tener una opinión concreta acerca de por dónde habría que empezar, quizás porque ve posibles relaciones causales entre algunas de las preocupaciones que plantea el cliente. La negociación es básica para decidir en qué parte del mapa centrarse y siempre hay que tener en cuenta el nivel de vinculación del cliente. No le servirá de nada partir en una dirección concreta si el cliente no le acompaña.

Esta ampliación de zoom requiere intercambiar información con el cliente acerca de las prioridades respectivas y consensuar una dirección. El objetivo es llegar a una dirección compartida, un elemento importante en toda alianza terapéutica (Bordin, 1979). La dirección puede consistir en algo tan sencillo como uno o más temas que explorar, o ser más compleja e indicar objetivos claros que hay que conseguir.

No le servirá de nada partir en una dirección concreta si el cliente no le acompaña.

La habilidad fundamental de hacer sumarios ayuda a cerrar el pacto de la agenda antes de volver al tema de consulta. Un buen sumario podía incluir los elementos siguientes:

1. El mapa general: una lista de los temas u objetivos que han ponderado juntos. Aquí también puede incluir temas de los que hablarán, o de los que podrían hablar, más adelante, así como los temas que no abordarán juntos.
2. El mapa focal: es el punto de partida de este viaje conversacional. Puede tratarse de un único tema o de varios temas de alta prioridad que hay que abordar.
3. Un recordatorio de que pueden regresar al mapa general si lo necesitan más adelante. Así fija un punto de referencia que podrá usar más adelante si necesita desviarse de la conversación principal y volver a pactar la agenda.
4. Pedir la confirmación del cliente. ¿Está de acuerdo? ¿Hay otros temas que habría que abordar pronto? ¿Le parece bien empezar ya?

En algunos de los ejemplos que siguen, encontrará variaciones más breves del proceso de pactar la agenda y que pueden usarse durante todo el proceso de consulta con distintos objetivos, por ejemplo cambiar de tema si llegados a un punto se bloquean. El

elemento común a todos ellos es que se da un paso a un lado, para iniciar una metaconversación.

Usar ayudas visuales

Una de las primeras formas de pacto de agenda para el cambio de conducta utilizaba una ayuda visual que se colocaba entre el terapeuta y el cliente, como recordatorio (Stott *et al.*, 1995). Consistía en una página con una serie de globos de diálogo con posibles temas de conversación y otros bocadillos vacíos, que el cliente podía rellenar (recuadro 9.1). Las hojas pueden adaptarse a aplicaciones concretas. Por ejemplo, un educador sobre diabetes podría rellenar las burbujas con distintas maneras de controlar la glucosa en sangre: dieta, ejercicio físico, medicación oral, insulina, reducción del estrés, controles, etc. Otra estrategia consiste, sencillamente, en poner una hoja en blanco sobre la mesa y escribir los temas a medida que surgen en la conversación. Pueden escribirse en bocadillos trazados a mano, y dejar algunos vacíos, para generar una hoja de ruta personalizada.

RECUADRO 9.1. Ejemplo de mapa visual para pactar la agenda

¿De qué le gustaría hablar?



Estos mapas visuales pueden usarse de una visita a otra, no sólo durante una misma sesión. Puede guardar un registro visual con el mapa de bocadillos como recordatorio de los avances y de las posibles direcciones actuales y futuras. Aunque es posible que el

mapa haya cambiado en la próxima sesión, aún conservará algunas de las rutas antiguas.

Pactar la agenda en la práctica

El propósito final del proceso de pactar la agenda en particular y del de enfocar la conversación en general es implicar a un cliente autónomo en una dirección colaborativa. A continuación encontrará algunas de las circunstancias en las que puede resultar útil pactar la agenda.

- Elegir un foco de cambio entre muchos

Si el foco planteado ya gira en torno a un único tema consensuado, quizás no haya necesidad de pactar la agenda. De hecho, los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones suelen comentarlo: «Es obvio. En la puerta del edificio hay un cartel que pone “Programa de tratamiento para el abuso de sustancias”, por lo que no caben dudas sobre lo que vamos a hablar cuando alguien atraviesa la puerta». Y, sin embargo, incluso en un servicio asistencial tan enfocado puede haber varias opciones a la hora de orientar la conversación. Si el cliente bebe alcohol, fuma tabaco y consume otros tipos de droga, ¿cuál será el foco inicial? Además, los trastornos por abuso de sustancias suelen estar relacionados con otros problemas, algunos de los cuales pueden preocupar más al cliente que el propio consumo y que pueden ser obstáculos importantes a la recuperación (Miller, Forcehimes y Zweben, 2011).

En estas situaciones, pactar la agenda puede ayudarnos a identificar un punto de partida, un aspecto sobre el que el cliente está más preocupado o al menos sobre el que se plantea un cambio. Por lo general, intentar cambiarlo todo a la vez no resulta demasiado productivo. Aunque en la lista pueden aparecer varios temas importantes, pactar la agenda ayudar a dar un primer paso hacia el enfoque.

ENTREVISTADOR: Le han derivado al servicio para que hablemos de su consumo de alcohol, pero parece que hay otras cosas que también le preocupan y que, de hecho, son más prioritarias para usted. Ha explicado que querría reconciliarse con su esposa y volver a casa. Su hijo también está teniendo muchos problemas que han contribuido a complicar aún más la relación con su mujer. Al empezar, le he anticipado que hay también algunas preguntas estándar que necesito hacerle antes de acabar la sesión. ¿Por dónde preferiría empezar?

CLIENTE: Tengo que decidir si puedo pagar a un abogado para que ayude a mi hijo. Está metido en un buen lío.

ENTREVISTADOR: Entonces cree que quizás este sea el tema más importante del que podríamos hablar hoy.

CLIENTE: No, probablemente no. A ver, lo tengo en la cabeza ahora, porque si no le doy dinero para el abogado, en cuanto lo vea empezará a gritarme y a insultarme.

ENTREVISTADOR: Entonces, es una de las cosas que le preocupa ahora, aunque es posible que haya cosas más importantes de las que hablar. ¿Le parece que hablemos de su consumo de alcohol, dado que es el motivo por el que le han derivado aquí?

CLIENTE: Bueno, no es tan malo como lo pintan..., aunque es cierto que a veces me meto en líos.

ENTREVISTADOR: Entonces, ese es otro tema del que podríamos hablar hoy.

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: ¿Algo más?

CLIENTE: Es posible que me echen del piso. Y no tengo otro sitio donde vivir.

ENTREVISTADOR: ¿Es algo inminente?

CLIENTE: Aún tengo algo de tiempo para intentar resolverlo, pero lo que me gustaría es volver a casa, con mi mujer.

ENTREVISTADOR: Muy bien. ¿De qué otras cosas podríamos hablar?

CLIENTE: Mi encargado no está nada contento conmigo en el trabajo. Me ha amonestado por llegar tarde y si pierdo este trabajo tendré problemas con mi agente de la condicional.

ENTREVISTADOR: Y eso le preocupa, también.

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Muy bien, pues hay varias cosas de las que podríamos hablar hoy. Antes de empezar con las preguntas que tengo que hacerle, ¿por dónde le gustaría empezar?

CLIENTE: Creo que por el tema del abogado de mi hijo. Me lo preguntará hoy.

ENTREVISTADOR: Perfecto, empezaremos por ahí. ¿Le parece bien que luego pasemos a la cuestión del consumo de alcohol?

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Pues iré controlando el tiempo y veremos si luego aún podemos hablar de más cosas. ¿Sí?

CLIENTE: Vale.

- Cambio de dirección

Aunque es normal que el tema de conversación cambie de vez en cuando, en la EM es importante no perder de vista el horizonte y saber adónde se va. Durante el tratamiento, y especialmente tras varias visitas, es muy posible que lleguen a un punto en el que resulte adecuado valorar la posibilidad de cambiar de foco y emprender una dirección nueva. Con frecuencia, esto supone elegir entre dos direcciones posibles. En momentos así, le recomendamos una breve metaconversación que permita aclarar

conjuntamente los objetivos y las aspiraciones, al igual que un buen guía puede detenerse para comentar los posibles destinos a los que dirigirse a continuación. Un terapeuta podría iniciar así una conversación de este tipo:

En un principio, vinisteis para hablar de cómo mejorar la relación de pareja, y tú, Linda, querías en concreto que la comunicación fuera más abierta y que Carl hablara más de lo que siente. Llevamos trabajando juntos cuatro sesiones y ahora pasáis más tiempo hablando en casa y aplicáis algunas de las habilidades de escucha que hemos ido planteando en las sesiones. Carl, una de las cosas de las que te has dado cuenta es que te cuesta confiar y sentirte vulnerable, y te preguntas si podría tener que ver con tu experiencia en el ejército. Así que, si os parece, nos detendremos un minuto para hablar de hacia dónde vamos a partir de ahora. Una posibilidad es que sigamos trabajando juntos para reforzar la relación y la comunicación entre ambos. Carl, otra opción sería trabajar contigo las experiencias de combate y cómo te afectan ahora; probablemente, para eso necesitarías algunas sesiones de terapia individual. Si sientes que eso te bloquea ahora, quizás sería prioritario antes de seguir trabajando la relación. O quizás a vosotros se os ocurre otra dirección. Me gustaría que me explicarais qué pensáis acerca del siguiente paso.

- Activar a los clientes antes de encontrarnos con ellos

Es posible ampliar la lógica del pacto de la agenda para alentar a los clientes a reflexionar incluso antes de reunirse con ellos por primera vez. En uno de nuestros estudios recientes (McNamara *et al.*, 2010), niños y jóvenes con diabetes usaron instrumentos para el pacto de agenda en la sala de espera, donde exploraron y pusieron por escrito de qué querían hablar una vez en la consulta. Un médico se quedó muy sorprendido cuando uno de los niños, que hasta entonces se había mostrado muy reacio, planteó una única pregunta en su mapa: «¿Cuánto viviré?». Los esfuerzos dirigidos a activar a los clientes de forma temprana pueden ejercer un gran impacto en la cultura y en la organización del servicio asistencial, algo de lo que hablaremos más detalladamente en la parte IV. Conceder al cliente tiempo y algo de estructura para prepararse con antelación no sólo ahorra tiempo en la consulta, sino que reafirma el valor que usted y su servicio otorgan a las aspiraciones del cliente. Esta preparación constituye el principio del pacto de agenda, no el final. A partir de ahí, el progreso dependerá de las habilidades de vinculación y del enfoque de los terapeutas, a quienes, a veces, los clientes plantean expectativas inesperadas.

- Desbloquear

En el transcurso de la sesión puede tener la sensación de que la consulta se mueve en círculos, tratando demasiados temas, y que no están yendo a ninguna parte. Puede ser útil detenerse un momento y desviarse de la conversación para tratar el tema con franqueza, unos momentos, mejor que asumir la responsabilidad de romper el bloqueo

por sí mismo. Está, básicamente, tratando a su cliente como a un consultor. En estas circunstancias, pactar la agenda quizás no requiera todas las fases que hemos descrito con anterioridad, sino que puede seguir un formato más abreviado:

Me gustaría que nos detuviéramos un momento [delimitar la metaversación], para que me explicara cómo ve la conversación hasta ahora. Para ser sincero, no estoy seguro de por dónde continuar ni de qué opción puede ser la más útil para usted. De todas las cosas que ha mencionado, ¿en cuál cree que deberíamos centrarnos como más importante?

Es posible ser franco al reconocer la sensación de estar algo perdido sin que suponga una pérdida de credibilidad. Un breve periodo de escucha puede ayudar mucho. Otra posibilidad en esta situación es iniciar, o reiniciar, el proceso de pacto de agenda con un sumario que enumere los temas que han aparecido hasta el momento:

Me ayudaría mucho que hiciéramos un alto en el camino y hablásemos de hacia dónde estamos yendo. Hemos hablado acerca de tu vuelta al trabajo, de algunos de los obstáculos con que te has encontrado, de cómo te hace sentir eso, de tu rutina cotidiana, de algunos de los problemas que tienes con tu hija e incluso de cómo te gustaría que fuera tu vida dentro de diez años. ¿Cómo te sientes acerca de la conversación hasta ahora? Me pregunto en qué temas te gustaría a ti que nos centráramos ahora.

- Plantear un tema complicado

A veces, el terapeuta se pregunta cómo formular la pregunta adecuada para plantear un tema complicado. El problema puede ser con frecuencia una débil vinculación que, si se rectifica, le puede permitir ser franco acerca de sus planteamientos. Sin embargo, en muchas ocasiones las circunstancias distan de ser ideales y la vinculación es tenue a pesar de todos sus esfuerzos. En estos casos, pactar la agenda puede ser de gran ayuda. Da un paso atrás, plantea el tema difícil entre varios otros, refuerza la autonomía y evalúa la disposición del cliente a dar un paso más. Por ejemplo, en el caso de un posible consumo excesivo de alcohol en una persona claramente sensible y que habla de sus dolores de estómago y de su estrés, se podría plantear así:

¿Puedo preguntarle hacia dónde cree que deberíamos dirigir la conversación? Hemos estado hablando de que tiene un estómago delicado y, si quiere, podemos seguir hablando de ello. También hemos hablado del estrés que sufre, y podríamos hablar de cómo mejorar ciertas cosas que la ayudarían a afrontarlo mejor. Por mi parte, pienso en el consumo de alcohol y en si podría estar influyendo en sus problemas de estómago. Y quizás haya temas de los que no hemos hablado aún, pero que le gustaría tratar. Depende de usted.

Si cree que es importante hablar de un tema concreto, puede abordarlo pidiendo permiso específicamente para ello.

Al escuchar los problemas de estómago que sufre, se me ocurre algo que podría ser importante. ¿Le parecería bien que hablásemos un poco sobre su consumo de alcohol?

- Incluir una evaluación

Si su servicio asistencial pide una evaluación estándar, quizás le preocupe que pueda debilitar el vínculo. Lanzarse a un proceso inquisitorio no es la mejor manera de vincular al cliente. Una manera de abordar el problema es dedicar unos instantes a pactar la agenda antes de iniciar la evaluación detallada. Es posible que la estructura de la primera visita incluya la evaluación requerida, y puede pactar con el cliente cuándo llevarla a cabo. Por ejemplo:

«Esta es nuestra primera sesión y, como mínimo, tendremos que hacer dos cosas. Por un lado, tendré que hacerle algunas preguntas para rellenar este cuestionario, que completamos con todas las personas que vienen. Por el otro, me gustaría que me explicara qué le ha traído aquí y cómo cree que podemos ayudarle. Podemos empezar por donde prefiera, teniendo en cuenta que con las preguntas estaremos unos quince minutos. ¿Qué prefiere? ¿Empezamos por lo que le preocupa o prefiere que nos quitemos el cuestionario de en medio?»

Habrán personas que preferirán empezar por contar su historia y otras que elijan empezar por la seguridad estructurada de responder a las preguntas. Sea como sea, deciden ellas y saben que, durante la conversación, tendrán que hacer las dos cosas.

- Aclarar la función del terapeuta en circunstancias complicadas

Hay terapeutas que tienen el deber de habitar como mínimo dos mundos simultáneamente: el bienestar del cliente y la protección de terceros, como niños vulnerables, parejas maltratadas o la comunidad en general. Es muy posible que, en defensa de estos últimos, durante la consulta se hagan evidentes los procedimientos y las políticas de evaluación. Además usted también desea proteger al paciente y promover el cambio en él. Es normal que el paciente se pregunte de qué lado está el terapeuta. Realmente usted está en ambos lados, por lo que establecer y mantener una relación de colaboración y centrada en el cambio puede ser todo un reto.

Pactar la agenda también puede ser útil a la hora de aclarar las funciones, porque facilita las posibles transiciones de un tema a otro durante la conversación. Se plantea una metaconversación, se aclaran los roles y entonces se pasa a pactar la agenda. Una metáfora como la de cambiar el sombrero puede resultar muy práctica. Si luego quiere cambiar de tema o de rol, la transición será mucho más fácil, porque las diferencias se han aclarado de antemano. Por ejemplo:

Creo que nos irá bien que dedique unos momentos a explicarle las distintas funciones que llevo a cabo. Es como si tuviera distintos sombreros de trabajo. Cuando me pongo la gorra de terapeuta, mi trabajo es, si usted quiere, ayudarle a satisfacer sus necesidades y lograr sus objetivos en la vida diaria. Además, como ya sabe, tengo otra gorra y, cuando me la pongo, mi trabajo es proteger a los demás. Ponérmela no siempre me resulta fácil, pero tengo la responsabilidad de garantizar la seguridad de sus hijos y proteger sus intereses.

Tengo dos trabajos, es decir, dos gorras: ayudarle a usted y ayudar a sus hijos a estar seguros. Espero que podamos trabajar juntos, independientemente de la gorra que lleve en cada momento. Si le parece, empecemos por sus necesidades y preocupaciones. ¿Qué cambios le gustaría hacer en su vida?

SITUACIÓN 3. LA DIRECCIÓN NO ESTÁ CLARA: ORIENTAR

Pactar la agenda comienza con un menú de posibilidades: una lista de posibles focos de cambio entre los que escoger. Sin embargo, a veces no hay una lista finita de preocupaciones. No hay un mapa claro con varios destinos entre los que elegir. La situación que propone el cliente puede ser muy difusa y, aunque plantea algunas preocupaciones, tampoco queda claro cómo encajan entre ellas, y el foco de cambio no resulta obvio. Da la impresión de que el cliente está «sobrevolando el mapa» y el primer reto que se plantea es reducir la confusión (Gilmore, 1973). Elegir sin más cualquier tema como foco de cambio hace olvidar la imagen general.

Aquí, la tarea del terapeuta es más compleja que confeccionar una lista de prioridades. Se trata de escuchar al cliente para, juntos, encontrar un camino que les saque del bosque. Pueden seguir uno o varios arroyos mientras intentan hacerse una idea del terreno. El proceso general para orientar al cliente consiste en pasar de lo general a lo específico, y contar con un vínculo sólido es aún más importante para sentar las bases de este proceso más complejo.

Con frecuencia, parte de la labor de orientación es de formulación del caso, y desarrollar una imagen clara y compartida (o al menos una hipótesis) de cuál es la situación del cliente y la mejor manera de abordarla. El cliente aporta las piezas del rompecabezas y, juntos, exploran distintas maneras de encajarlas. Este proceso de orientación puede empezar al principio del tratamiento, con lo que es concomitante con el de vinculación. Cuando esto sucede, las habilidades PARS que hemos descrito en los capítulos 5 y 6 son cruciales, tanto en la fase de vinculación como en la de enfoque. El caso de Julia, que presentamos en el capítulo 6 y que continuamos ahora, es muy ilustrativo. Este fragmento de la primera sesión empieza con el sumario que hace el entrevistador de las distintas preocupaciones que se han puesto sobre la mesa hasta ahora. Si se tratara sencillamente de pactar la agenda, quizás bastaría con decidir por cuál de las distintas dificultades empezar, pero aquí se plantea algo más complejo. El entrevistador mantiene el foco sobre la imagen general (vista de águila), en lugar de centrarse en una tarea específica (vista de ratón). La tarea consiste en probar, juntos, distintas maneras de encajar las piezas del rompecabezas.

ENTREVISTADOR: Bueno, es mucho lo que tienes en la cabeza. Permíteme ver si tengo una idea inicial de lo que te preocupa. Estás enfadada y dolida desde la ruptura con Ray y te preguntas si quizás repites el mismo patrón una relación tras otra. No duermes bien y tienes problemas para concentrarte. No tienes mucha energía, te sientes sola, a veces te echas a llorar sin motivo aparente. Pero sobre todo te

preguntas qué está pasando. Quieres entender lo que te sucede y temes que se te esté yendo la cabeza, que puedas estar volviéndote loca. Te sientes descontrolada a veces, gritas, tiras cosas, las rompes. Esto ya te había pasado antes cuando habías roto con otras parejas, pero algo nuevo esta vez es que te has herido a ti misma, y eso te asusta.

CLIENTE: Me asustó mucho. Pero fue una especie de alivio, de alguna manera. Y eso me asusta, también.

ENTREVISTADOR: Como si pensaras en hacerlo de nuevo.

CLIENTE: No sé. Es que no entiendo lo que me pasa.

ENTREVISTADOR: Están sucediendo tantas cosas en tu vida, ahora, que te cuesta saber por dónde empezar, y por eso has acudido a la clínica.

CLIENTE: Sí. ¿Cree que podrá ayudarme?

ENTREVISTADOR: Sí, creo que sí. Todo esto resulta extraño para ti, incluso venir aquí, pero he trabajado antes con mujeres con preocupaciones parecidas a estas y creo que puedo ayudarte. Un buen punto para empezar, pienso, es tener claros nuestros objetivos para trabajar juntos. Si nuestro trabajo juntos fuera un éxito, desde tu punto de vista, ¿qué sería diferente?

CLIENTE: Supongo que no me sentiría tan mal todo el tiempo. ¿Tendré que tomar medicación?

ENTREVISTADOR: Es una posibilidad, pero hablemos de adónde quieres ir, antes de pensar en cómo hacerlo. Parece que una de las cosas que te gustaría cambiar es cómo te sientes. Háblame un poco más de esto.

CLIENTE: Pues que estoy muy triste y lloro mucho. No duermo y me noto agotada, sin fuerzas.

ENTREVISTADOR: Muy bien, entonces te gustaría que tu estado emocional fuera más tranquilo, para dormir mejor y tener más energía. ¿Qué más?

CLIENTE: Quiero tener una buena relación.

ENTREVISTADOR: Cuéntame sobre eso.

CLIENTE: Quiero estar con un hombre en quien pueda confiar, alguien interesante y que hable conmigo. El sexo está bien, pero quiero alguien que realmente *me quiera* y que no se encierre en sí mismo. ¿Por qué hacen eso los hombres?

ENTREVISTADOR: Esta es una de las cosas que te dolía tanto de la relación con Ray..., que no te hablaba de sus emociones.

CLIENTE: ¡Sí! Y lo que quiero saber es por qué acabo cargándome todas mis relaciones. ¿Qué me pasa?

ENTREVISTADOR: Esta es otra de las cosas que te preocupan... No saber por qué te sientes tan mal y por qué te pasan estas cosas. Quieres entender qué sucede con tus relaciones y también por qué te has cortado.

CLIENTE: ¿No es importante, entender?

ENTREVISTADOR: Por supuesto, es importante para ti. No te gusta sentir que pierdes el control y hay algunas otras cosas que tienes claras. Quieres encontrarte mejor, estar más en paz, ser capaz de dormir y concentrarte. Te gustaría tener una relación en la que ames y te sientas amada, que sientas que estáis compenetrados. Y crees que sería una ayuda si pudieras entender lo que está pasando contigo y por qué te sucede todo esto. ¿Es un buen punto de partida?

CLIENTE: Sí, sobre todo lo de entender qué sucede.

ENTREVISTADOR: Es una prioridad muy importante para ti y tengo una idea que pone alguna de las piezas del rompecabezas juntas. No todas, imagínate, pero sí le da sentido a mucho de lo que te está pasando, al menos en mi opinión. Si te parece, podemos hablar de eso.

CLIENTE: Sí, por supuesto. ¿De qué se trata? [Continúa en el capítulo 11.]

¿Qué sucede aquí? El entrevistador no le ha preguntado a Julia por qué problema quiere empezar, tal y como se haría para pactar la agenda y, sin embargo, sus preocupaciones permanecen en el centro del cuadro. Hay un movimiento desde una imagen general y difusa a piezas más específicas del rompecabezas. El entrevistador ni se limita a seguirla a donde ella vaya ni le dice adónde debe ir. Es un proceso colaborativo en el que el entrevistador ejerce de guía experto. Durante la conversación, la imagen se va enfocando progresivamente hasta que, al final del extracto, el entrevistador está a punto de sugerir una formulación que podría apuntar a una de las direcciones posibles. El rompecabezas aún no se ha resuelto: una formulación es una suposición, una hipótesis sobre qué podría ser la imagen. Si ambos se ponen de acuerdo sobre una hipótesis de trabajo, pueden pasar a comprobarla para ver si, efectivamente, ayuda a Julia a resolver sus dificultades.

Hemos optado por definir como orientación este proceso más complejo. No es tan sencillo como el que plantean la situación 1, donde el foco específico aparece rápidamente, o la situación 2, donde hay una lista de posibles metas de cambio que hay que priorizar. Aquí, la tarea es más tratar de cómo hacer un rompecabezas juntos que de ver cómo encajan las piezas. Es una verdadera combinación de la experiencia del profesional y del conocimiento experto de la clienta acerca de sí misma. Conserva las características del proceso de enfoque: ir de lo general a lo específico y avanzar con una dirección clara hacia la que moverse. Una vez que hemos enfocado el horizonte, podemos empezar a avanzar hacia él mediante la evocación y la planificación.

La orientación es un ejemplo muy bueno del estilo de guía. Cuando un cliente se presenta tan confundido como Julia, es probable que no le baste con un terapeuta que se limita a seguirla. Necesita un guía con experiencia, que le tranquilice. En un buen estilo de guía, el terapeuta no se limita a tomar las riendas (a hacerse cargo). Sigue escuchando

mucho al cliente y le consulta acerca de sus deseos, preocupaciones y conocimientos. El terapeuta aporta su experiencia a la hora de plantear posibles vías de acción, pero el proceso de enfoque jamás deja de ser colaborativo.

Ciertamente, estos tres escenarios de enfoque no se dan de forma pura y separada. Hay zonas grises intermedias. Representan puntos de un *continuum*, desde un foco único y claro en un extremo, a un rompecabezas caótico en el otro. Podríamos abordar la situación de Julia como una tarea de pactar la agenda y decidir empezar por una o más de las preocupaciones que plantea. El denominador común en el proceso de enfoque es desarrollar un claro sentido de dirección, un horizonte hacia el que avanzar. El horizonte es provisional y es muy posible que tanto las metas como la dirección cambien con el tiempo. Lo hacen con frecuencia, pero para poder pasar a los procesos de evocar y de planificar de la EM, es fundamental mantener la mirada en el horizonte lejano.

Puntos clave

- ✓ En la EM, el enfoque es un proceso colaborativo cuyo propósito es encontrar una dirección consensuada.
- ✓ Cuando hay una serie de temas de conversación razonablemente claros, la tarea es pactar la agenda para elegir y priorizar.
- ✓ Pactar la agenda es una metaconversación, que interrumpe brevemente la conversación principal para reflexionar con el cliente sobre el camino a seguir.
- ✓ Pactar la agenda también resulta útil ante un cambio de dirección, un bloqueo, plantear un tema difícil o aclarar funciones.
- ✓ Cuando los objetivos de la consulta parecen especialmente difusos, es necesario llevar a cabo un proceso de orientación, que puede incluir una formulación: encajar algunas piezas para generar una hipótesis inicial desde la que empezar.

CAPÍTULO 10

SI LOS OBJETIVOS NO COINCIDEN

No tengo derecho a querer cambiar a otro si yo mismo no estoy abierto al cambio.

MARTIN BUBER

Una de las dimensiones en las que las distintas escuelas terapéuticas difieren tradicionalmente es el grado en que el terapeuta ejerce de experto y dirige al cliente de forma explícita. ¿Hasta qué punto intenta conducir al cliente para que adopte una decisión, cambio o manera de ser concreta? Por ejemplo, en la terapia racional-emotiva, el terapeuta busca específicamente las creencias «irracionales» del paciente y aplica estrategias de refutación para sustituirlas por otras que el terapeuta sí considera racionales (Ellis y MacLaren, 2005). En la terapia de la realidad (Glasser, 1975), el terapeuta vuelve a adoptar el rol de experto y su objetivo es confrontar con la realidad a los clientes que se autoengañan. En ambos casos, el terapeuta es el árbitro autorizado que decide qué es racional y real y qué no. En otras palabras, estos abordajes terapéuticos dependen en gran medida del rol experto y directivo del terapeuta.

En el extremo opuesto del espectro encontramos terapias no directivas, término asociado en un principio a la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1965). Aquí, en teoría, es el cliente el que determina por completo el contenido, la dirección y los objetivos de tratamiento. El terapeuta proporciona un entorno de apoyo, sin juicios y sin valores para que el cliente pueda explorar con seguridad su experiencia personal, y usa fundamentalmente un estilo de acompañamiento centrado en la escucha. Desde esta perspectiva, que el terapeuta guíe al cliente hacia un resultado concreto es un anatema. Es posible que los terapeutas de orientación humanística o existencial rechacen el aspecto direccional de la EM, que lleva al terapeuta a guiar intencionalmente al cliente hacia lo que él o ella considera los objetivos adecuados. En una orientación verdaderamente no directiva, el cliente es el único que puede formular objetivos de tratamiento.

Lo cómodo o incómodo que se siente el terapeuta con el aspecto directivo de la EM varía significativamente en función del contexto clínico. Es muy poco probable que quienes trabajan en un entorno penal se escandalicen por la idea de que el terapeuta se plantee el objetivo de reducir los delitos en el futuro. El propósito de los terapeutas que trabajan en este contexto es prevenir que se repitan los incidentes de violencia, de conducción bajo los efectos del alcohol o de delitos sexuales, tanto si el infractor

comparte esos objetivos como si no. Quienes trabajan en una línea telefónica de prevención del suicidio tienen, por definición, un objetivo muy claro desde el mismo momento en que descuelgan el teléfono. Muy pocas personas se sorprenderían o se escandalizarían por que los terapeutas de un programa de tratamiento de adicciones se planteen el objetivo general de reducir el consumo de sustancias y el sufrimiento asociado, incluso si los clientes a quienes atienden, muchos de los cuales están allí por obligación, no comparten ese objetivo en un principio. Este tipo de contextos parecen requerir que el terapeuta tenga objetivos de cambio muy definidos.

¿Cómo decidir si es adecuado o no avanzar hacia una meta concreta? Nuestra colega, la doctora Theresa Moyers, sugirió una vez llevar a cabo un sencillo «test de la camarera». Imagínese una camarera muy ocupada, que se pasa todo el día de pie y que gasta gran parte de su sueldo en impuestos, que pagan, entre otras cosas, los servicios públicos que proporciona el terapeuta. ¿A ella le parecería razonable que el terapeuta trabajara sin un objetivo concreto (p. e., si el servicio asistencial del terapeuta está especializado en esquizofrenia, adicciones, conducción bajo los efectos del alcohol, violencia de género o maltrato infantil)? ¿Consideraría que los impuestos que tanto le cuesta pagar están bien invertidos en un tratamiento que no se dirige deliberadamente hacia un cambio positivo?

Por otro lado, hay situaciones terapéuticas en las que parece obvio que el profesional *no* debería favorecer una dirección concreta hacia la que dirigir a sus clientes. En el capítulo 17 ahondaremos en estas situaciones y en cómo atender al cliente cuando se aspira a la neutralidad. Por ejemplo, para nosotros es obvio que no es adecuado utilizar las habilidades clínicas y nuestra influencia como profesionales para persuadir al cliente de que debe firmar un contrato, un formulario de consentimiento, donar un riñón o adoptar un niño.

Entre estos dos extremos éticos (la necesidad evidente de determinar la dirección y la necesidad clara de evitarlo) hay una zona gris en la que no está tan claro si el terapeuta debe o no identificar y plantear un objetivo de cambio concreto. Fíjese en la matriz 2×2 de metas, deliberadamente sencilla, del recuadro 10.1. Las casillas A y D no parecen plantear problema alguno: las metas del cliente y las del terapeuta coinciden. La mayoría de terapeutas trabajan la mayoría del tiempo en la casilla A. La casilla C contiene objetivos del cliente no compartidos por el terapeuta, quizás porque no se corresponden con su área de experiencia o porque no se siente cómodo ayudando al cliente a conseguirlos, ya sea por motivos éticos o de otro tipo. En este caso, el terapeuta se negaría a avanzar hacia ese objetivo y, quizás, derivaría al cliente a otro colega.

RECUADRO 10.1. Las aspiraciones del cliente y del terapeuta

		¿Es esta una de las metas del cliente ahora?	
		Sí	No
¿Es esta <i>su</i> aspiración para el cliente?	Sí	A	B
	No	C	D

Y nos queda la casilla B, la situación en la que el terapeuta tiene una aspiración para el cliente, pero este no la comparte de momento. Tal y como hemos comentado antes, esta es la situación más habitual cuando el cliente acude a consulta por orden judicial u obligado por otro motivo (p. e., libertad condicional, adolescentes a quienes traen sus padres...). La EM se concibió en un principio precisamente para la casilla B y, en concreto, para las situaciones en que el cliente se muestra *ambivalente* en relación con el cambio que se le propone. El comité interno del cliente cuenta con voces tanto en favor del cambio como en contra. Si le pregunta a una persona dependiente del alcohol si está dispuesta a dejar de beber, es posible que responda que no. Sin embargo, si sigue explorando, es muy probable que también exprese argumentos en favor del cambio. (Este será uno de los temas principales en la parte IV.) Parte del comité interno del cliente está convencido de que ya es hora de cambiar, mientras que otra parte quiere seguir bebiendo. Ambas voces están ahí y la cuestión sigue sin resolverse. En ausencia de una decisión nueva, se mantiene el *statu quo*.

La casilla B también refleja la situación en que el cliente no se muestra ambivalente y no parece tener la menor motivación para el cambio (etapa de «precontemplación»). Y, sin embargo, el terapeuta está preocupado y ve razones claras para trabajar hacia el cambio. En el capítulo 18 profundizaremos en esta situación, cuando hablemos de cómo generar discrepancia.

Entonces, ¿qué debe hacer un terapeuta cuando se encuentra en la casilla B? En el ámbito del tratamiento de adicciones, una de las estrategias que se ha seguido es decir: «Vuelva cuando esté dispuesto a cambiar». Y sí, esta es una opción, pero es obvio que no es una opción *necesaria*: no hace falta esperar a que el cliente «se hunda por completo» o «se motive» antes de intervenir de un modo útil (Meyers y Wolfe, 2004; Miller, Meyers y Tonigan, 1999; Sellman, Sullivan, Dore, Adamson y MacEwan, 2001). Otra de las posturas que puede adoptar el terapeuta frente al cliente es la neutralidad: no posicionarse y no inclinarse por una opción en detrimento de otras (capítulo 17). Sin embargo, si la continuación de la conducta actual supone un riesgo significativo para la vida del cliente o de otros, hay motivos claros para intentar reforzar la motivación para el cambio; y, con frecuencia, resulta factible.

En este aspecto, reflexionaremos brevemente acerca de los aspectos éticos de influir a las personas hacia un cambio ante el que se muestran ambivalentes o incluso desinteresados. La reflexión es relevante precisamente porque *es* posible influir sobre la motivación y las elecciones humanas. La psicología de la influencia interpersonal ha sido objeto de muchos estudios (Cialdini, 2007), y se aplica de forma rutinaria en la publicidad, marketing, política, *coaching*, promoción de la salud y desarrollo de organizaciones. A veces, los terapeutas y psicoterapeutas aspiran a ofrecer servicios «sin juicios de valor» o «no directivos», aunque si es verdaderamente posible o no es un tema sujeto a debate (Bergin, 1980; Truax, 1966). Creemos que es importante ser consciente de estas decisiones éticas y tomarlas reflexivamente en relación a unos valores profesionales claros.

Cuatro valores éticos generales

Las relaciones profesionales presentan un equilibrio de poder desigual, por lo que generan responsabilidades especiales. Cada profesión desarrolla una serie de criterios éticos para su práctica, que a su vez tienden a reflejar un grupo de valores subyacentes sobre los que también se ha reflexionado en profundidad con relación a la protección de los participantes humanos en la investigación (Israel y Hay, 2006; National Research Council, 2009). Se trata de cuatro principios generales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia (Beauchamp y Childress, 2001).

NO MALEFICENCIA

«Lo primero es no hacer daño» es una antigua máxima de la práctica médica. En el tradicional juramento hipocrático, antecede incluso al principio de beneficencia (hacer el bien). Como mínimo, las intervenciones clínicas no deberían perjudicar a las personas. También es posible que lo perjudicial sea la no intervención (no hacer nada). Una colega cirujana llegó a la EM porque se cuestionaba si era ético que tratase las heridas traumáticas de los pacientes en urgencias si no abordaba también el consumo de alcohol que había contribuido a ellas directamente y que ponía a los pacientes en riesgo de volver a hacerse daño (Schermer, 2005; Schermer, Moyers, Miller y Bloomfield, 2006; Schermer, Qualls, Brown y Apodaca, 2001).

BENEFICENCIA

Más allá de no hacer daño, las intervenciones clínicas deberían beneficiar al paciente. Una de las directrices habituales que se deriva de la beneficencia es ofrecer tratamientos basados en la evidencia y con la mayor probabilidad de ser eficaces a la

hora de alcanzar los objetivos de tratamiento. Además de la eficacia basada en la ciencia, también debe tenerse en cuenta el consenso claro de los profesionales acerca del mejor curso de acción. En la EM, el principio de beneficencia se refleja en la compasión, como elemento del espíritu motivacional subyacente por el que el propósito principal de la consulta es promover el bienestar del cliente (capítulo 2).

AUTONOMÍA

La autonomía es el tercer principio ético general: es el respeto por la libertad y la dignidad humanas. Antes de que las personas accedan al tratamiento, hay que explicarles con claridad la naturaleza y los riesgos y beneficios potenciales del mismo, además de proporcionarles alternativas. Este principio refuerza la autodeterminación y la capacidad de elección. El cliente decide si quiere cambiar o no y cómo abordar el cambio. No se le puede arrebatar ese derecho (Frankl, 2006). Por supuesto, puede suceder que la propia situación de la persona (como la drogodependencia) dificulte la autodeterminación (Miller y Atencio, 2008); en este caso, el apoyo a la autonomía puede expresarse mediante el planteamiento de una meta que la persona no comparte en un principio. Esta es una consideración básica, por ejemplo, cuando hablamos de un ingreso involuntario.

El cliente decide si quiere cambiar o no y cómo abordar el cambio. No se le puede arrebatar ese derecho.

JUSTICIA

Finalmente, el principio de justicia tiene que ver con la equidad y con la igualdad de acceso a los beneficios del tratamiento y a la protección contra el riesgo. La disponibilidad y el curso de tratamiento no deberían verse influidos por factores que no tienen que ver con la probabilidad de beneficio o perjuicio.

Los objetivos de tratamiento

¿Cómo aplicamos los principios éticos que guían la investigación y la atención clínica cuando se trata de aclarar los objetivos de tratamiento? Lo más habitual es que el propio paciente plantee sus objetivos cuando explica el motivo de consulta, y el terapeuta o bien accede a ellos (casilla A del recuadro 10.1) o bien se niega (casilla C), quizás en aras de la no maleficencia.

Las consideraciones éticas suelen plantearse sobre todo en la casilla B, cuando el terapeuta identifica y se plantea un objetivo que el cliente, por el momento, no comparte. Esto puede suceder en situaciones de crisis, por ejemplo, cuando el médico interviene

para salvar la vida del paciente mediante un ingreso involuntario o la reanimación de un paciente que ha sufrido una sobredosis. Sin embargo, cuando el objetivo tiene que ver con el cambio de conducta de personas autónomas, es imposible alcanzarlo si la persona no se compromete y coopera. El médico no puede decidir que el cliente cambiará. Incluso motivaciones altamente extrínsecas, como pagar a personas para que se abstengan de consumir alcohol u otras drogas (Stitzer y Petry, 2006; Stitzer, Petry y Peirce, 2010), asumen una participación voluntaria en la transacción. Podemos encarcelar a los delincuentes para aislarlos de la sociedad, pero el cambio de conducta una vez liberados está sujeto a la decisión individual. Esto significa que abordar cualquier objetivo que el cliente no comparta en la actualidad (casilla B) exige necesariamente intervenciones orientadas a influir sobre él para que lo adopte y lo emprenda como objetivo propio. La esperanza es convertirlo en un objetivo compartido y desplazarlo así (en el recuadro 10.1) de la casilla B a la casilla A. Esta es, precisamente, una de las funciones del proceso de evocación.

Entonces, ¿cuándo es adecuado usar estrategias clínicas como la EM para influir sobre lo que un cliente quiere o decide hacer? La preocupación (y la eficacia) es inherente al potencial de la EM para alterar la voluntad y la decisión (además de las conductas asociadas) del cliente. Esto no adquiere demasiada importancia cuando las aspiraciones del cliente y las del terapeuta van de la mano. Por el contrario, cuando difieren hay que reflexionar desde un punto de vista ético sobre cualquier método efectivo para cambiar las aspiraciones del cliente de modo que coincidan con las del terapeuta. Esta cuestión aún se complica más cuando el «cliente» real (el que desea el cambio) no es la persona sentada frente al terapeuta, sino una tercera parte, como el sistema judicial, los padres, la escuela..., que pide que la persona cambie.

En esta situación, los principios éticos clave son la beneficencia (promover el bienestar de la persona) y la no maleficencia (impedir el perjuicio al cliente o a terceros). Tal y como hemos comentado antes, hay situaciones en que todo está muy claro, como los esfuerzos por cambiar conductas que suponen un riesgo para la vida o impedir que un maltratador reincida, aunque la persona no comparta ese objetivo en un principio. En estos casos, el cliente no comparte la aspiración de cambio del terapeuta, que espera influir sobre él para que quiera, elija y persiga el cambio.

¿Viola la aspiración de este terapeuta el principio ético de la autonomía? Estamos convencidos de que no, porque, en última instancia, las decisiones sobre cualquier cambio personal (conducta, estilo de vida, actitudes, etc.) recaen en el cliente. El propósito de la EM no es persuadir al otro de que haga algo que va en contra de sus objetivos, valores o intereses. A no ser que el cambio encaje de algún modo con los objetivos o valores del propio cliente, no hay base para que la EM funcione.

El propósito de la EM no es persuadir al otro de que haga algo que va en contra de sus objetivos, valores o intereses.

Cuándo no usar la entrevista motivacional

Tal y como hemos comentado antes, en la sociedad abundan los intentos de influir sobre las elecciones personales. La publicidad y el marketing quieren influir sobre lo que quieren las personas, las campañas políticas quieren influir en el voto, la promoción de la salud aspira a fomentar cambios conductuales en lo que concierne a la salud... ¿Se trata de «manipulación»? El término suele implicar el uso hábil de estrategias de cambio de un modo injusto o diseñado para servir a los intereses de quien las aplica.

Precisamente por eso hemos añadido la *compasión* como un elemento fundamental del espíritu que subyace a la EM (capítulo 2): hay que practicarla con beneficencia y para fomentar los intereses del cliente, no los propios. Las relaciones de ayuda profesionales exigen un estándar de conducta superior al de las relaciones ordinarias; los clientes se implican en ellas con la confianza de que se les tratará con ética. El uso de la EM puede resultar problemático cuando existe la posibilidad de que el interés del cliente entre en conflicto con el propio (Miller, 1994; Miller y Rollnick, 2002).

PARTE INTERESADA

En concreto, la situación pasa a ser dudosa desde el punto de vista ético o incluso manipulativa cuando el terapeuta es una parte interesada en el resultado. Cuanto más beneficio personal o institucional pueda obtener si el cliente toma una decisión concreta en lugar de otra, más inapropiado nos parece el uso de la EM para influir en esa elección. Esta situación suele definirse como «conflicto de intereses». Veamos dos ejemplos:

- Una doctora está llevando a cabo un ensayo clínico que compara dos tratamientos distintos para un mismo problema de salud, cada uno con sus beneficios y riesgos potenciales. El reclutamiento de sujetos va muy lento y se encuentra con un paciente que parece elegible. Su salario y su reputación profesional dependen, en parte, de su capacidad para reclutar a participantes en el estudio. Cree que es muy probable que los tratamientos en estudio beneficien al paciente. ¿Debería usar el proceso de evocación de la EM para animar a la persona a firmar el consentimiento y participar en el estudio?

- Un terapeuta trabaja en el departamento de ingresos de un centro residencial de tratamiento para las adicciones. Un padre llama, preocupado porque su hijo consume drogas. El programa de tratamiento en cuestión es bastante caro y el padre tendría que pedir un crédito importante, avalado con su vivienda, para pagarlo. En la misma zona hay otras opciones de tratamiento, más económicas. ¿Debería el terapeuta usar la EM para motivar al padre a ingresar a su hijo?

Son dos ejemplos claros de situaciones en las que, en nuestra opinión, los intereses personales o institucionales hacen inapropiado el uso de estrategias clínicas para influir en la decisión del cliente. La EM debería usarse sólo cuando el profesional no es una parte interesada en la decisión del cliente. Sin embargo, lo que hemos aprendido a partir de la investigación sobre EM nos resulta muy útil a la hora de saber cómo *no* influir al cliente, ni siquiera de forma inconsciente, en situaciones que requieren neutralidad (capítulo 17).

Cuando decimos que el terapeuta no ha de ser «una parte interesada», no queremos decir en absoluto que no deba mostrar interés o compasión. Idealmente, el terapeuta siempre está interesado en los resultados que logran los pacientes. Tampoco queremos decir que no podamos tener una opinión clara sobre qué opción podría ser más beneficiosa para el cliente. Cuando hablamos de «ser parte interesada» nos referimos a que la elección del cliente beneficie al terapeuta o a la institución donde trabaja. Una de las opciones disponibles para el cliente es significativamente mejor *para el terapeuta o para la institución*. Es muy posible que el terapeuta crea que los resultados *para el cliente* serán muy distintos en función de la decisión que tome y que, desde la compasión, desee lo mejor para él, sin tener en cuenta la pérdida o la ganancia que eso suponga a nivel personal o institucional. Creemos que diferenciar entre estos tres tipos de interés del terapeuta por los resultados del cliente (compasión, opinión y parte interesada) ayuda a resolver algunos de los dilemas éticos con que podemos encontrarnos en relación con la EM. Por otro lado, estos dilemas no son en absoluto exclusivos de la EM. Es importante que todo profesional de la ayuda los tenga en cuenta.

También podemos ser partes interesadas desde un punto de vista psicológico o moral. Es muy posible que un terapeuta que se está recuperando del mismo problema que el cliente se identifique excesivamente con él (especialmente si el terapeuta está en las fases iniciales de la recuperación) y que fomente unas opciones en lugar de otras. Los profesionales que equiparan los resultados que obtienen los clientes con su valía y su competencia profesional también tienen muchas probabilidades de estar demasiado interesados en que tomen unas decisiones en lugar de otras. Un terapeuta con convicciones morales profundas puede insistir en una dirección concreta en consultas relacionadas con embarazos no deseados, violencia doméstica o consumo de alcohol u otras drogas durante el embarazo. Las relaciones también pueden llevar al terapeuta a ser parte interesada en el resultado. Los miembros de nuestra familia no son partes desinteresadas: las decisiones del cliente pueden afectarnos de varias maneras. Si los psicoterapeutas suelen evitar tratar a personas con las que tienen algún tipo de relación personal o profesional es por un buen motivo.

PODER COERCITIVO

El grado de poder que tiene el terapeuta a la hora de influir sobre la conducta y los resultados del cliente puede variar mucho de un contexto a otro. En el extremo inferior, el terapeuta acaba de conocer al cliente y sólo consulta en relación con los problemas que este plantea. Obviamente, siempre hay un diferencial de poder en la terapia, y es de suponer que el terapeuta podrá influir algo en la conducta del cliente. En el otro extremo, pensemos en un funcionario que trabaja con delincuentes en libertad condicional y que tiene el poder de revocarla en cualquier momento y devolverlos a la prisión. Un profesional que ejerce tamaño poder debe elegir si y cuándo usarlo para persuadir al cliente de que emprenda la dirección deseada.

La mera presencia del poder coercitivo no hace que el uso de la EM sea inapropiado. Por ejemplo, en un modelo correccional de rehabilitación, los agentes de la libertad condicional tienen, como mínimo, dos funciones: una en tanto que funcionarios del estado, con la misión de proteger la seguridad pública, y otra en tanto que defensores de los delincuentes, para apoyar y promover el cambio positivo. Aunque estas dos funciones pueden entrar en conflicto a veces, suelen ir de la mano: fomentar el cambio positivo en los clientes aumenta la seguridad pública. La EM puede ser una herramienta positiva en la función de defensa del cliente. Las realidades de los requisitos judiciales están muy claras, al igual que la obligación del funcionario de garantizar que se cumplan; en el marco de esas condiciones, exploran juntos de qué opciones dispone el cliente y cuál elegirá. El agente de la libertad condicional no puede dictar los cambios, en aras de la autonomía inherente del condenado para elegir su propia conducta. Sin embargo, la EM hace posible influir en esas decisiones y llevarlas en una dirección positiva. El estilo colaborativo y de apoyo de la EM no choca en absoluto con el deber del funcionario de proteger la seguridad pública. Muy al contrario, ayudar a los delincuentes a cambiar promueve la seguridad pública (McMurrin, 2002, 2009).

La relación se vuelve más problemática desde el punto de vista ético si el poder coercitivo para influir sobre la conducta y las elecciones del otro se combina con un interés personal en alguno de los resultados. El poder coercitivo puede ser positivo o negativo y valerse de la recompensa o del castigo. Por ejemplo, los padres suelen tener poder coercitivo sobre sus hijos, además de un interés personal en su conducta. Por lo tanto, es muy difícil que los padres mantengan la distancia desinteresada (aunque considerada) necesaria para el proceso de evocación de la EM. Los seleccionadores de participantes en ensayos clínicos pueden ofrecer incentivos importantes, pero quizás también tienen un interés personal en las tasas de reclutamiento. Creemos que cuando se dan estos conflictos de interés, la EM no debería utilizarse.

BENEFICIO

Finalmente, de los principios de no maleficencia y de benevolencia se desprende que no deberíamos usar la EM si es poco probable que pueda ser beneficiosa o creemos que podría ser perjudicial. Por ejemplo, hay ciertas evidencias de que la EM puede entorpecer los avances con clientes que ya están en la «etapa de acción» y que ya han decidido cambiar (Project MATCH Research Group, 1997b; Rohsenow *et al.*, 2004; Stotts, Schmitz, Rhoades y Grabowski, 2001). Estas pruebas aparecieron antes de que hubiéramos diferenciado los cuatro procesos de la EM. Si el cliente ya tiene una meta clara y está dispuesto a trabajar para conseguirla, los objetivos del proceso de enfocar y de evocar ya se han satisfecho, por lo que no parece haber motivo para dedicar nada de tiempo a generar motivación. En esta situación, pasaríamos directamente al proceso de planificación, después de haber forjado el vínculo necesario para formar una alianza terapéutica. Si luego apareciera ambivalencia, siempre se podría volver a enfocar o evocar de nuevo.

La ética y los cuatro procesos de la entrevista motivacional

Nuestras ideas acerca de la ética de la EM han ido evolucionado con la diferenciación de los cuatro procesos que la componen. En varias de las situaciones que acabamos de describir, lo que está contraindicado no es la EM en su globalidad, sino uno o más de los procesos concretos de que consta.

Tal y como acabamos de comentar, cuando los clientes parecen estar dispuestos a cambiar (tanto si ya llegan así a la consulta como si llegan a ese punto durante la entrevista), seguir evocando está contraindicado y hay que pasar a planificar. Si hablamos de la educación de los hijos, las habilidades de vinculación que tienen que ver con la capacidad de escucha pueden ser herramientas de un valor incalculable a la hora de comunicarse con los hijos (Gordon, 1970). Ayudar a los hijos a enfocar metas es una de las tareas habituales de los padres. El incómodo conflicto de funciones aparece durante la evocación, cuando se utilizan herramientas estratégicas para llevar al niño hacia la dirección deseada. Sencillamente, carecemos del desapego necesario (¡y menos mal que es así!) para sentarnos con nuestros hijos a evaluar desapasionadamente los pros y los contras de inyectarse drogas o cometer actos delictivos.

Por lo tanto, para plantearnos la cuestión ética con propiedad deberíamos considerar la idoneidad de cada uno de los cuatro procesos de la EM. Es muy poco probable que una escucha de calidad perjudique al cliente y es posible que, por sí misma, fomente un cambio positivo. Enfocar es un proceso que atañe a la gestión ética de las metas. Evocar presupone que se ha elegido una meta y el terapeuta guía estratégicamente al cliente hacia la misma. Evocar no suele generar controversia si es el propio cliente quien ha planteado la meta. Las consideraciones éticas surgen cuando las aspiraciones del cliente y

del terapeuta difieren. Finalmente, planificar presupone la voluntad de avanzar (etapa de preparación o de acción en el modelo transteórico). Hay un momento correcto y un momento equivocado para cada uno de estos cuatro procesos.

Algunas directrices éticas para la práctica de la entrevista motivacional

Concluiremos el capítulo con algunas directrices para la práctica ética de la entrevista motivacional.

1. El uso de los procesos que componen la EM es inadecuado si las pruebas científicas disponibles indican que sería ineficaz o perjudicial para la persona.
2. Si percibe incomodidad ética o discordancia en la relación terapéutica, aclare las aspiraciones del cliente y las propias.
3. Cuando su opinión sobre lo que es mejor para el cliente difiera de lo que él quiere, reconsideren y negocien la agenda de nuevo y deje claras sus preocupaciones y sus aspiraciones para el cliente.
4. Cuanto mayor sea el interés personal o institucional que tenga en un resultado concreto para el cliente, más inadecuado es el uso estratégico de la evocación. Y es claramente inadecuado cuando su interés personal entra en conflicto con el interés del cliente.
5. Cuando el poder coercitivo se combina con el interés personal en la conducta y los resultados de la persona, es inapropiado usar la evocación estratégica.

Puntos clave

- ✓ Una de las principales cuestiones éticas en las relaciones profesionales de ayuda es si el terapeuta debe fomentar la resolución de la ambivalencia en una dirección concreta.
- ✓ Las consideraciones éticas son especialmente importantes cuando el terapeuta o la institución tienen una aspiración de cambio que el cliente no comparte (aún).
- ✓ En estas situaciones, hay que tener en cuenta cuatro principios éticos fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.
- ✓ Es inadecuado utilizar la EM para influir sobre una decisión cuando el terapeuta tiene un interés personal o institucional en un resultado concreto, especialmente cuando esto se combina con el poder coercitivo. Esto es importante sobre todo en el proceso de evocar.
- ✓ El uso de cada uno de los procesos de la EM debe adaptarse a las necesidades del cliente; por ejemplo, evocar puede ser innecesario con clientes que ya han decidido cambiar.

CAPÍTULO 11

INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Los consejos no solicitados son el correo no deseado de la vida.

BERN WILLIAMS

Consejo es lo que pedimos cuando ya conocemos la respuesta, pero desearíamos que no fuera así.

ERICA JONG

Parece bastante simple: el terapeuta ha adquirido un conocimiento en su área de especialización y se lo transmite a las personas a las que ayuda cuando lo necesiten. Y, sin embargo, resulta curioso que los profesionales hayan dedicado tan poca atención mientras aprenden su profesión, a cómo transmitir este conocimiento del mejor modo posible. Quizás el «cómo» sea menos importante en las transacciones más sencillas, pero cuando se trata de conversaciones sobre el cambio, la dinámica es más compleja y exige gran habilidad.

El objetivo de este capítulo es aclarar e ilustrar buenas prácticas en situaciones en las que la información que usted posee podría ayudar al cliente a hacer cambios. Esto incluye sus propios consejos, que son un tipo específico de información. Ofrecer información y consejo es, en realidad, una transacción bidireccional que puede llegar a ser muy compleja. A no ser que su cliente permanezca absolutamente callado durante el proceso (algo que ya sería muy informativo en sí mismo), usted también recibe información que debe considerar e incluir en la conversación.

Resulta muy fácil sobrestimar cuánta información y consejos necesitan los clientes. Sí, es cierto que la mayoría esperan de usted que comparta con ellos parte de su conocimiento. Y, sin embargo, ellos mismos llegan a la consulta con muchísima información relevante. Nadie los conoce mejor que ellos mismos. ¿Cuánto saben ya? En general, proporcionar información que el otro ya conoce no suele resultar muy útil. ¿Qué consejo se darían a sí mismos? ¿Qué han intentado hasta ahora? Sugerirles lo que ya han valorado o incluso probado no es especialmente útil, tampoco.

Resulta muy fácil sobrestimar cuánta información y consejos necesitan los clientes.

Abordamos aquí esta habilidad fundamental, porque es posible que sea necesario ofrecer información y consejo al principio del proceso terapéutico. Una vez que se ha establecido un vínculo sólido (parte II), el intercambio de información puede ser crucial a la hora de determinar un foco claro para la conversación y la consulta (parte III). La necesidad de ofrecer información o consejo también puede aparecer durante la etapa de evocación (parte IV), y es una de las tareas básicas durante la planificación (parte V), donde a veces parece impulsar los esfuerzos para ser útil al paciente. ¿En qué forma ofrecer información y consejo es una parte fundamental de la EM?

Este capítulo comienza con un ejemplo concreto que proporciona una base a partir de la que reflexionar sobre las trampas más frecuentes y los principios de las buenas prácticas. Luego presentaremos una estructura general para guiar la buena práctica (preguntar-informar-preguntar), seguida de una reflexión acerca de cómo mejorar las evaluaciones rutinarias. Finalmente, abordaremos el espinoso reto de cómo ofrecer consejo acerca del cambio. En pocas palabras: un flujo de información respetuoso, reflexivo y recíproco que defiende las necesidades y la autonomía del cliente puede ser una experiencia enriquecedora y que cambie la vida, además de ser una parte fundamental de la EM. Es muy posible que pueda aplicar la alternativa unidireccional a este flujo recíproco incluso dormido: formular una pregunta experta tras otra, para luego decirle al cliente lo que debe hacer. El resultado de esta estrategia puede ser un cliente desvinculado, frustrado y desmotivado.

Busque las diferencias

Veamos estas dos breves interacciones con una madre a la que encontraron hiperventilando y obviamente ebria una mañana, en la puerta de la escuela de sus hijos. Accedió a acudir a consulta para buscar ayuda y, a continuación, encontrará dos conversaciones posibles durante la reunión inicial. El ejemplo A subraya algunas de las dificultades más habituales y que quizás le resulten conocidas. En la segunda conversación, el ejemplo B, ilustra un intercambio de información experta congruente con la EM.

• Ejemplo A

CLIENTE: Es que por la mañana tiemblo tanto que tengo que beber algo de vino antes de salir de casa.

ENTREVISTADOR: Parece que bebe bastante... ¿Cuánto bebe últimamente?

CLIENTE: Bueno, no soy una alcohólica, si es lo que quiere decir. Es sólo que lo necesito antes de salir de casa.

ENTREVISTADOR: ¿Cuánto diría que bebe un día normal, aunque sea un cálculo aproximado?

CLIENTE: Bueno, no sé, unas copas al día, a veces más. Lo hago porque así me tranquilizo, eso es todo.

ENTREVISTADOR: ¿Y los fines de semana?

CLIENTE: Tengo suerte si puedo salir algún sábado por la noche, pero si no, a veces me tomo unas copas yo sola.

ENTREVISTADOR: ¿Así que entre seis y ocho copas o más al día?

CLIENTE: Sí, supongo. La verdad es que tampoco me he parado a pensarlo.

ENTREVISTADOR: ¿Y cómo son las copas de las que estamos hablando? ¿Grandes? ¿Pequeñas?

CLIENTE: Normales, como un vaso de agua.

ENTREVISTADOR: Así que cada copa son unos 25 centilitros. Y si toma entre 50 y 60 copas a la semana, estamos hablando de entre 12 y 15 litros de vino a la semana. ¿Bebe también antes de ir a buscar a sus hijos a la escuela, por la tarde?

CLIENTE: Bueno, si estoy nerviosa bebo algo de vino, pero tampoco mucho.

ENTREVISTADOR: Ya veo. ¿Y cuántas veces le pasa cuando está con los niños?

CLIENTE: Bueno, no siempre bebo antes de ir a buscarlos, pero no tiene ni idea de la angustia que llego a pasar, es terrible.

ENTREVISTADOR: ¿Y hoy ha bebido antes de venir aquí?

CLIENTE: Sí, bueno, un poco más de lo normal.

ENTREVISTADOR: Y cuando bebe vino, se tranquiliza durante un rato. ¿Desde cuándo le pasa esto?

CLIENTE: No sé. Un año, dos..., quizás un poco más.

ENTREVISTADOR: ¿Y qué le dicen sus hijos al respecto?

CLIENTE: Nunca me han dicho nada.

ENTREVISTADOR: ¿Cree que tiene un problema con el alcohol?

CLIENTE: Pues no, en realidad no. Es sólo que me ayuda a relajarme y a dormir.

ENTREVISTADOR: Bueno, tengo que decirle algo que queda bastante claro a partir de lo que me ha estado explicando. La cantidad de alcohol que consume está muy por encima de los límites recomendables desde el punto de vista médico y muy por encima también de lo que beben la gran mayoría de las mujeres de su edad. Los temblores que describe son, en mi opinión, un síntoma físico de su adicción al alcohol. Y beber empeora sus miedos, no los alivia. Está poniendo a sus hijos en peligro y creo que debería dejar de beber por completo. Si no, las cosas sólo pueden ir a peor.

CLIENTE: Pues no, no estoy de acuerdo con eso.

- Ejemplo B

CLIENTE: Es que por la mañana tiemblo tanto que tengo que beber algo de vino antes de salir de casa.

ENTREVISTADOR: La ayuda a tranquilizarse. [Reflejo anticipado]

CLIENTE: Y entonces puedo ir a hacer la compra, ir a buscar a los niños al colegio, prepararles la comida...

ENTREVISTADOR: Tiene una vida muy ajetreada. [Reflejo]

CLIENTE: Sí, los niños me tienen horas corriendo detrás de ellos, ya sabe: que si la comida, que si los deberes, que si jugar, que si acostarlos..., y no son niños tranquilos. Gritan continuamente.

ENTREVISTADOR: Me da la impresión de que, a pesar de que está muy estresada, consigue hacer muchas cosas al cabo del día. [Afirmar]

CLIENTE: Sí, y son muchas las veces que me apetece una copa, si le tengo que decir la verdad. No sé cómo va a acabar esto, estoy nerviosa todo el tiempo, como si me ahogara.

ENTREVISTADOR: Si no le importa, me gustaría hacer una pausa y que me explicara qué sabe ya acerca del alcohol y de cómo afecta a las personas. [Preguntar]

CLIENTE: Bueno, primero me tranquiliza, pero luego vuelvo a temblar otra vez, ¿sabe lo que quiero decir?

ENTREVISTADOR: Creo que sí. Me parece que ya ha pensado más de una vez sobre esto y que no está del todo segura de si el alcohol la ayuda o sólo empeora la situación. [Reflejo]

CLIENTE: Eso es. Por un lado me ayuda a tranquilizarme lo suficiente para poder llevarlos al colegio y eso me alivia mucho, pero entonces empiezo a sentir miedo otra vez.

ENTREVISTADOR: Cuando el efecto del alcohol se le pasa, le suceden cosas que no le gustan. [Reflejo]

CLIENTE: Exactamente. Me calma, pero luego me vuelve a tumbar. No me gusta.

ENTREVISTADOR: Me pregunto si puedo contarle algunas cosas que he notado en otra gente que tiene problemas con el alcohol. [Pedir permiso]

CLIENTE: Sí, vale.

ENTREVISTADOR: [Informar] Cuando las personas beben para tranquilizarse, los temblores como los que ha descrito empeoran gradualmente. Parece como si el alcohol ayudara al principio, pero en este momento provoca los temblores y se convierte en el problema en lugar de ser una solución. Es una trampa, porque se siente una angustia terrible y el alcohol le calma, al menos de momento. ¿Le resulta familiar? [Preguntar]

CLIENTE:... Entonces, ¿quiere decir que el vino me está produciendo más angustia?

ENTREVISTADOR: Sí, eso creo. Sé que es muy posible que no lo perciba así, porque es como si tuviera un ataque de pánico y el alcohol la ayudara a calmarse inmediatamente, pero entonces eso vuelve a atacarle. [Informar]

CLIENTE: Tengo que encontrar una manera de lidiar con mis nervios. No sé lo que pasaría durante un día entero sin beber.

ENTREVISTADOR: El alcohol se ha vuelto muy importante para usted. [Reflejo]

CLIENTE: Sí, pero veo que voy por mal camino... ¿Qué otra cosa puedo hacer?

La consulta B ha durado aproximadamente lo mismo que la A; durante ese tiempo parece que ha surgido en la última entrevista un foco para la paciente mucho más claro, junto con una mayor apertura para considerar un cambio. Ambos terapeutas han aportado información, pero el entrevistador B ha hecho algo que ha resultado más efectivo. El entrevistador A se ha centrado sobre todo en formular preguntas cerradas y ha acabado ofreciendo una opinión que no se le había pedido. El entrevistador B parte de una escucha reflexiva y utiliza un ritmo concreto (preguntar-informar-preguntar, que explicaremos en breve) para transmitir la misma información que el entrevistador A, pero de tal modo que la entrevistada se muestra más dispuesta a recibirla. Esto destaca algunos de los puntos fuertes y características del intercambio de información cuando se integra en la EM: la información experta, en este caso acerca del síndrome de abstinencia del alcohol, enriquece los esfuerzos de la propia clienta para entender lo que le sucede y la ayuda a expresar cómo y por qué podría cambiar. Reconoce que «necesito algo que me ayude a calmarme» y, en lugar de ponerse a la defensiva, pide consejo. El foco de la conversación se define cada vez más.

Reflexione sobre las diferencias entre los ejemplos A y B en relación con estas preguntas en cada escenario:

- ¿Quién expone los argumentos en favor del cambio?
- ¿Cómo cree que se siente el entrevistador?
- ¿Cómo cree que se siente la entrevistada?
- ¿Cree que el vínculo ha aumentado o que se ha reducido?
- ¿Se acercan a establecer un objetivo común durante la consulta?

Las respuestas a estas preguntas informan la reflexión siguiente, que destaca tanto algunas trampas habituales, como principios de buena práctica.

Algunas trampas habituales

Si le preguntara al entrevistador A qué función desempeña la información del experto en el proceso de ayuda, es posible que aparecieran estas premisas, muy frecuentes, por otro lado:

1. *«El experto soy yo y sé por qué y cómo deben cambiar los clientes.»* El entrevistador A cae en la «trampa del experto» y no tardará en sentirse frustrado. Por bienintencionados que sean, sus esfuerzos para remediar la falta de conocimiento del

cliente y razonar en favor del cambio (el reflejo de corrección de que hablábamos en el capítulo 1) muy probablemente generarán una actitud defensiva en la entrevistada («No soy una alcohólica» o «Pues no, no estoy de acuerdo con eso») y la sensación de que no se la entiende («No tiene ni idea de la angustia que llego a pasar»). Es muy posible que el entrevistador la etiquete como «resistente», «en negación» o «desmotivada», cuando, en realidad, lo que sucede es consecuencia de un estilo directivo ineficaz, que socava el vínculo y entorpece el avance.

2. *«Recopilo información acerca de los problemas.»* El entrevistador A basa la entrevista en preguntas cerradas, con lo que impone el foco de la conversación: determinar el consumo de alcohol y su impacto, incluso a costa de pasar por alto otras dificultades (p. e., el pánico). Esto da lugar a lo que hemos llamado «trampa de la pregunta-respuesta», donde las preguntas encadenadas llevan a la acumulación de datos, normalmente acerca de la gravedad del problema, con o sin un juicio implícito acerca de la debilidad, resistencia, falta de voluntad o ignorancia del entrevistado. La acumulación de información suele llevar a la formulación de un veredicto («Los temblores que describe son, en mi opinión, un síntoma físico de su adicción al alcohol..., debería dejar de beber por completo»), como en el desenlace de una novela negra. Aunque esto puede ser adecuado para el diagnóstico diferencial en la medicina de cuidados agudos y es lo que vemos en las series sobre hospitales, es mucho menos efectivo cuando el objetivo es el cambio de conducta.

Podemos evaluar y reunir información sobre los elementos clave de la dificultad del cliente (consumo de alcohol, pánico, hijos, etc.) de un modo integrado en la EM y que resulta mucho menos frustrante para el entrevistador y mucho más útil para el cliente. Disparar una andanada de preguntas no sólo puede ser una pérdida de tiempo y dar lugar a reacciones defensivas (Carl Rogers observó una vez que los clientes ya conocen esa información), sino que puede llevarnos a pasar por alto información importante y a desaprovechar el gran potencial de una conversación colaborativa que refuerce el compromiso y la motivación para el cambio.

3. *«Lleno las lagunas de conocimiento.»* Es muy posible que sea la preocupación o incluso el miedo a incumplir su deber lo que lleve al entrevistador a recopilar y dispensar información sobre el consumo excesivo de alcohol. Esto lleva a reducir el foco de la entrevista a la mera recogida de datos, y poco más, en aras de arreglar lo que no va bien en el cliente. En el peor de los casos, y es algo que suele suceder en las consultas de atención sanitaria y social, uno casi puede ver al profesional intentando abrir el cráneo del cliente, llenarlo de información y volver a cerrarlo, con la esperanza de que algo cale. Es posible enriquecer el conocimiento del cliente sin caer en esta trampa. Si partimos de la información que interesa al cliente y del conocimiento que ya posee, reforzaremos el vínculo y obtendremos mejores resultados.

4. *«Es útil proporcionar información que asusta.»* Cuando comparte el resultado de la evaluación, parece que el entrevistador A asume que el miedo es un buen motivador para el cambio. La táctica del miedo está tan generalizada en los entornos asistenciales que, de ser efectiva, apenas habría necesidad ni interés por la EM ni otros enfoques que motivan al cambio. Es posible que advertir de las posibles consecuencias negativas tenga su función, pero eso no significa que debamos asumirla como la estrategia por defecto para promover el cambio. Cabría pensar que las terribles enfermedades y las formas de morir tan dolorosas asociadas al tabaquismo bastarían para convencer a las personas para que dejen de fumar o para disuadirlas de empezar; a veces basta, pero muchas otras no.

5. *«Necesito explicarles con claridad qué deben hacer.»* El consejo del entrevistador A es clarísimo: «Debería dejar de beber por completo». Pero las probabilidades de que la entrevistada le haga caso son muy escasas. El vínculo es muy tenue, ambas partes se sienten frustradas y la entrevistada, que ya se siente impotente, recibe un consejo que no deja espacio alguno a la autonomía. El propósito no es dar un consejo, sino fomentar el cambio. En este sentido, dar consejos con destreza sí que puede resultar muy útil. Y de eso hablaremos a continuación.

El propósito no es dar un consejo, sino fomentar el cambio.

Principios de buena práctica

Si le preguntara al entrevistador B acerca del intercambio de información enmarcado en la EM que hemos presentado, es muy probable que aparecieran los siguientes supuestos, que son casi el reflejo opuesto de los que subyacen al enfoque del entrevistador A:

1. *«Yo dispongo de conocimiento experto y los clientes son los máximos expertos en sí mismos.»* El entrevistador B concibe el intercambio de información como un esfuerzo conjunto para entender tanto las dificultades como los recursos del cliente, así como sus necesidades de información. Las habilidades básicas que hemos presentado en la parte I, como la afirmación («Me da la impresión de que a pesar de que está muy estresada, consigue hacer muchas cosas al cabo del día») y el reflejo («Me parece que ya ha pensado más de una vez sobre esto») se ponen en práctica para dar valor a sus recursos. Y así se refuerza el vínculo. Luego, el entrevistador B dedica tiempo a averiguar qué conoce ya, pide permiso para darle más información, lo hace y la anima a que sea ella misma quien valore las implicaciones. *Ambos* intercambian información útil durante una búsqueda de foco conjunta.

2. *«Averiguo qué información desea y necesita el cliente.»* La curiosidad lleva al entrevistador B a entender las necesidades de información del cliente («Me gustaría hacer una pausa y que me explicara qué sabe ya acerca del alcohol y de cómo afecta a las personas»).

Esto no sólo evita explicarle al cliente lo que ya sabe, sino que ofrece el beneficio añadido de que son los propios clientes quienes enuncian los motivos para cambiar (proceso de evocación, descrito en la parte IV). La escucha reflexiva de calidad también ha permitido suscitar más información («Cuando el efecto del alcohol se le pasa, le suceden cosas que no le gustan») y ha llevado a hablar, no de la cantidad específica, sino del síndrome de abstinencia. Este breve proceso de ir señalando aspectos hasta llegar a lo que verdaderamente preocupa a la entrevistada ha proporcionado una plataforma sólida para el intercambio de información experta.

3. *«Adapto la información a las necesidades y los recursos del cliente.»* Una vez identificada la necesidad de información, el entrevistador B la ofrece con delicadeza y en relación con «otras personas», de modo que es la propia entrevistada la que determina hasta qué punto se aplica a ella o no («¿Le resulta familiar?»). El objetivo del entrevistador es capacitar a la clienta para aclarar el problema y buscar una solución.

4. *«Los clientes pueden decirme qué tipo de información les es útil.»* El entrevistador B no asume nada en relación con el valor (o ausencia del mismo) de la información que da miedo, pero usa estrategias de orientación y proporciona la información que la clienta parece querer.

5. *«Son útiles los consejos que defienden las necesidades y la autonomía del cliente.»* El entrevistador B aún no ha ofrecido ningún consejo concreto, pero ha conseguido que la propia clienta le invite a hacerlo («¿Qué otra cosa puedo hacer?»). Tal y como explicaremos más adelante en este mismo capítulo, podemos hacerlo de tal modo que abordemos las necesidades del cliente al tiempo que reforzamos su autonomía.

El recuadro 11.1 destaca algunas de las diferencias entre el intercambio de información que está enmarcado en la EM y el que no.

RECUADRO 11.1. Supuestos subyacentes al intercambio de información congruente con la EM y al no congruente con la EM	
Intercambio de información no congruente con la EM	Intercambio de información congruente con la EM
<i>El experto soy yo y sé por qué y cómo deben cambiar los clientes.</i>	<i>Yo dispongo de conocimiento experto y los clientes son los máximos expertos en sí mismos.</i>
<i>Recopilo información acerca de los problemas.</i>	<i>Averiguo qué información desea y necesita el cliente.</i>
<i>Lleno las lagunas de conocimiento.</i>	<i>Adapto la información a las necesidades y los</i>

	<i>recursos del cliente.</i>
<i>Es útil proporcionar información que asusta.</i>	<i>Los clientes pueden decirme qué tipo de información les es útil.</i>
<i>Necesito explicarles con claridad qué deben hacer.</i>	<i>Son útiles los consejos que enaltecen la autonomía y defienden las necesidades del cliente.</i>

Una estrategia sencilla para el intercambio de información

El PIP (preguntar-informar-preguntar) ofrece una estrategia fácil de recordar a la hora de intercambiar información (recuadro 11.2). Cuando se usa este abordaje, la jugosa información que pueda proporcionar viene en un bocadillo de preguntas sustanciosas. Aunque el PIP sugiere una progresión lineal, en realidad suele darse más en forma de proceso circular acompañado de gran cantidad de escucha reflexiva. Es, en esencia, lo que ha hecho el entrevistador del ejemplo B.

PREGUNTAR

Preguntar antes de informar. La pregunta satisface tres funciones generales: pide permiso, explora el conocimiento previo del cliente y determina su nivel de interés por la información que le pueda proporcionar. Esta pregunta inicial puede adoptar múltiples formas:

- Pedir permiso
 - «¿Le parecería bien que le explicase algunas de las cosas que les han ido bien a otras personas?»
 - «¿En esta lista hay alguna cosa de la que le gustaría hablar?»
 - «¿Puedo...?»
 - «¿Le gustaría saber...?»
 - «¿Qué le gustaría saber sobre...?»
- Explorar el conocimiento existente
 - «Explíqueme lo que ya sabe acerca de los efectos de la hipertensión arterial.»
 - «Si empezara a hacer ejercicio con regularidad, ¿cuáles cree que serían los mayores beneficios para usted?»
- Determinar el interés
 - «¿Qué es lo que más le interesa saber acerca del tratamiento de esta enfermedad?»
 - «¿Puedo ayudarle a resolver alguna duda?»

Recuadro 11.2. Preguntar-Informar-Preguntar

	Tareas	En la práctica
PREGUNTAR	• Pedir permiso. • Aclarar las necesidades y las lagunas de información.	• <i>¿Puedo...? ¿Le gustaría que le explicase...?</i> • <i>¿Qué sabe acerca de...?</i> • <i>¿Qué le gustaría saber?</i> • <i>¿Qué le gustaría que le explicase?</i>
INFORMAR	• Priorizar. • Ser claro. • Preguntar-informar-preguntar. • Fomentar la autonomía. • No prescribir la respuesta de la persona.	• ¿Qué es lo que la persona necesita/quiere saber sobre todo? • Evitar la jerga. Utilizar un lenguaje cotidiano. • Ofrecer información poco a poco y dejar espacios para la reflexión. • Reconocer la libertad para estar en desacuerdo o para no hacer caso de la información. • Presentar lo que se sabe, sin interpretar lo que pueda significar para el cliente.
PREGUNTAR	• Averiguar cómo interpreta, entiende o responde el cliente a la información.	• Formular preguntas abiertas. • Reflejar las reacciones que perciba. • Dejar tiempo para procesar la información y responder ante la misma.

¿Por qué preguntar primero? ¿Por qué no cargar directamente con la información que queremos proporcionar? Cada una de las tres primeras funciones de las preguntas tiene su propio valor. Pedir permiso al cliente antes de proporcionarle información es una muestra de respeto, y creemos que así facilitamos que esté más dispuesto a escuchar lo que tenemos que decir. Explorar el conocimiento previo impide que le expliquemos lo que ya sabe y nos permite llenar las lagunas. Determinar qué le interesa define qué es lo que tiene más ganas de saber y quizás sea bastante distinto a lo que pensábamos decir. Proporcionar información sobre lo que le interesa aumenta su nivel de atención y su receptividad. Si hay algo más que *debamos* explicar, siempre encontraremos el modo de volver sobre el tema. Más adelante en este mismo capítulo explicaremos cómo. Por lo tanto, estas preguntas nos ayudan a enfocar la información más importante y, probablemente, aumentan las probabilidades de que los clientes escuchen lo que tenemos que decir.

¿Cuáles han sido los elementos principales del proceso en la conversación del entrevistador B?

«Me gustaría hacer una pausa y que me explicara qué sabe ya acerca del alcohol y de cómo afecta a las personas.»

«Quizás la ayudaría que le explicara algunas de las cosas que he observado en otras personas que tenían dificultades con el alcohol. ¿Le parece?»

PEDIR PERMISO

Hay como mínimo tres maneras de conseguir autorización para proporcionar información o consejo. La primera es cuando el cliente nos lo *pide*:

- «¿Qué cree que debería hacer?»
- «¿Cómo consigue dejar de fumar la gente?»
- «¿Qué tipos de tratamiento hay disponibles?»

Este tipo de preguntas por parte del cliente llevan la autorización implícita para que le proporcionemos información. Esto no significa que *debamos* proporcionarla. A veces, resulta útil explorar el conocimiento y las ideas del propio cliente antes de plantear las nuestras:

CLIENTE: Entonces, ¿cómo encuentra trabajo la gente en esta zona?

ENTREVISTADOR: Sí, justo me estaba preguntando qué ideas tiene usted al respecto... ¿Qué le ha ido bien en el pasado?; a usted o a otras personas que conozca. ¿Cómo cree que podría hacerlo ahora?

Tampoco es necesario ser evasivo y evitar activamente dar información, como en el ejemplo siguiente:

CLIENTE: Entonces, ¿cómo encuentra trabajo la gente en esta zona?

ENTREVISTADOR: Ha estado pensando sobre este tema.

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Tiene curiosidad por cómo la gente consigue trabajo.

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Y le gustaría que alguien pudiera darle alguna idea.

CLIENTE: ¡Sí! ¿Puede darme usted alguna?

ENTREVISTADOR: Le gustaría saber si yo tengo alguna idea.

Cuando un cliente pide información, hay que usar el criterio profesional y decidir si lo mejor es proporcionársela directamente o, primero, explorar su propia experiencia. Ninguna de las dos opciones es siempre la mejor.

Una segunda manera de obtener permiso para ofrecer información, si el cliente no la ha pedido directamente, es solicitarlo:

- «Quizás la ayudaría que le explicara algunas de las cosas que he observado en otras personas que tenían dificultades con el alcohol. ¿Le parece?»
- «¿Qué le gustaría saber acerca de las opciones de tratamiento?»
- «Si le interesa, puedo explicarle un poco acerca de cómo gestionar la depresión. ¿Sí?»
- «Aún nos quedan unos minutos... Quisiera saber si le parece bien que hablemos de su peso, antes de terminar.»

Si el vínculo es lo suficientemente sólido en el contexto de una relación de ayuda, la persona casi siempre responde que «Sí» cuando se le pide permiso de forma respetuosa.

Por otro lado, ¿qué sucede cuando sentimos la obligación ética de proporcionar cierta información o consejo y debemos hacerlo incluso si el cliente ha dicho que «No» cuando le hemos pedido permiso? A continuación explicamos una tercera forma de pedir permiso que no lo solicita directamente con una pregunta cerrada, sino que utiliza un lenguaje de apoyo a la autonomía para reconocer el derecho de la persona a estar de acuerdo o no, a aceptar el consejo o no y a elegir qué pensar y hacer. Como no podemos arrebatarle esa autonomía, si se la reconocemos es muy probable que aumentemos su receptividad a la información. A continuación verá algunos ejemplos:

«No sé si esto se aplicará a usted o no, pero...»

«Cuál de estas situaciones cree que podría aplicarse a usted...»

«No sé si esto le interesará o no...»

«Me pregunto qué pensará usted acerca de esto.»

«Quizás no esté de acuerdo con esto y, por supuesto, depende de usted.»

INFORMAR

La segunda fase del ciclo PIP es ofrecer la información o el consejo. Empezaremos por cómo proporcionar información y, más adelante en este mismo capítulo, hablaremos de cómo dar consejo. Estas son algunas de las directrices para proporcionar información una vez que hemos obtenido permiso para ello.

Priorizar: céntrese en lo que la persona más necesita o quiere saber

Tal y como hemos mencionado anteriormente, un buen principio general es no decirle a la gente lo que ya sabe. De ahí la utilidad de averiguar con qué información cuenta ya la persona y de preguntarle qué quiere o necesita saber. Entonces, podrá llenar las lagunas de conocimiento relevantes. Dé prioridad a lo que la persona quiera o necesite saber. Sobre todo si se trata de información que puede provocar una reacción emocional, el meollo del mensaje puede perderse entre detalles superfluos.

Presente la información con claridad y en dosis manejables

Utilice un lenguaje que la persona pueda entender. Aunque es fácil caer en la jerga profesional que forma parte de nosotros, puede resultar confusa para quien nos escucha. Ofrezca la información en el lenguaje cotidiano del cliente.

Ser claro también implica ofrecer la información en dosis pequeñas, como cuando añadimos sal a un estofado. No se lance a un monólogo y asegúrese de que la persona le sigue. El ciclo PIP le ayudará en este aspecto. Proporcione un poco de información y compruebe (pregunte) si la persona le ha entendido o si tiene alguna duda. Si tiene varias cosas de las que informar al cliente, la secuencia será preguntar-informar-preguntar. Por ejemplo:

ENTREVISTADOR: Así que se lo acaban de diagnosticar. ¿Qué es lo que más le gustaría saber acerca de este tipo de diabetes? [Preguntar]

CLIENTE: Bueno..., ¿qué le pasa a mi cuerpo?

ENTREVISTADOR: El azúcar es un combustible esencial para el cuerpo y hay un órgano, el páncreas, que lo descompone gracias a la insulina. [Informar] ¿Le suena? [Preguntar]

CLIENTE: Insulina..., sí, es lo que tienen que tomar los diabéticos, ¿no?

ENTREVISTADOR: Sí, a veces sí. Cuando se tiene diabetes es que hay un problema con la insulina. O bien el páncreas no produce la suficiente, o bien sí que hay la cantidad necesaria, pero el cuerpo no puede usarla. De un modo u otro, lo que sucede es que en la sangre se acaba acumulando demasiado azúcar. [Informar] ¿Qué más le gustaría saber?

CLIENTE: ¿Y por qué es un problema que haya demasiado combustible?

ENTREVISTADOR: Buena pregunta. El azúcar hace que la sangre se espese y se vuelva pegajosa, por lo que al corazón le cuesta más bombearla. Y esa mala circulación es lo que daña los órganos, los ojos, las manos y los pies si los niveles de azúcar en sangre permanecen elevados. [Informar] ¿Tiene esto sentido para usted? ¿Qué más puedo explicarle? [Preguntar]

Utilice un lenguaje que promueva la autonomía

Cuando la información que proporcione tenga que ver con el cambio del cliente, el modo en que la introduzca y la presente, el lenguaje que utilice e incluso su tono de voz pueden marcar una gran diferencia en relación con si y cómo se recibe. Su lenguaje puede promover o socavar la autonomía de la persona.

¿Qué tipo de lenguaje por parte del entrevistador socava la autonomía de la persona? Uno es, por ejemplo, el que transmite condescendencia y paternalismo. Otro es el lenguaje coercitivo: decirle a la persona qué «debe», «no puede», «tiene que» o «no puede elegir» hacer. Para empezar, este tipo de afirmaciones suelen ser falsas y hacen que el receptor desee demostrar que no son ciertas. El fenómeno de la reactancia se ha documentado ampliamente (Brehm y Brehm, 1981; Dillard y Shen, 2005; Karno y Longabaugh, 2005a, 2005b): cuando alguien ve amenazada su libertad, la tendencia natural es reafirmarla. Tal y como hemos comentado en el capítulo 2, una persona

alcohólica a quien se le dice que «no puede beber», en realidad es muy capaz de hacerlo. Del mismo modo, un agente de la libertad condicional que dice «Tienes que permanecer dentro de los límites de la ciudad», subestima la autonomía de la persona. Normalmente, este tipo de afirmaciones llevan implícita una consecuencia: «Si tú..., entonces...». Sin embargo, estas consecuencias, por rápidas, severas y seguras que sean, no anulan la capacidad de elección de la persona. Por lo tanto, creemos que es mejor reconocer y explorar las distintas opciones de que dispone.

Pensemos en una situación complicada, por ejemplo una sesión con un padre que pierde los estribos con sus hijos. Si es conocedor de una situación de maltrato infantil, tiene la obligación legal de informar a las autoridades. También está obligado a informar por adelantado a su cliente de este deber. ¿Cómo ofrecer esta información? Por ejemplo:

«Ahora escúcheme. La ley es muy clara y tiene que entenderlo. Si alguna vez me explica que hace daño a sus hijos, es decir, que los maltrata físicamente, mi obligación es informar de ello a las autoridades. Esto significa que tendrá que ir a juicio y que se tomarán medidas sobre lo que hay que hacer a continuación. Debe tener esto en cuenta cuando hable conmigo.»

Este discurso es claramente paternalista, coercitivo y amenazador. Fíjese en el uso habitual de la segunda persona del singular («usted»), del «tiene que» y del imperativo («acuérdesese»). ¡Eso *no se puede* hacer en terapia! (¿Lo ve? ¿Ve lo que queremos decir?)

¿Cómo podríamos ofrecer esa información tan importante de un modo más colaborador y respetuoso con la autonomía del cliente?

«[Preguntar:] Tengo que explicarle una cosa y me pregunto qué pensará al respecto. [Informar:] Como sabe, nuestras conversaciones son confidenciales, pero la ley de protección a la infancia establece una excepción importante: estoy obligado a informar de cualquier maltrato infantil del que pueda ser conocedor. A veces, eso acaba en un juicio. Quiero que nuestro trabajo juntos le sea útil y también necesito saber que entiende mi responsabilidad. [Preguntar:] ¿Cuál cree que sería la mejor manera de proceder a partir de ahora? Quizás quiera hablar del tema con su pareja o conmigo y yo estaré encantado de responder a cualquier pregunta que pueda tener al respecto. ¿Qué le ayudaría más?»

La ley se explica con la misma claridad, pero el tono es muy distinto. Sigue una estructura PIP («No sé qué pensará al respecto», «¿Qué le ayudaría más?»). Usa menos el «usted» y más el «nosotros», que promueve la colaboración. El tono es respetuoso, reconoce la autonomía del cliente y se convierte en un embalaje protector del mensaje que transmite. Tal y como sucede con todo lo concerniente a la EM, la efectividad de la estrategia se evidencia en la respuesta de la persona. Sabe que lo está haciendo bien si el cliente sigue hablando con usted y le formula preguntas en lugar de ponerse a la defensiva.

No prescriba la respuesta del cliente

Puede proporcionar información, pero no puede determinar cómo responderá el cliente ante la misma. Le recomendamos que no diga al cliente cómo debería responder o interpretar la información ofrecida. Siempre es mejor preguntarle.

PREGUNTAR

A estas alturas, el tercer paso del proceso preguntar-informar-preguntar ya resulta obvio. Se trata de comprobar cómo ha entendido, interpretado o respondido la persona a la información que acabamos de proporcionar. En la secuencia PIP, esta comprobación se hace a intervalos regulares después de cada fragmento de información ofrecido. Hay muchas maneras de formular la «pregunta» que sigue a «informar»:

- «¿Qué le parece?»
- «¿Me he explicado con claridad?» «Parece confuso.»
- «¿Tiene sentido para usted?»
- «¿Qué más le gustaría saber?»
- «¿Qué piensa al respecto?»
- «¿Cómo cree que esto se aplica a usted?»
- «No sé qué le habrá parecido todo esto.»
- «¿Cómo podría explicárselo mejor?»
- «¿Podría explicarme con sus propias palabras lo que le acabo de decir?»
- «¿Cuál cree que podría ser el siguiente paso para usted?»

Fíjese también en que este componente de «pregunta» puede adoptar la forma de escucha reflexiva. Refleje lo que ve y lo que escucha en la reacción del cliente, inclusive los aspectos no verbales, como la expresión facial. Tal y como sucede con el resto de reflejos, no importa que su suposición inicial acerca de lo que significa sea acertada o no. La cuestión es dejar espacio al cliente para que procese y responda a la información que acaba de proporcionarle.

El caso de Julia

Siguiendo con el caso del ejemplo de Julia, que dejamos en el capítulo 9 sobre el proceso de enfocar, a continuación veremos un ejemplo de aplicación del proceso PIP.

ENTREVISTADOR: Tienes dificultades para entender lo que te pasa... ¿Puedo preguntarte qué sabes acerca de la depresión? [Preguntar]

CLIENTE: Creo que es cuando estás muy muy triste y desanimada, sin energía para hacer nada. ¿Cree que es eso lo que me pasa?

ENTREVISTADOR: Bueno, si te parece bien, te explicaré algunas de las cosas que les pasan a las personas que tienen depresión y, entonces, puedes decirme si tú te reconoces en alguna de ellas. [Pedir permiso]

CLIENTE: Sí, de acuerdo.

ENTREVISTADOR: [Informar:] La depresión puede manifestarse con muchos síntomas distintos y no siempre se tienen todos. A veces, ni siquiera hace falta estar especialmente triste. Es como cuando nos resfriamos, cada uno nos resfriamos de una manera distinta. Hay quien tose o estornuda mucho, hay quien tiene fiebre y hay quien se nota muy cansado. A veces duele la garganta y otras no, y hay quien se queda afónico, pero no siempre. La depresión es así: varios síntomas que pueden aparecer o no. [Informar] No sé si me estoy explicando con claridad. [Preguntar]

CLIENTE: Sí. ¿Y qué síntomas son?

ENTREVISTADOR: Uno de ellos es el que has dicho tú, un estado de ánimo bajo, estar desanimado, llorar mucho... Y, con frecuencia, las personas que tienen depresión pierden el interés por las cosas que antes le gustaban. [Informar]

CLIENTE: Sí, creo que eso me está pasando. No es que me divierta mucho últimamente.

ENTREVISTADOR: Muy bien. Otra de las cosas que pueden pasar es que las pautas de sueño se alteren. Hay personas a las que les cuesta muchísimo conciliar el sueño y otras que duermen mucho más de lo habitual. El apetito también puede cambiar: hay personas que engordan y otras que se adelgazan. ¿A ti te pasa algo parecido?

CLIENTE: Pues no duermo nada bien, no. Pero mi peso no ha cambiado, creo que como lo mismo que siempre.

ENTREVISTADOR: Vale, sí. Como te decía antes, distintas personas tienen síntomas diferentes. Antes has comentado que te costaba mucho concentrarte y eso también es bastante habitual en las personas con depresión. También lo es estar cansado la mayoría del tiempo. O sentirse mal con uno mismo, sentir que uno no vale nada, sentirse culpable...

CLIENTE: Sí, eso sí. Acaba de describirme.

ENTREVISTADOR: Otra cosa es que, a veces, las personas que están deprimidas piensan mucho acerca de la muerte o de suicidarse.

CLIENTE: No, yo no pienso en suicidarme. No creo que lo hiciera nunca, la verdad, pero sí que pienso en morirme. Y que así descansaría. Últimamente, los cementerios me ponen la piel de gallina.

ENTREVISTADOR: Muy bien... Bueno, estos son los síntomas más habituales de la depresión y parece que tienes algunos. ¿Me he explicado bien? ¿Quieres saber algo más acerca de la depresión? [Preguntar]

CLIENTE: Me acaba de describir a mí. [Continuará en el capítulo 13.]

Tres temas especiales

A continuación nos centraremos en tres temas específicos que suelen aparecer en la consulta: (1) consejo; (2) auto-revelación del terapeuta; y (3) evaluación y retroalimentación.

DAR CONSEJO

En cierto modo, el consejo no es más que un tipo concreto de información. Transmite lo que pensamos y lo que recomendamos al cliente. En este sentido, a la hora de dar consejo se siguen aplicando todas las directrices que hemos presentado acerca del intercambio de información. Primero, pedir u obtener permiso de una de las tres maneras que acabamos de explicar. Ser claro y específico y dar consejos a pequeñas dosis, comprobando regularmente cómo reacciona el cliente y escuchándole. Usar un lenguaje que promueva la autonomía. Y no asumir que el cliente debe seguir o seguirá nuestro consejo.

Y, sin embargo, el consejo tiene elementos específicos que van más allá de la mera transmisión de información. El consejo tiene un componente de *instrucción*, es una recomendación acerca del cambio personal. Y, como tal, tiene más probabilidades de provocar reactancia en el receptor. Cuanto más enfático o autoritario sea el consejo, más probable es que provoque resistencia. A la mayoría de las personas les molesta que les den consejos que no han pedido, aunque son muchas menos las que tienen reparos en ofrecerlos.

Nos lo hayan pedido o no, el consejo también plantea el riesgo de que el terapeuta caiga en la trampa del experto y defienda el cambio mientras el cliente defiende el mantenimiento. Veamos esta situación tan habitual:

CLIENTE: Tengo muchos problemas con mis hijos. No hacen nada de lo que les pido.

ENTREVISTADOR: Recuerda que hablamos de usar la técnica de la pausa obligada...

CLIENTE: Sí, ya lo he intentado. Pero es que tampoco la respetan.

ENTREVISTADOR: Mándelos a su habitación y cierre la puerta.

CLIENTE: ¡Les encanta estar en su habitación! Es donde están todos sus juguetes y no quiero que pasen más tiempo allí. Además, si cierro la puerta no veo qué hacen.

ENTREVISTADOR: Muy bien..., pues puede sentarlos en una silla de cara a la pared. No durante mucho tiempo, sólo para una pausa obligada breve. Así puede tenerlos controlados y no refuerza la mala conducta.

CLIENTE: Sí, ya me lo había dicho antes. Pero lo he intentado. ¿Y sabe qué? Pues que no paran de darse la vuelta y hablar.

De repente, e incluso si esta conversación ha estado precedida por una EM muy hábil, el entrevistador se ha convertido en el abogado del cambio y tiene que ofrecer soluciones, que el cliente desmonta una tras otra. Es muy fácil caer en este ciclo de sugerencia-refutación. Abordaremos con más detalle el proceso de desarrollar un plan para el cambio en la parte v. De momento, ofreceremos algunas recomendaciones específicas a la hora de dar consejos.

Primero, vincular

Es mucho más probable que el consejo sea bien recibido si se parte de la base de un vínculo sólido. Cuando se ha forjado una buena alianza terapéutica con el cliente, el consejo también puede transmitir compasión, respeto y esperanza.

Utilícelo con moderación

El consejo no es una de las herramientas fundamentales de la EM, que se basa en evocar soluciones en el propio cliente, en lugar de ofrecérselas. En nuestra opinión, el consejo y el estilo directivo se utilizan excesivamente en muchos contextos asistenciales. En términos temporales, evite el reflejo de corrección, que lleva a ofrecer soluciones inmediatas y, por el contrario, escuche de verdad a los clientes. Cuando ofrezca consejo, preste mucha atención a cómo responde el cliente. Un aspecto pasivo, la mirada perdida, una postura defensiva o una explicación de por qué el consejo no puede funcionar en su caso (discurso de mantenimiento) es, con toda probabilidad, señal de que ha fallado el blanco.

Pedir permiso

Si el cliente no le ha pedido consejo, pídale permiso antes de ofrecérselo.

Insista en la libertad de elección

Aunque haya sido el propio cliente quien le ha preguntado qué cree que debería hacer, conviene volver a validar la autonomía o incluso pedir permiso de nuevo.

CLIENTE: Bueno, entonces ¿qué cree que debo hacer?

ENTREVISTADOR: Podría sugerirle algunas cosas que han resultado útiles para otras personas, pero lo más importante es encontrar la que le vaya bien a usted. Y nadie mejor que usted para decidirlo. ¿Quiere que le dé algunas ideas?

A continuación encontrará algunos ejemplos de lenguaje que promueve la autonomía y que puede usarse en tándem con el consejo:

«La decisión *depende de usted*, pero puedo explicarle algunas opciones.»

«Es posible que *el consejo no sea el más adecuado para usted*.»

«No sé si esto *encajará mucho* con usted.»

«*Puede estar de acuerdo* conmigo o no.»

«*No puedo decirle qué debe hacer*, pero sí puedo explicarle qué han hecho otras personas en una situación parecida.»

«Si quiere, una de las cosas que podría probar es...»

Básicamente, se trata de autorizar al cliente a no hacer caso del consejo. Y, de hecho, es su prerrogativa, tanto si usted la explicita como si no. Reconocer que tienen libertad de elección tiene el efecto paradójico de aumentar las probabilidades de que la persona escuche y siga el consejo.

Ofrecer varias opciones

Una manera concreta de evitar el ciclo sugerencia-refutación es ofrecer varias opciones a la vez en lugar de presentarlas de una en una, algo que parece favorecer el discurso de mantenimiento (como en el ejemplo anterior). Presentar un menú de opciones distintas genera una actitud diferente: ¿cuál de estas opciones podría ser la mejor? En lugar de empezar a pensar en objeciones a una sugerencia individual, la tarea del cliente es valorar un abanico de posibilidades y elegir una. Cuando la persona percibe que ha elegido libremente un curso de acción a partir de varias alternativas, las probabilidades de que se comprometa con el mismo aumentan sobremanera.

En resumen, podemos enmarcar los consejos en la EM si los usamos con moderación, si pedimos permiso y si damos prioridad a que el cliente evoque sus propias soluciones, reconociendo siempre su autonomía para elegir entre distintas opciones.

AUTO-REVELACIÓN

Hasta ahora no habíamos abordado el tema de la auto-revelación por parte del terapeuta en el marco de la EM. En la terapia centrada en el cliente, Rogers (1959, 1965) insistió en que la «autenticidad» o «congruencia» del terapeuta es un prerequisite crucial para el cambio del cliente. Posteriormente, la definió así: «Es cuando mi experiencia de este momento está presente en mi conciencia y cuando lo que está presente en mi conciencia está presente en mi comunicación» (Rogers, 1980b, p. 15). En otras palabras, tal y como sucede con los elementos del espíritu de la EM que hemos descrito en el capítulo 2, hay dos niveles de autenticidad: conciencia y expresión. En el nivel de la conciencia, Rogers defendía la necesidad de sintonizar con las propias reacciones, con lo que sucede en nuestra propia experiencia cuando trabajamos con los clientes. En el nivel de la expresión, la autenticidad implica comunicárselo al cliente.

Fíjese en que Rogers describe algo muy distinto a contar al cliente anécdotas sobre nuestro pasado. El término «auto-revelación» quizás le sugiera que ha de contar al cliente anécdotas personales que parecen estar relacionadas con su situación. No; Rogers hablaba de ser consciente y de conectar con lo que experimenta internamente *mientras* habla con el cliente.

Ciertamente, no le proponemos que explique al cliente todo lo que se le pase por la cabeza durante la sesión y tampoco conocemos a ningún terapeuta que lo haga. La EM se centra en la experiencia y en el bienestar del cliente, no del terapeuta. Explicar al cliente todo lo que pueda pensar durante la sesión no necesariamente le resultará útil. Tampoco defendemos la postura opuesta, que es ante la que reaccionaba Rogers, que busca mantener la distancia y no revelar nada de uno mismo. En el psicoanálisis clásico, el terapeuta se sienta, literalmente, detrás del cliente tendido en el diván, para ocultar incluso las señales no verbales (Viscott, 1972).

Entre estos dos extremos, hay que buscar el equilibrio que lleva a revelar algo de uno mismo si creemos que puede resultar útil. Entonces, ¿cómo decidimos qué información revelar de nosotros mismos, ya se trate de experiencias del pasado o del presente?

¿Es cierto?

Para ser auténtico, lo que explique acerca de sí mismo ha de ser cierto (aunque tampoco ha de explicar necesariamente toda la verdad). Aunque es posible inventarse una historia sobre la propia experiencia pasada o presente, no lo recomendamos. Es más, es muy probable que si niega lo que en realidad siente en ese momento («No, no, de verdad. No me incomoda, no le juzgo»), el cliente lo perciba a algún nivel.

¿Puede ser perjudicial?

Enmarcada en el precepto «Lo primero es no hacer daño», otra de las preguntas que debe plantearse es si la auto-revelación puede ser perjudicial. Algunas de las primeras de esta lista son la crítica (Simon, 1978) y los comentarios negativos acerca de las habilidades del cliente o de sus intenciones, esfuerzos, aspecto...

¿Hay un motivo claro por el que puede resultar útil?

En las amistades íntimas, la auto-revelación es algo rutinario y recíproco. Sin embargo, creemos que en las relaciones profesionales de ayuda debe haber un motivo específico para la auto-revelación. Hay una gran diferencia entre la auto-revelación con criterio (con un nivel adecuado de detalle y manteniendo el foco en el cliente) y la auto-revelación excesiva que centra el foco en el terapeuta (Rachman, 1990). Antes de explicar sus experiencias pasadas o presentes, pregúntese por qué cree que podría ser útil. Algunas posibilidades son:

- Para promover la confianza y el vínculo (Cozby, 1973).

- Para modelar la apertura y fomentar la revelación recíproca (Sullivan, 1970).
- Para responder a una pregunta directa del cliente («¿Tiene hijos?», «¿Alguna vez se ha sentido así?»).
- Para afirmar: las afirmaciones son una forma de auto-revelación, un reconocimiento auténtico e instantáneo ante la naturaleza o la conducta del cliente.

EVALUACIÓN Y *FEEDBACK* RUTINARIOS

Cuestiones prácticas acerca de la evaluación inicial

Las evaluaciones rutinarias pueden adoptar muchas formas, desde largas entrevistas formales a una batería de preguntas estándar durante la primera sesión. Tienden a convertirse en el elemento central de la visita y, con frecuencia, son una recopilación de datos unidireccional y útil para el programa o el profesional.¹ Vale la pena que reflexionemos sobre cómo pueden responder los clientes cuando el primer contacto que tienen con el servicio que prestamos es un aluvión de preguntas. Es muy poco probable que consigamos promover el vínculo, y hay clientes que responden con pasividad y, sencillamente, no vuelven a la consulta.

Dado que se ha informado de que la EM parece aumentar la fidelidad al tratamiento en varios contextos (p. e., Grote, Swartz y Zuckoff, 2008; Heffner *et al.*, 2010; Klag, O'Callaghan, Creed y Zimmer-Gembeck, 2009; McMurran, 2009; Secades-Villa, Fernández-Hermida y Arnáez-Montaraz, 2004; Sinclair *et al.*, 2010; Wulfert, Blanchard, Freidenberg y Martell, 2006), es posible que integrar la EM en una evaluación inicial satisfaga tanto las necesidades del programa asistencial como las del cliente. Recomendamos un mínimo de diez minutos de EM antes de iniciar la evaluación inicial. Es tan sencillo como empezar con una pregunta abierta seguida de escucha reflexiva:

«Dentro de un rato tendré que hacerle varias preguntas, pero antes me gustaría saber qué le ha traído hoy aquí y cómo espera que pueda ayudarle.»

Esto también implica que las entrevistas de ingreso no deberían ser un mero trámite administrativo, sino competencia de un terapeuta experimentado. Las entrevistas de ingreso son el principio del vínculo y del tratamiento, y merecen la atención de un profesional capacitado.

También recomendamos que se recopile el mínimo de información necesaria para satisfacer las necesidades de enfoque o de elaboración de informes. En los servicios asistenciales relacionados con la conducta, la evaluación de ingreso puede prolongarse durante una o más largas sesiones. Y es posible que alguien muy alejado de la práctica cotidiana haya impuesto el contenido de la misma. ¿Cuánta información es verdaderamente esencial? ¿Existe la posibilidad de que el propio cliente responda parte del formulario en la sala de espera o incluso en casa, entre sesión y sesión? ¿Se puede

dejar algo para más adelante? Si la evaluación pone en peligro el vínculo con el cliente, es un esfuerzo en vano. Una función importantísima de un buen director de servicio es trabajar con el personal para aclarar cómo y cuándo recoger los datos esenciales para reforzar el vínculo del cliente. Lo más habitual es que haya cierto margen de maniobra. En un programa de tratamiento de adicciones que dirigió uno de nosotros, concluimos que necesitábamos unos veinte minutos para hacer las preguntas absolutamente necesarias durante la primera visita. Entonces, asignamos a nuestros terapeutas con más experiencia a estas entrevistas iniciales, durante las que había unos treinta minutos de EM abierta antes de empezar con la evaluación. Resultó que los terapeutas se dieron cuenta de que, para cuando llegaban al punto en que debían empezar la evaluación, ya habían obtenido gran parte de la información necesaria. Los terapeutas también percibieron que los clientes se mostraban mucho más honestos y el porcentaje de clientes que abandonaban el tratamiento tras esta primera sesión se redujo significativamente.

Compartir el resultado de la evaluación

Con demasiada frecuencia, la información de la evaluación inicial se archiva sin que haya sido demasiado útil ni para el cliente ni para el personal que participará en su tratamiento. ¿Cómo puede utilizar la información recogida para reforzar el vínculo del cliente y su motivación para el cambio?

De hecho, esta fue una de las primeras aplicaciones experimentales de la EM, el «chequeo del bebedor» (Miller y Sovereign, 1989; Miller, Sovereign y Kregge, 1988), que evolucionó para convertirse en la terapia de estímulo de la motivación, o MET, el acrónimo inglés (Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1992; Project MATCH Research Group, 1993). El ingrediente central, que luego inspiraría la estructura PIP, era el modo en que el terapeuta comparte la información sobre los hallazgos y, entonces, usa preguntas abiertas y la escucha reflexiva para evocar las respuestas personales del cliente. En esencia, el terapeuta no le dice al cliente cómo interpretar los datos, sino que evoca su propia interpretación y sus preocupaciones. Es un modo socrático de presentar la información, para ayudar al cliente a llegar a sus propias conclusiones y motivaciones para el cambio. Este formato de chequeo se ha adaptado para el consumo de marihuana (Swan *et al.*, 2008), la gestión de la rehabilitación (Rush, Dennis, Scott, Castel y Funk, 2008; Scott y Dennis, 2009), la gestión de las aulas (Reinke *et al.*, 2011), la terapia de pareja (Morrill *et al.*, 2011) y de familia (Slavet *et al.*, 2005; Uebelacker, Hecht y Miller, 2006) y la violencia doméstica (Roffman, Edleson, Neighbors, Mbilinyi y Walker, 2008).

El proceso puede ser algo tan sencillo como formular una pregunta abierta una vez terminada la evaluación inicial y proseguir con reflejos y escucha para incitar un discurso de cambio.

«Bueno, esto es todo lo que necesitaba preguntarle hoy. Muchas gracias por toda la información. Antes de continuar, ¿qué es lo que le ha sorprendido más de la conversación o qué le ha planteado alguna duda? [Es mejor formularlo así que en una pregunta cerrada sí/no, como “¿Tiene alguna duda?”, donde las probabilidades de obtener un “No” son más elevadas.]]»

La MET consiste en ir evocando las respuestas del cliente sobre la marcha y según una dinámica PIP, para ir acumulando discurso de cambio, que luego se refleja y se resume. Cuando la información se presenta de este modo, es mucho más probable que el cliente ya haya llegado a la misma conclusión que hubiera defendido el terapeuta. Obviamente, la diferencia reside en que así ha llegado a la conclusión por sí mismo y a su ritmo.

En resumen, advertimos del riesgo que supone imponer la evaluación como una tarea unidireccional de recolección de datos que coloca al paciente en un rol pasivo. Aunque es cierto que en ocasiones necesitamos información por cuestiones prácticas o administrativas, la recogida de datos unilateral puede resultar alienante desde el punto de vista del cliente. También corremos el riesgo de comunicar: «Una vez que haya reunido toda la información necesaria, tendré la respuesta para usted». Cuando el resultado deseado es el cambio, el modelo basado en el estilo experto y en la dinámica de pregunta-respuesta no suele ser muy eficaz. Por lo tanto, lo mejor es limitar la evaluación al mínimo necesario e integrarla al servicio del objetivo general: facilitar el cambio.

Una llamada al ingenio

Este capítulo llama a invertir una pauta muy generalizada en el ámbito asistencial, sea del tipo que sea: la recopilación a gran escala de datos sobre los clientes y la transmisión de información, exentas ambas de las cualidades humanas que, precisamente, pueden infundir vida al proceso. Un intercambio de información carente de ingenio nos dará pacientes pasivos. Las habilidades básicas de la EM, aplicadas en una estructura como la dinámica PIP, permiten transformar el intercambio de información en una tarea sutil en la que el tiempo se usa de forma eficaz para combinar la información con las aspiraciones del cliente. En este sentido, es un tema que merece ser destacado en la investigación, en la formación de los terapeutas y en las sesiones con los clientes.

Puntos clave

- ✓ En la EM, se pide permiso al cliente antes de ofrecerle información o consejo.
- ✓ La dinámica preguntar-informar-preguntar durante el intercambio de información reconoce la experiencia y la autonomía del cliente.
- ✓ Sobre el consejo: primero vincular, usar con moderación, insistir en la libertad personal y ofrecer varias opciones.

- ✓ La auto-revelación supone estar dispuesto a compartir algo cierto de uno mismo, cuando hay un buen motivo para pensar que ayudará al cliente y no le perjudicará.
- ✓ Toda evaluación necesaria debería hacerse en un contexto que promueva el vínculo y de un modo que resulte útil para el cliente, además de para el terapeuta y el sistema.

PARTE IV

EVOCAR

PREPARAR PARA EL CAMBIO

Una vez que hemos establecido la relación terapéutica y hemos determinado un foco claro, estamos en disposición de pasar al tercer proceso: evocar y reforzar la motivación para el cambio. Tanto el proceso de vincular como el de enfocar son comunes a muchas orientaciones terapéuticas. Es el proceso de evocar el que hace de la terapia una EM clara. Las habilidades fundamentales del proceso incluyen reconocer el discurso de cambio cuando lo escuchamos y saber cómo evocarlo y responder a él cuando ocurre. La EM eficaz refuerza significativamente el discurso de cambio del cliente, que, a su vez, predice el cambio personal. Este será uno de los focos principales de la parte IV.

En esta parte, también abordaremos cómo reconocer y responder al discurso de mantenimiento y a los indicios de discordancia en la alianza terapéutica (capítulo 15). La esperanza es uno de los factores importantes que determinan el cambio del cliente, y hay un estilo congruente con la EM que permite evocarla y reforzarla (capítulo 16). Una vez sentadas estas bases, en el capítulo 17 regresaremos al tema de cómo trabajar con neutralidad cuando *no* queremos influir en la dirección de cambio que el cliente decida emprender. En el último capítulo de esta sección (capítulo 18), reflexionaremos sobre cómo evocar motivación para el cambio en clientes en la etapa de «precontemplación» y cómo generar ambivalencia cuando parece inexistente.

CAPÍTULO 12

AMBIVALENCIA

DISCURSO DE CAMBIO Y DISCURSO DE MANTENIMIENTO

La ambivalencia es una canción maravillosa para bailar. Tiene un ritmo propio.

ERICA JONG

Nací condenado a ser uno de esos que han de contemplar cada pregunta desde todas sus caras. Cuando sufres esta maldición, las preguntas se multiplican hasta que, al final, todo son preguntas y no hay ninguna respuesta.

EUGENE O'NEILL

La ambivalencia es una etapa normal en el camino hacia el cambio. De hecho, supone un avance respecto a la etapa anterior (que el modelo transteórico llama «precontemplación»), en la que no se ve motivo alguno para cambiar. La ambivalencia se caracteriza por la presencia simultánea de motivaciones contradictorias y, por lo tanto, puede resultar muy incómoda. Piense en el malestar emocional de estar «dividido entre dos amores», de querer algo desesperadamente y, al mismo tiempo, saber que las consecuencias serán negativas. A veces, el intenso malestar que genera esta tensión basta para impulsar el cambio.

Y, sin embargo, la ambivalencia también puede ser un lugar que nos atrapa y en el que permanecemos encallados durante mucho tiempo. Este dilema se entiende con facilidad desde la dinámica del conflicto. Conceptualmente, el conflicto ambivalente puede darse de cuatro maneras distintas (recuadro 12.1). Las cuatro suponen sentirse atraído o empujado como mínimo en dos direcciones distintas. Cuanto más nos acercamos a una de las opciones posibles, más claros nos parecen sus inconvenientes y más nos atrae la alternativa. El malestar que genera la ambivalencia consciente puede llevarnos a dejar de pensar en ello; a decidir que, al fin y al cabo, seguir como estamos tampoco es tan malo; o, al menos, a determinar que no podemos hacer nada al respecto. Y, por supuesto, así no hacemos otra cosa que mantener la situación actual.

Recuadro 12.1. Las cuatro caras de la ambivalencia

Acercamiento/Acercamiento $X \leftarrow \odot \rightarrow Y$

Aquí, la persona se debate entre opciones positivas. Es el problema de la tienda de caramelos: cuál de varias alternativas positivas elegir. Pensar en una alternativa o acercarse a ella (X) parece acentuar el atractivo de la otra (Y) y viceversa. De todos modos, este es el tipo de ambivalencia menos estresante, porque, elija lo que elija, la persona saldrá ganando. Claro que luego habrá que gestionar las lamentaciones posdecisión: «¿Y si hubiera elegido lo otro...?».

Evitación/Evitación $X \leftarrow \otimes \rightarrow Y$

Aquí, la persona tiene que elegir entre dos alternativas desagradables. Es el problema del «mal menor» o de «estar entre la espada y la pared» o de tener que «elegir el fuego o las brasas». Aproximarnos a una opción (X) acentúa lo negativa que nos parece, pero alejarnos de X equivale a acercarnos a Y y a vislumbrar sus inconvenientes.

Acercamiento/Evitación $\odot \leftrightarrow X$

En este tipo de conflicto, sólo tenemos en cuenta una alternativa, que tiene tanto aspectos positivos como negativos importantes. La canción de Billy Ray Cyrus lo expresa muy bien: «Me duele tanto tu ausencia que es casi como si estuvieras aquí». Aproximarnos a X hace más evidentes los aspectos negativos, pero si nos alejamos, percibimos los positivos con mayor intensidad.

Doble aproximación/Evitación $X \leftrightarrow \odot \leftrightarrow Y$

El conflicto de la doble aproximación/evitación suele ser el más doloroso de los cuatro. Aquí, contamos con dos opciones, X e Y, y ambas tienen aspectos positivos y negativos muy potentes. Acercarnos hacia X intensifica sus aspectos negativos, al tiempo que nos lleva a anhelar Y. Sin embargo, cuando nos acercamos a Y, percibimos sus carencias con claridad, mientras que X gana atractivo.

Contemplar el cambio implica diálogo interno y reflexionar sobre las ventajas y los inconvenientes de las distintas alternativas. El diálogo también puede ser en voz alta e interpersonal, y ese es el contexto en que tiene lugar la EM. Cuando alguien está ambivalente, suele manifestar argumentos tanto en favor como en contra del cambio. La ambivalencia significa que se tienen motivaciones para ambas cosas y de forma simultánea. Tal y como hemos explicado en el capítulo 2, si una persona distinta a nosotros enuncia un argumento *en favor* del cambio, lo más probable es que respondamos defendiendo el *statu quo* desde el otro lado de la ambivalencia. Y si seguimos expresando argumentos en contra del cambio, podemos acabar convenciéndonos a nosotros mismos para seguir como estamos. Del mismo modo, podemos convencernos a nosotros mismos para cambiar si verbalizamos argumentos en favor del cambio.

Discurso de cambio

En la primera edición del libro, describimos este tipo de argumentos en favor del cambio como «frases automotivacionales». En la segunda, introducimos el término «discurso de cambio» para referirnos a cualquier tipo de discurso que favorezca el cambio. Y esta sigue siendo la definición general de discurso de cambio: cualquier tipo de lenguaje verbalizado por la propia persona y que supone un argumento en favor del cambio.

El discurso de cambio es cualquier lenguaje de autoexpresión que es un argumento para el cambio.

Posteriormente, tuvimos la suerte de conocer y colaborar con Paul Amrhein, un psicolingüista especializado en el lenguaje de la motivación y el compromiso y que había estado estudiando el lenguaje que las personas usamos durante la conversación natural para solicitar o comprometernos a ciertas acciones. Saber leer estas señales es una habilidad social muy importante. Por ejemplo, imagine que una alumna le pide a un profesor que lea el borrador de un manuscrito y le dé su opinión. Prestará mucha atención a su respuesta, porque contendrá información acerca de la probabilidad de recibir una opinión pronto. Veamos algunas de las maneras en que podría responder el profesor:

«Lo siento, me encantaría, pero estoy muy ocupado.»
«Lo intentaré.»
«Quizás pueda leerlo la semana que viene.»
«Me comprometo a tenerlo mañana por la mañana.»

Las señales sociales que transmiten estas respuestas van desde la ausencia de compromiso hasta un compromiso elevado. Una de las cosas que detectó Amrhein durante sus observaciones es que las negociaciones no acababan demasiado bien cuando el lenguaje del solicitante contenía un nivel de exigencia superior al nivel de disposición del otro. Nosotros ya habíamos percibido lo mismo en sesiones de psicoterapia y en consultas médicas y habíamos aconsejado a los profesionales que trabajasen con el nivel actual de motivación de sus clientes y que evitaran adelantarse a su disposición para el cambio.

Cuando le explicamos a Amrhein nuestro concepto de discurso de cambio, observó que estábamos mezclando tipos de discurso muy distintos y que, quizás, sería útil que los diferenciásemos. Sugirió cuatro subtipos de discurso de cambio, a los que ahora llamamos ejemplos de *discurso de cambio preparatorio*: deseo, habilidad, razones y necesidad.

DISCURSO DE CAMBIO PREPARATORIO

Deseo

«Deseo» es un universal semántico: todas las lenguas sobre la faz de la Tierra contienen palabras que denotan que alguien quiere algo (Goddard y Wierzbicka, 1994). Este tipo de lenguaje es muy habitual en las conversaciones sobre el cambio.

«Quiero perder peso.»
«Me gustaría encontrar un trabajo mejor.»
«Ojalá me sintiera más cómodo con la gente.»
«Espero sacar mejores notas el año que viene.»

El deseo es uno de los componentes de la motivación para el cambio. Anhelar el cambio resulta útil, aunque no es esencial. Las personas podemos hacer cosas aunque no queramos.

Habilidad

Un segundo componente de la motivación es la habilidad percibida para lograr el cambio. Las personas no acumulan demasiada motivación para el cambio si creen que es imposible. «Me gustaría correr un maratón [deseo], pero no creo que pueda hacerlo [habilidad].» Este lenguaje también aparece en las conversaciones sobre el cambio: «Puedo...» o «Soy capaz de...». También aparece en el modo hipotético-condicional cuando la persona se siente capaz de cambiar pero no necesariamente está comprometida con el cambio: «Podría...» o «Sería capaz de...». El discurso de habilidad sólo señala que el cambio parece posible.

Razón

Un tercer tipo de discurso identificado por Amrhein es la afirmación de un motivo específico para el cambio. Por ejemplo, al hablar de las razones para iniciar un programa de ejercicio físico, alguien podría decir:

«Probablemente tendré más energía.»
«Quizás dormiré mejor.»
«Me ayudaría a controlar la diabetes.»
«Sería más atractivo y tendría más citas.»
«Quiero ver crecer a mis nietos.»

Afirmar las razones para el cambio no implica ni la habilidad ni el deseo de cambiar. Aunque haya buenos motivos para cambiar, es posible que la persona no quiera o se sienta incapaz de hacerlo. El ejercicio de balance decisional (capítulo 17) suele consistir en encontrar razones específicas a favor y en contra del cambio.

Estas afirmaciones tienen una estructura «Si..., entonces...» implícita: «Si hiciera ejercicio con regularidad, [entonces] sería más atractivo».

Necesidad

El lenguaje imperativo que insiste en la importancia o urgencia global del cambio refleja un cuarto elemento de la motivación. Las afirmaciones de necesidad no especifican por qué es importante el cambio (de otro modo, probablemente sería una razón).

«Necesito...»
«Tengo que...»
«Hay que...»
«Debo...»
«No puedo seguir así.»
«Algo tiene que cambiar.»

De nuevo, este lenguaje imperativo no implica ni el deseo ni la habilidad de cambiar. Si indaga un poco más cuando escuche este tipo de lenguaje, es probable que llegue a las razones específicas que sustentan el imperativo, pero, en sí mismas, estas afirmaciones no dicen por qué la persona debe, necesita o tiene que cambiar.

En inglés, podemos recordar estos cuatro primeros tipos de discurso mediante el acrónimo DARN (*Desire, Ability, Reasons y Need*). Nos referimos a ellos como discurso de cambio preparatorio, porque ninguno de ellos, ya sea juntos o por separado, indican que el cambio vaya a suceder. Decir «*Quiero adelgazar*» (deseo) no es lo mismo que decir «*Voy a adelgazar*». Decir que alguien *puede* o *podría* dejar de beber (habilidad) no supone el compromiso de hacerlo. Enumerar buenas *razones* para hacer un cambio no significa necesariamente que uno quiera llevarlo a cabo, e incluso decir «*Tengo que...*» (necesidad) no es lo mismo que «*Voy a...*». Ninguno de estos cuatro tipos de discurso constituye lo que ahora llamamos discurso de cambio movilizador.

DISCURSO DE CAMBIO MOVILIZADOR

Mientras que el discurso de cambio preparatorio refleja el lado de la ambivalencia a favor del cambio, el discurso de cambio movilizador señala movimiento hacia la resolución de la ambivalencia en favor del cambio. El lenguaje de compromiso es el ejemplo más claro de este tipo de discurso.

Compromiso

Decir que uno debe, puede, quiere o tiene buenas razones para cambiar no es lo mismo que decir que uno va a cambiar. El lenguaje de compromiso señala la probabilidad de acción. El ejemplo del profesor y la alumna al principio del capítulo trataba del lenguaje de compromiso. Es a lo que todos atendemos cuidadosamente cuando pedimos algo a alguien. ¿Va a suceder?

El lenguaje de compromiso es el que usamos para hacer promesas. Los contratos se escriben en lenguaje de compromiso. Y los votos matrimoniales también. En los tribunales estadounidenses, antes de dar testimonio hay que «jurar», respondiendo a la pregunta: «¿Jura decir la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad?». Imagine responder así:

Decir que uno debe, puede, quiere o tiene buenas razones para cambiar no es lo mismo que decir que uno va a cambiar.

«Quiero hacerlo.»

«Podría.»

«Tengo buenas razones para ello.» o

«Necesito hacerlo.»

Ninguna de estas respuestas sería satisfactoria en un tribunal.¹ ¿Por qué? Porque ninguna afirma, en realidad, que la persona *va a* decir la verdad. Ninguna de ellas es un compromiso.

El lenguaje de compromiso puede adoptar muchas formas. Quizás, la más clara sea «Voy a...». Algunas versiones más enfáticas son «Prometo», «Juro» o «Garantizo que». «Doy mi palabra de» es una manera clásica de hacerlo y «Tengo la intención de» refleja la decisión de pasar a la acción, aunque quizás con ciertas dudas.

Activación

Luego están las palabras que indican movimiento hacia la acción, pero que no son exactamente un compromiso. Este tipo de lenguaje no constituye un contrato, pero sí que indica que la persona se inclina en dirección a la acción.

«Estoy dispuesto a...»

«Estoy listo para...»

«Estoy preparado para...»

No serían respuestas del todo aceptables a la pregunta «¿Prometes...?». El lenguaje de activación es un «casi» e implica un compromiso no expreso. Cuando alguien recibe este tipo de respuesta durante una conversación cotidiana, el siguiente paso natural es

pedir información específica al otro: ¿cuándo lo hará? ¿Qué es exactamente lo que está dispuesto a hacer?

Primeros pasos

Cuando buscamos discurso de cambio en las sesiones de psicoterapia, detectamos un tercer tipo de lenguaje de activación. Dar los primeros pasos es una forma de discurso que indica que la persona ya ha hecho algo en dirección al cambio. Esto puede suceder, por ejemplo, cuando el cliente explica que, desde la última sesión, ha emprendido alguna acción concreta hacia el objetivo de cambio:

«Me he comprado zapatillas de deporte para poder salir a correr.»
«Esta semana no he picado entre horas.»
«He asistido a una reunión de un grupo de apoyo.»
«He llamado a tres ofertas de trabajo.»

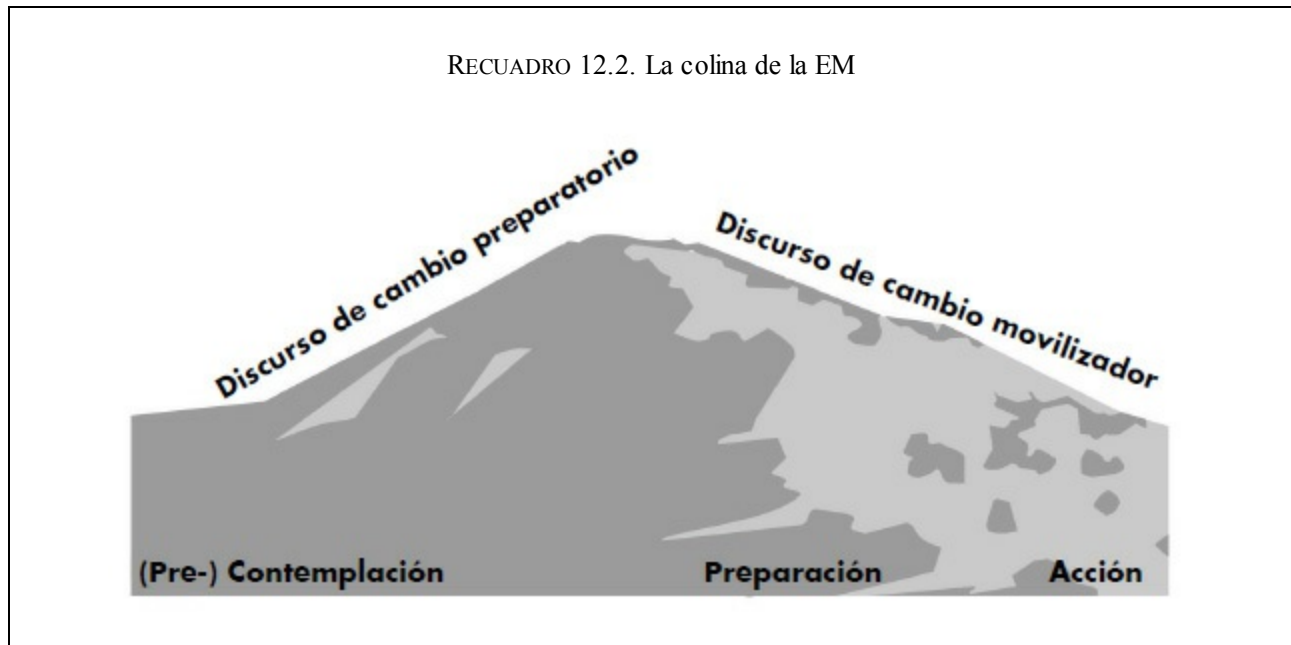
Alguien que, por ejemplo, ha asistido a una reunión de AA no necesariamente se ha comprometido a dejar de beber, pero sí que ha dado un primer paso en esa dirección.

En inglés, el acrónimo CATs (*Commitment, Activation y Taking steps*) recoge estos tres tipos de discurso de cambio movilizador. DARN y CATs no constituyen todas las formas posibles de discurso de cambio; son sólo ejemplos habituales. La clave reside en atender para detectar el lenguaje que indique movimiento hacia el cambio.

Los dos lados de la colina

No se preocupe demasiado por clasificar el discurso de cambio que escuche. Lo importante es detectarlo. El mero hecho de ser animales sociales ya nos proporciona una comprensión intuitiva de cómo funciona. Otra de las metáforas que utilizamos sugiere que el cambio es como subir una colina por un lado y bajar por el otro. El recorrido ascendente representa el discurso de cambio preparatorio (DARN) y el recorrido descendente es el discurso de cambio movilizador (CATs). Una de las cosas que ha de preguntarse durante las sesiones es en qué lado de la colina se encuentra. El proceso de evocar discurso de cambio preparatorio puede resultar muy cuesta arriba, tanto para el cliente como para el entrevistador, y ser un ascenso dificultoso y estratégico que avanza paso a paso por la resbaladiza cuesta de la ambivalencia. A medida que el discurso de cambio preparatorio se refuerza, es muy probable que empecemos a escuchar discurso de cambio movilizador, hasta que llegamos a un punto en que el proceso parece más un paseo cuesta abajo. Por supuesto, en el descenso aún nos aguardan escollos y hay que tener cuidado para no tropezar ni adelantarse al cliente. Cuando emprenden el camino de descenso, los clientes también pueden ponerse nerviosos y empezar a preguntarse si avanzan demasiado rápido. Hablaremos detenidamente del descenso en la parte V, que

aborda el proceso de planificación. Fíjese en el recuadro 12.2, que compara el discurso de cambio preparatorio y las etapas de los procesos de cambio descritas en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1984).



Discurso de mantenimiento

Cualquier tipo de discurso que pueda pronunciarse en favor del cambio también puede utilizarse para expresar una reacción igual y opuesta en defensa del *statu quo*. En la ambivalencia, ambos argumentos tienen representación en el comité interno del cliente que hemos presentado en el capítulo 1. A continuación encontrará ejemplos de discurso de mantenimiento que utiliza las categorías DARN y CATs que acabamos de describir.

Deseo

- «Me encanta fumar y cómo me hace sentir.»
- «No quiero hacer ejercicio.»
- «Me gusta comer lo que me apetece cuando me apetece.»

Habilidad

- «Ya he intentado dejar de fumar y no creo que pueda conseguirlo.»
- «Creo que no me hace falta hacer ejercicio para tener buena salud.»
- «Puedo apañármelas solo.»

Razón

- «Fumar me relaja.»
- «No tengo tiempo para hacer ejercicio.»
- «Cuando intento perder peso, luego lo recupero otra vez.»

Necesidad

«Tengo que fumar. Si no, el día se me hace insoportable.»
«Tengo que dedicar mi tiempo y energía a otras cosas.»
«Necesito aceptarme tal y como soy.»

Compromiso

«Voy a seguir fumando.»
«No pienso hacer ejercicio. Y punto.»
«Ya estoy harto de dietas. Ni una más.»

Activación

«Estoy dispuesto a asumir los riesgos de fumar.»
«No estoy listo para empezar a hacer ejercicio.»
«No estoy preparado para asumir todo eso.»

Dar los primeros pasos

«He vuelto a fumar.»
«He devuelto las zapatillas de deporte.»
«He quemado las pautas dietéticas que me dio.»

El discurso de mantenimiento y el discurso de cambio son conceptualmente opuestos (los argumentos de la persona en favor y en contra del cambio) y predicen resultados distintos. La predominancia del discurso de mantenimiento y la proporción equitativa de discurso de cambio y de mantenimiento se asocian a la persistencia de la situación actual, mientras que el predominio del discurso de cambio predice el cambio de conducta (Moyers, Martin, Houck, Christopher y Tonigan, 2009). También hay pruebas preliminares de que los sustratos neuronales de estos dos tipos de discurso son diferentes. En un estudio de neuroimagen, el discurso de mantenimiento espontáneo acerca del consumo de alcohol se asoció a la activación de varias vías de recompensa (dopaminérgicas), algo que no sucedía con el discurso de cambio espontáneo (Feldstein Ewing, Filbey, Sabbineni, Chandler y Hutchinson, 2011). Es decir, cuando las personas expresan discurso de mantenimiento, es muy posible que activen canales apetitivos que cabe esperar que favorezcan la persistencia de la conducta del consumo de alcohol. Las pautas de activación neuronal también difieren en función de si el estilo relacional es colaborativo o discordante (Boyatzis *et al.*, 2012).

El discurso de mantenimiento y el discurso de cambio son conceptualmente opuestos (los argumentos de la persona en favor y en contra del cambio).

El bosque de la ambivalencia

Tal y como hemos explicado en el capítulo 1, es normal que durante las entrevistas escuchemos tanto discurso de cambio como discurso de mantenimiento; con frecuencia aparecen incluso en la misma frase. En eso consiste, precisamente, la ambivalencia. El

comité interno representa simultáneamente ambas motivaciones.

«Quiero a Christine. Al menos creo que la quiero. Cuando no estoy con ella, la echo de menos y pienso en ella constantemente; pero también pienso en otras mujeres. Me gusta estar con ella, pero es tan celosa que a veces me siento atrapado. No sé qué hacer. Quiero estar con ella, pero me saca de quicio.»

La lucha interna puede convertirse en un debate agotador en el que cada argumento da lugar a un contraargumento. Más allá de los argumentos lógicos, la ambivalencia también puede tener que ver con emociones muy intensas. Las distintas alternativas de conducta pueden estar relacionadas con cuestiones de significado y de identidad más profundas. Dejar de fumar no es lo mismo que convertirse en no fumador. La defensa del consumo de drogas puede simbolizar la reticencia a renunciar a la rebelde libertad de la adolescencia.

¿Cómo ayudar al otro a salir de este atolladero? Cuando intentamos encontrar el sendero que nos permita salir del bosque, corremos el riesgo de empezar a avanzar en círculos y regresar al mismo lugar una y otra vez. Para evitarlo, debemos movernos siempre en línea recta. Cuando carecemos de brújula, hay un truco de explorador que consiste en encontrar tres árboles en línea recta: uno cerca de nosotros, otro a media distancia y el tercero muy alejado. Entonces, avanzamos del primer árbol al segundo, sin perder de vista el tercero. Y cuando nos acercamos al segundo, miramos más allá del tercero e identificamos un cuarto, más lejos y en la misma línea recta. Así, podemos avanzar en línea recta aunque aún no veamos la salida del bosque.

El proceso de la EM es muy parecido. Allá donde las personas, por sí solas, corren el riesgo de entrar en un pensamiento circular y acabar siempre en el mismo sitio, la EM las ayuda a seguir avanzando de un árbol al siguiente, hasta que, al fin, encuentran el sendero que las saca del bosque.

Puntos clave

- ✓ La ambivalencia, o la presencia simultánea de motivaciones contradictorias, es un proceso humano normal en el camino hacia el cambio.
- ✓ En el lenguaje natural, la ambivalencia se refleja en una combinación de discurso de cambio y discurso de mantenimiento.
- ✓ El discurso de cambio *preparatorio* (p. e., deseo, habilidad, razón y necesidad) tiende a anteceder al discurso de cambio *movilizador* (p. e., compromiso, activación y dar los primeros pasos).
- ✓ El propósito del proceso de evocación es ayudar a resolver la ambivalencia en dirección al cambio.

CAPÍTULO 13

EVOCAR LA MOTIVACIÓN DE LA PROPIA PERSONA

Es la verdad que nos escuchamos decir y no el tratamiento que recibimos lo que nos cura.

O. HOBART MOWRER

Hay quien dice que la palabra muere cuando se pronuncia. Y yo digo que es entonces cuando empieza a vivir.

EMILY DICKINSON

Convencerse a uno mismo para cambiar

El proceso de cambio que ocurre en la EM no es único, sino que es el modo normal en que cambian las personas. El periodo de ambivalencia (contemplación) se resuelve cuando la balanza se inclina hacia el lado del cambio, y las ventajas percibidas del cambio empiezan a superar a los inconvenientes. Aunque, a veces, esto sucede en un momento «Eureka» concreto, lo más habitual es que se trate de un proceso gradual con avances y retrocesos. La EM ayuda a las personas a seguir avanzando hacia delante hasta que consiguen salir del bosque, mediante el proceso natural de resolución de la ambivalencia.

En concreto, en la EM el proceso ocurre cuando la persona se convence a sí misma, literalmente, para cambiar. Las personas tienden a comprometerse más con lo que se escuchan decir a sí mismas. Con frecuencia, el comité interno debate la ambivalencia en un proceso cognitivo silencioso que puede descarrilar con facilidad. Benjamin Franklin fue uno de los que defendía hacer listas de pros y contras como estrategia para reflexionar sistemáticamente acerca de la posibilidad de cambio. Sin embargo, si expresamos en voz alta tanto las ventajas como los inconvenientes, el resultado esperado es la continuidad de la ambivalencia. La EM ayuda a las personas a salir del bosque utilizando el lenguaje en favor del cambio.

La EM ayuda a las personas a seguir avanzando hacia delante, mediante el proceso natural de resolución de la ambivalencia.

Verbalizar las motivaciones personales delante de otro también es importante. Piense en las diferencias subjetivas entre afirmar algo como «Hoy voy a salir a correr» o «Perdono a mi padre» de estas maneras:

- Pensarlo en silencio, para uno mismo.
- Escribirlo.
- Mirarse al espejo mientras se pronuncia la frase en voz alta, a solas.
- Decírselo a otra persona.

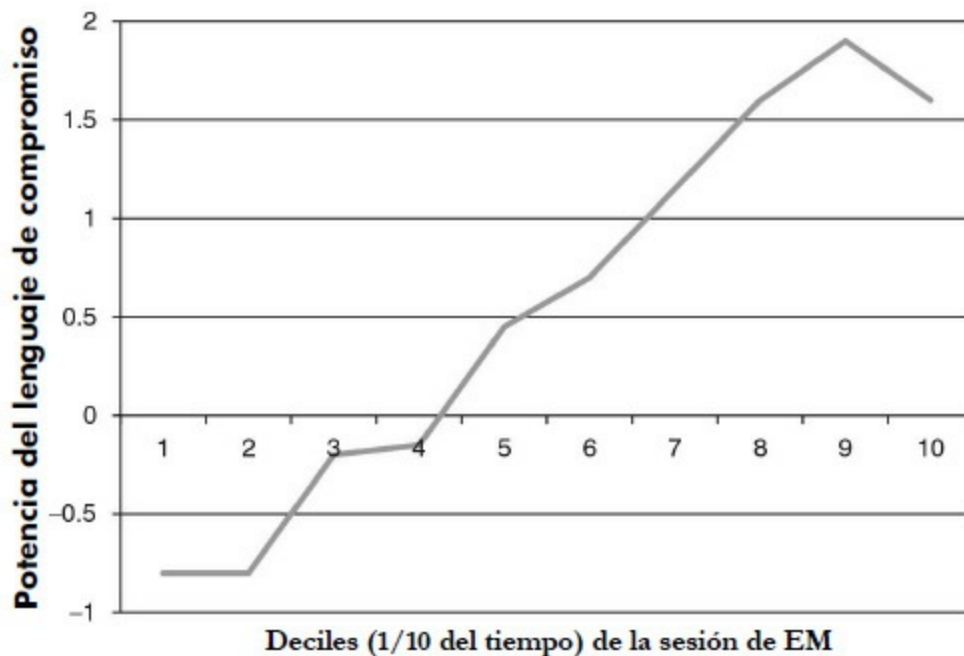
El contexto interpersonal también es relevante. Un contexto coercitivo puede interferir con la honestidad, pero cuando uno expresa en voz alta sus propias motivaciones en el contexto de una relación de aceptación, afirmativa, de escucha y carente de juicios, el impacto puede ser extraordinario. Por eso la EM presta tanta atención a la evocación y la exploración del discurso de cambio.

Esto no significa que debemos ignorar el discurso de mantenimiento, porque entonces violaríamos el espíritu de aceptación. Cuando ocurre, el discurso de mantenimiento se escucha, se respeta y, con frecuencia, se refleja y se incluye en la imagen general (capítulo 15). Sin embargo, la EM gestiona la conversación de un modo intencional, de modo que se centra en evocar y en explorar concretamente el discurso de cambio. El primer paso es reconocer el discurso de cambio cuando lo escuchamos (capítulo 12). En este capítulo, presentaremos estrategias para evocar el discurso de cambio y aumentar así las probabilidades de que ocurra.

En otras palabras, podemos influir significativamente en cuánto discurso de cambio verbalizan nuestros clientes. La frecuencia y la potencia del discurso de cambio suelen aumentar a lo largo de la sesión de EM. Cuando entregamos al psicolingüista Paul Amrhein las primeras grabaciones de sesiones de EM para que las analizase, asumió que estaba escuchando a actores, no a clientes reales. ¿Por qué? Porque, nos explicó, el grado de aumento del discurso de compromiso (capítulo 21) no ocurre en un periodo de tiempo tan breve durante una conversación natural. Creyó que habíamos preparado guiones para que las sesiones reflejasen una situación ideal. Sin embargo, una vez que hubo analizado múltiples sesiones de EM, se dio cuenta de que ese era el proceso habitual. El recuadro 13.1 muestra el aumento que observó en 61 entrevistas de EM con clientes que luego se abstuvieron de consumir drogas (Amrhein *et al.*, 2003). Cada punto del eje horizontal representa unos cinco minutos (una décima parte) de la sesión. Al principio de las sesiones, los clientes, en la etapa inicial del tratamiento de la adicción, expresaban el compromiso de seguir consumiendo drogas (valores inferiores a cero, que refleja la neutralidad). Al final de la sesión, expresaban un compromiso mayor con abstenerse del consumo. La pendiente de la línea (el aumento del discurso de cambio durante la sesión de EM) predecía el éxito de la abstinencia. En otras palabras, la EM produjo un cambio poco habitual en la proporción de discurso de cambio que, a su vez, predijo el cambio de conducta posterior.

Si el discurso de cambio aumenta de este modo durante las sesiones de EM, ¿es porque el entrevistador hace algo especial? Para contestar a esta pregunta, Glynn y Moyers (2010) llevaron a cabo otro tipo de investigación. En este estudio, se dio la instrucción a los entrevistadores (sin que los clientes lo supieran) de que cambiaran el estilo comunicativo cada doce minutos durante la sesión: se trataba de un diseño ABAB, en el que se alternan dos situaciones, A y B (*cf.* Patterson y Forgatch, 1985). En una condición, el entrevistador debía evocar y reforzar el discurso de cambio del cliente en relación con el consumo (DC). La otra condición era un análisis funcional (AF), un elemento habitual en la terapia conductual cuyo objetivo es tratar de entender los antecedentes y las consecuencias del consumo de alcohol. Ambos estilos se basan en la escucha empática, pero sólo el primero lleva al entrevistador a intentar evocar y reforzar deliberadamente el discurso de cambio. El orden de las situaciones se modificó aleatoriamente, por lo que a veces se empezaba por el análisis funcional y otras por el discurso de cambio. ¿Podían los entrevistadores influir en la cantidad de discurso de cambio que verbalizaban los entrevistados? El recuadro 13.2 refleja el resultado. El discurso de cambio aumentó significativamente y el discurso de mantenimiento se redujo durante los segmentos esperados y el patrón se invertía durante los segmentos de análisis funcional. Fijese sobre todo en la tasa de cambio, o la proporción relativa de discurso de cambio y de discurso de mantenimiento en los discursos de DC y de AF.

RECUADRO 13.1. Potencia del lenguaje de compromiso durante las sesiones de EM



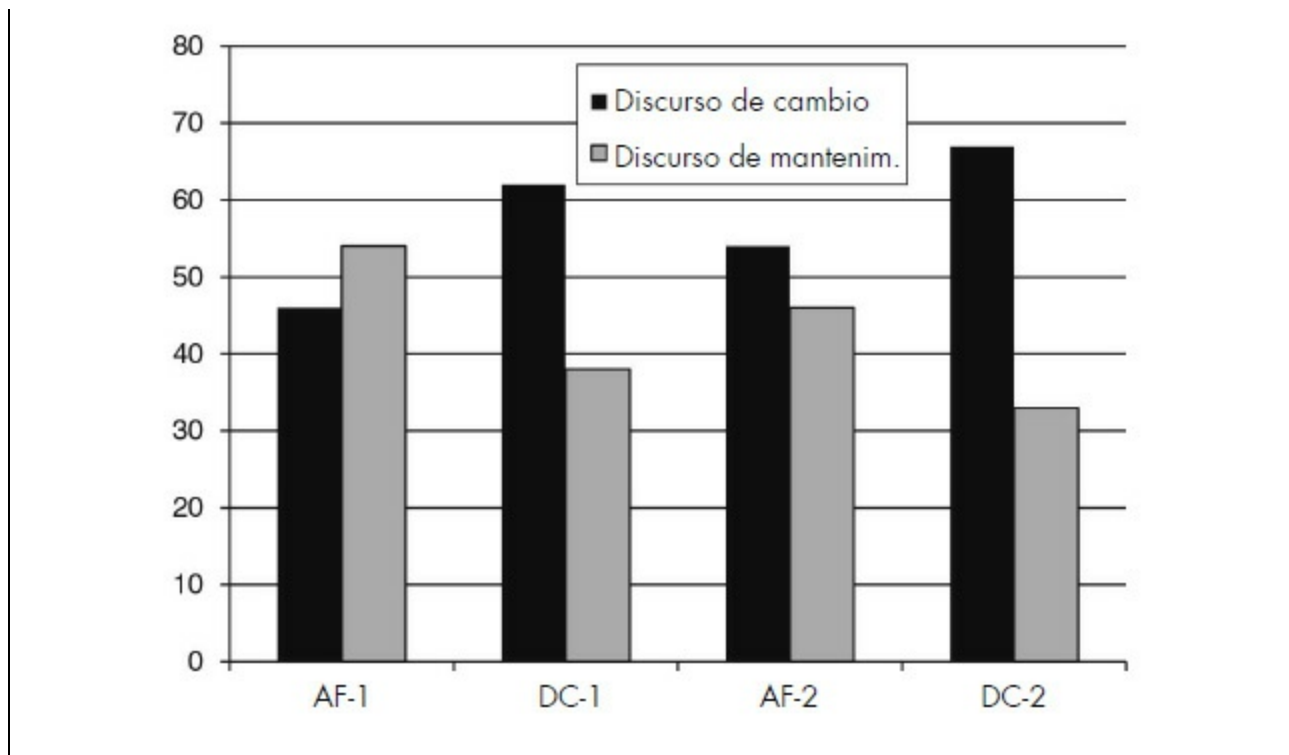
Nota: Los valores negativos representan el compromiso de seguir consumiendo drogas; los valores positivos representan el compromiso de dejar de consumir drogas.

En otro estudio, Moyers y Martin (2006) estudiaron las relaciones secuenciales entre las respuestas del entrevistador y el discurso de cambio del cliente durante las sesiones de EM. Concluyeron que la probabilidad de discurso de cambio aumentaba significativamente tras respuestas del entrevistador congruentes con la EM, pero no tras otros tipos de conducta por parte del entrevistador.

Douglas Sellman y sus colegas llevaron a cabo otro estudio, en Nueva Zelanda, en el que asignaron aleatoriamente a personas con dificultades con el alcohol para recibir, o bien un tratamiento de EM, o bien una terapia centrada en el cliente que ofrecía escucha reflexiva (capítulo 5), pero sin la orientación a objetivos de la EM. Sólo la situación de EM produjo una reducción significativa del consumo de alcohol en comparación con el grupo de control (Sellman, MacEwan, Deering y Adamson, 2007; Sellman *et al.*, 2001).

Si reunimos los resultados de estos y otros estudios, concluimos que lo que los clientes dicen durante el tratamiento es muy importante: el aumento del discurso de cambio (en relación con el discurso de mantenimiento) se asocia a cambios de conducta posteriores. Es más, también es importante lo que digan los terapeutas. El discurso de cambio y el discurso de mantenimiento son muy sensibles al estilo de comunicación del entrevistador, que puede influir significativamente en la proporción de cada uno que escuchará. El efecto diferencial sobre el discurso de cambio y el cambio posterior no parece ser una función de limitarse a ser «amable» con el cliente o de escuchar bien, sino que es consecuencia de la aplicación de estrategias orientadas a evocar el discurso de cambio.

RECUADRO 13.2. Los porcentajes de discurso de cambio y discurso de mantenimiento cambian según el estilo del entrevistador



Evocar el discurso de cambio

Entonces, ¿cómo podemos generar más discurso de cambio en el cliente? Obviamente, es posible hacerlo y no hay una estrategia única para conseguirlo. Sus clientes le dirán cuándo lo hace bien. Si escucha discurso de cambio, haga más de lo que esté haciendo. Si escucha cada vez más discurso de mantenimiento y discordancia, pruebe algo distinto. Una de las ventajas de aprender la EM es que, una vez que se sabe a qué atender, los clientes proporcionan un *feedback* inmediato y continuado que ayuda al entrevistador a mejorar sus habilidades.

Cuando se aprende la EM y una vez que se sabe a qué atender, los clientes proporcionan un *feedback* inmediato y continuado que ayuda al entrevistador a mejorar sus habilidades.

Formular preguntas evocadoras

Es muy posible que una de las maneras más sencillas y directas de evocar el discurso de cambio sea pedirlo. Formule preguntas abiertas cuya respuesta deba consistir en discurso de cambio. De este modo, da la palabra a los miembros a favor del cambio del comité interno del paciente.

Los acrónimos DARN y CATs pueden resultarle útiles a la hora de generar preguntas que susciten distintos tipos de discurso de cambio. No hace falta pasar por todos los elementos de la lista; sólo tiene que arrancar el proceso. Recuerde que, por lo general, empezará cerca de la falda de la colina del recuadro 12.2 (discurso de cambio preparatorio), por lo que no conviene que formule preguntas movilizadoras demasiado pronto en el proceso de evocación. A no ser que el cliente ya llegue dispuesto a cambiar (y, entonces, quizás pueda saltarse la etapa de evocación y pasar directamente a la de planificación), espere a haber acumulado una buena proporción de discurso de cambio preparatorio y a haber escuchado algo de discurso de cambio movilizador espontáneo antes de lanzarse a explorar el otro lado de la colina.

Entonces, ¿qué preguntas puede plantear para generar un discurso de cambio preparatorio? Aproveche el acrónimo DARN para generar ideas.

DESEO

Las preguntas relacionadas con el deseo suelen contener verbos como *querer*, *desear* o *gustar*. Hay varias maneras de preguntar acerca del deseo de cambio.

- «¿Cómo le *gustaría* que cambiaran las cosas?»
- «¿Qué *espera* conseguir con nuestro trabajo juntos?»
- «Explíqueme qué es lo que no le *gusta* de la situación actual.»
- «¿Cómo *quiere* que haya cambiado su vida dentro de un año?»
- «¿Qué le *gustaría* que sucediera en su matrimonio?»
- «¿Qué *desea* de este programa?»

HABILIDAD

Las preguntas con relación a la habilidad indagan sobre lo que la persona *puede* o es *capaz* de hacer o, para ser más suaves (en condicional), qué *podrían* hacer (esto no les compromete a la acción).

- «Si realmente acaba decidiendo que quiere adelgazar, ¿cómo *podría* hacerlo?»
- «¿Qué cree que *podría* cambiar?»
- «¿Qué ideas tiene acerca de cómo *podría* _____?»
- «¿Cuán seguro está de que *podría* _____ si se decidiera a ello?»
- «De las distintas opciones que ha planteado, ¿cuál le parece más *factible*?»
- «¿Cuán probable es que *pueda* _____?»

RAZÓN

Las preguntas sobre las razones exploran los motivos específicos para cambiar. Exploran las razones «Si..., entonces...» para valorar o hacer un cambio.

«¿Por qué querrías hacer más ejercicio?»
«¿Cuáles son los inconvenientes de la situación actual?»
«¿Cuáles podrían ser los beneficios de dejar de beber?»
«¿Qué harías que te mereciera la pena _____?»
«¿Qué ventajas podría tener _____?»
«Acaba la siguiente frase: “Las cosas no pueden seguir así, porque _____”.»
«¿Cuáles crees que serían los mejores motivos para _____?»

Otra estrategia directa es provocar discurso de cambio de un modo que normalice la ambivalencia:¹

«La mayoría de las personas tienen emociones contradictorias cuando se enfrentan a un cambio. Es posible que tenga varias razones para continuar como hasta ahora y que, al mismo tiempo, haya pensado en algunos motivos para cambiar. ¿Podría explicarme algunas de las razones para cambiar que se le hayan ocurrido?»

NECESIDAD

Aunque el lenguaje de la necesidad expresa la urgencia del cambio sin necesidad de dar motivos específicos, es posible que las preguntas sobre la necesidad evoquen razones (y ya está bien así). De nuevo, se puede preguntar de muchas maneras.

«¿Qué *tiene que* pasar?»
«¿Cuán *importante* es para ti _____?»
«¿Cuán *grave* o *urgente* te parece?»
«¿Qué crees que *ha de* cambiar?»
«Acaba esta frase: “Verdaderamente *tengo que* _____”.»

Tal y como hemos explicado en el capítulo 14, se trata de algo más complejo que limitarse a formular preguntas. También hay que poner en práctica procesos específicos para reflejar y reforzar el discurso de cambio cuando aparezca. Y, sin embargo, resulta sorprendente la cantidad de discurso de cambio que se puede evocar con tan sólo formular las preguntas adecuadas.

LAS PREGUNTAS EQUIVOCADAS

Si hay preguntas adecuadas, ¿hay también preguntas equivocadas? A continuación encontrará preguntas que, a pesar de ser abiertas, no suelen ser recomendables durante la EM.

«¿Por qué no ha cambiado?»
«¿Qué le impide hacerlo?»
«¿Por qué fuma?»
«¿En qué estaba pensando cuando la lió?»
«¿Por qué no se esfuerza más?»

«¿Cuáles son las tres razones principales que podrían llevarle a abandonar el programa?»
«¿Qué problema tiene?»
«¿Cómo es posible que quiera volver a _____?»
«¿Por qué no _____?»

¿Por qué son desaconsejables las preguntas de este tipo desde la perspectiva de la EM? Porque si la persona responde literalmente, el resultado esperado es un discurso de mantenimiento. Además, algunas de las preguntas tienen un matiz crítico que, muy probablemente, podría dañar el vínculo y crear discordancia.

No queremos decir en absoluto que *siempre* sea inadecuado formular una pregunta cuya respuesta más probable sea el discurso de mantenimiento. Nosotros lo hacemos a veces. La cuestión es reflexionar antes de formular preguntas de este tipo y preguntarse: «¿La respuesta más probable es un discurso de mantenimiento o de cambio?». Si es lo primero, ¿qué estrategia o motivo tiene para preguntar? Algunas de las respuestas posibles podrían ser:

- *Explorar los obstáculos para el cambio durante el proceso de planificación.*
«Entonces, ¿qué cree que podría dificultarle hacer lo que quiere hacer?»
- *Aliarse con la reticencia, con la esperanza de evocar discurso de cambio.*
«Entonces, ¿cree que le sería imposible dejar de fumar?»
- *Para arrancar cuando el discurso de cambio no aparece* (capítulo 15). «De acuerdo. Entonces, explíqueme una cosa: ¿en qué le beneficia el consumo de cocaína? ¿Qué es lo que le gusta?» [Y entonces] «¿Y cuáles son los inconvenientes? ¿Cuáles son las cosas que no le gustan tanto?»

Como norma general, formule preguntas abiertas que susciten discurso de cambio, aunque puede haber razones estratégicas para preguntar acerca de lo contrario. Recuerde que la proporción relativa entre el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento es un predictor del cambio posterior.

Formule preguntas abiertas que susciten discurso de cambio.

Utilizar la escala de la importancia

Una de las preguntas evocadoras (necesidad) que acabamos de plantear es: «¿Cuán importante es para usted _____?». Una versión de esta pregunta pide a la persona que puntúe el nivel de importancia percibida en una escala (Butler, Rollnick, Cohen, Russell, Bachmann y Stott, 1999). Nosotros solemos usar una escala imaginaria que va del 0 al 10:

«En una escala de 0 a 10, donde 0 es “nada importante” y 10 “lo más importante para mí en estos momentos”, ¿cuán importante diría que es ahora para usted _____?»

La respuesta será un número entre 0 y 10. En sí misma, la pregunta tiene una utilidad muy limitada. El valor para el discurso de cambio se deriva de la pregunta de continuación acerca del número elegido por la persona:

«¿Y por qué diría que está en _____ y no en 0 [o un número inferior]?»

Fíjese en que el reflejo de corrección podría llevarnos a formular la pregunta contraria: «¿Y por qué diría que está en un 6 y no en un 10?». La respuesta a esta pregunta es un discurso de mantenimiento, mientras que preguntar al cliente por qué se ha ubicado en el 6 y no en el 2, tiene muchas probabilidades de suscitar discurso de cambio: las razones por las que el cambio *es* importante.

¿Y si la persona responde «cero» cuando se le pregunta acerca de la importancia? Puede suceder, aunque es muy poco frecuente. Y también proporciona información útil. Un cero genuino significaría que no existe la menor ambivalencia (al menos en relación con la importancia actual), lo que sugeriría la idoneidad de explorar otros aspectos del DARN, además de la necesidad, o de, quizás, recurrir a alguna estrategia para generar ambivalencia (capítulo 18).

Aunque esta técnica también se conoce como «escala de la disposición al cambio», casi nunca preguntamos: «En una escala de 0 a 10, ¿cuán *dispuesto* está a cambiar?». La disposición ya forma parte del discurso de cambio movilizador, que se encuentra en la otra ladera de la colina de la EM; además, no es un lenguaje que las personas utilicen habitualmente en el discurso espontáneo (Amrhein *et al.*, 2003). Preguntarle a alguien cuán *dispuesto* está a cambiar es presionar hacia el cambio. Por eso preferimos preguntar acerca de la necesidad percibida (importancia).

La escala también puede utilizarse para preguntar acerca de otros aspectos del discurso de cambio preparatorio. Por ejemplo, en el capítulo 16 explicaremos cómo utilizar una escala de confianza para reforzar la sensación de autoeficacia. Podemos preguntar: «¿Cuánto *quieres* cambiar?», aunque lo hacemos en muy raras ocasiones, porque es muy probable que los números sean bastante bajos y es muy posible decidir cambiar aunque uno no quiera (p. e., por razones específicas o porque es lo correcto). Una escala suele bastar para evocar discurso de cambio y no recomendamos usar más de dos en una conversación, porque puede hacerse aburrido.²

Otra de las posibles preguntas de continuación para evocar discurso de cambio es: «¿Qué tendría que suceder para pasar del [número actual] a por ejemplo [un número superior]?». En otras palabras, ¿qué podría pasar que hiciera el cambio aún más importante? También puede preguntar qué puntuación otorgaría una persona importante para el cliente (por ejemplo, su pareja) y, entonces, hacer la pregunta de continuación: «¿Por qué cree que su número sería tan elevado?».

Si las puntuaciones numéricas no parecen el mejor enfoque para su cliente o para su población, puede desarrollar una escala más adecuada. Puede señalar distintos niveles mediante palabras, imágenes o incluso animales. También es posible usar una escala visual sin marcas; por ejemplo, una línea con «Muy importante» en un extremo y «Nada importante» en el otro, sin más. Se le puede pedir a la persona que marque con un lápiz en qué punto de la línea se encuentra, y el entrevistador lo mide después. Las escalas manipulables también pueden ser muy útiles, por ejemplo un deslizador que pueda moverse a lo largo de una línea para que refleje la posición actual. Fijar un dispositivo así a una regla permite asignar un número rápidamente, si lo necesitamos para la recogida de datos. Amrhein construyó una pequeña balanza con forma de sierra que podía inclinarse hasta cualquier nivel de un extremo a otro, con un transportador de ángulos al otro lado que daba un valor numérico al ángulo de desviación. Use la escala que use, siempre podrá formular la pregunta de continuación de por qué la persona ha elegido ese punto de la escala en lugar de otro inferior.

Explorar los extremos

Cuando parezca que el deseo de cambio es muy escaso, otra de las maneras de suscitar discurso de cambio es pedir a la persona que describa los extremos de sus preocupaciones (o de las de otros) e imaginar las consecuencias extremas que podrían darse:

«¿Qué es lo que más le preocupa de la hipertensión a largo plazo?»
«Imagine que sigue así, sin cambiar nada. ¿Qué cree que es lo peor que podría pasar?»
«¿Qué sabe acerca de las cosas que pueden suceder si bebe durante el embarazo, aunque crea que a usted no le puede pasar?»

En el otro extremo, puede resultar útil imaginar las mejores consecuencias de emprender un cambio:

«¿Qué cree que sería lo mejor de hacer este cambio?»
«Si tuviera éxito y lograra cambiar todo lo que se ha propuesto, ¿cómo cambiarían las cosas?»
«Imagine por un momento que consiguiera _____. ¿Qué consecuencias positivas cree que podría tener?»

Mirar hacia atrás

A veces, cuando se trata de suscitar discurso de cambio resulta útil que el cliente recuerde épocas anteriores a la aparición del problema y las compare con la situación actual:

«¿Recuerda alguna época en que las cosas le fueran bien? ¿Qué ha cambiado?»
«¿Cómo eran las cosas antes de que empezara a consumir drogas?»

¿Cómo era usted entonces?»

«Háblenme de cómo se conocieron y de qué les atrajo del otro entonces.»

«¿En qué se diferencian la persona que era usted hace diez años y la que es ahora?»

«¿En qué le ha cambiado el dolor como persona o cómo le ha impedido crecer o avanzar?»

Mirar atrás puede evocar una época anterior a los problemas, lo que destaca tanto la discrepancia con la situación actual como la posibilidad de que las cosas puedan mejorar de nuevo en un futuro. Si mirar hacia el pasado genera la descripción de una época en que la situación era aún peor, puede explorar qué ha sucedido desde entonces e identificar mejoras.

Mirar hacia delante

Ayudar a las personas a visualizar un futuro distinto es otro modo de suscitar discurso de cambio. Se trata de preguntar al cliente cómo podrían ser las cosas si cambiara.

«Si decide cambiar, ¿qué espera que sea distinto en el futuro?»

«¿Cómo le gustaría que fueran las cosas dentro de cinco años?»

«Si pudiera tener una semana sin síntomas/problemas, ¿qué es lo primero que haría?»³

«Veo que se siente muy frustrado. ¿Qué le gustaría que fuera distinto en el futuro?»

Del mismo modo, puede invitar a la persona a anticiparse en el tiempo e imaginar cómo pueden ser las cosas si no cambia.

«Imagine que no cambia nada y que sigue igual que ahora. ¿Cómo cree que sería su vida dentro de cinco años?»

«Dado lo que ha sucedido hasta ahora, ¿qué supone que pasará si no cambia nada?»

Aunque explorar los extremos y mirar hacia delante pueden solaparse ligeramente, cuando miramos hacia el futuro, pedimos a la persona, o bien que nos dé una visión realista de un futuro sin cambios, o bien de sus esperanzas reales para un futuro distinto.

Explorar metas y valores

Una de las estrategias que usamos más consiste en explorar las metas y valores generales de la persona. ¿Qué es lo más importante para él o ella? Al fin y al cabo, nadie carece de motivación de forma absoluta. Es muy posible que sus prioridades sean muy distintas a las del entrevistador, pero todo el mundo tiene metas y prioridades. Explorar esos valores proporciona puntos de referencia con los que comparar la situación actual.

Tal y como hemos comentado en el capítulo 7, explorar qué es lo que más importa a alguien es una buena manera de forjar un vínculo, y puede hacerse durante el proceso de vinculación. Este tipo de conversación no se limita a los beneficios que podrían

derivarse de un cambio concreto. Ni siquiera es necesario haber identificado un foco de cambio para explorar los valores personales del cliente. Se trata de explorar qué es lo más importante para él y qué valores han elegido para que les guíen en la vida. Como los valores son aspiraciones, es muy posible que la discrepancia entre la situación actual y las metas declaradas sea considerable. Sin embargo, también es cierto que hablar de esa discrepancia en el marco de una relación terapéutica de confianza y respeto puede proporcionar una motivación muy potente para el cambio. La exploración de valores también resulta útil durante el proceso de enfoque, para identificar metas de cambio concretas. Durante el proceso de evocación, la discrepancia entre la situación o la conducta actuales de la persona y sus valores y metas elegidos genera discurso de cambio y motivación para el mismo.

Recuerde que el objetivo de evocar es suscitar la motivación para el cambio de la propia persona. La clave reside en explorar y desarrollar temas de discrepancia entre las metas o valores importantes que ha declarado el cliente y su conducta actual. Si esta línea de exploración genera discordancia o pone al cliente a la defensiva, no insista. Las respuestas del cliente son más importantes que llegar hasta el final de cualquier estrategia.

El equilibrio entre el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento

Recuerde que lo que cambia a lo largo de una sesión de EM hábil es la proporción entre el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento. Hay terapeutas que creen que una vez que empiezan a escuchar discurso de cambio, las cosas deberían ser fáciles a partir de ahí, y el discurso de mantenimiento desaparece o al menos se reduce al mínimo. Normalmente, el discurso de mantenimiento sigue apareciendo, pero es menos frecuente en comparación con el discurso de cambio entre el que se intercala. Al principio de la sesión de EM, la habilidad suele residir en entrever el rayito de discurso de cambio entre el discurso de mantenimiento, como si vislumbrásemos la luz de un faro en plena tormenta o detectásemos una señal de radio entre las interferencias. No hace falta eliminar la tormenta ni las interferencias. Basta con seguir la señal.⁴

¿Y qué sucede con el discurso de cambio ambiguo?

Hay terapeutas a quienes preocupa que los clientes «digan lo que uno quiere oír» y, por lo tanto, verbalicen un discurso de cambio con el que en realidad no están comprometidos. Otra preocupación relacionada con esto tiene que ver con los clientes a quienes el terapeuta percibe como ingenuos o poco realistas en el entusiasmo que transmiten con su discurso de cambio. ¿«Cuenta» el discurso de cambio en estas situaciones? ¿Cómo deberíamos responder cuando percibimos que el discurso de cambio del cliente no acaba de ser sincero o es demasiado ingenuo?

No le sorprenderá que no seamos demasiado partidarios de confrontar al cliente con respuestas del tipo:

«No le creo.»

«Creo que me está diciendo lo que cree que quiero oír.»

«No está siendo nada realista. Haga el favor de poner los pies en el suelo.»

Lo más probable es que este tipo de respuestas dañen el vínculo y generen discordancia. ¿Qué hacemos, entonces?

En ambos casos (deshonesto o poco realista) el problema es que el discurso de cambio se centra en generalidades en lugar de en cuestiones específicas. Lo que solemos hacer es tomar la palabra a la persona y mostrar un gran interés por los detalles concretos. El discurso vago y superficial carece (de momento) de la profundidad necesaria. Pedir al cliente que elabore un poco más y que entre en el detalle del porqué y cómo tiene muchas probabilidades de suscitar un discurso de cambio más específico, y puede transformar generalidades vagas en intenciones específicas. Esta exploración se hace desde una actitud de curiosidad sincera, no desde el cinismo o el intento de «pillar» al cliente en un engaño, ya sea hacia nosotros o hacia él mismo.

CLIENTE: No, en serio. Voy a dejar de beber. Quiero dejar de beber.

ENTREVISTADOR: ¿Por qué quiere dejar de beber? [Pregunta evocadora: razones]

CLIENTE: Pues porque voy a dejarlo, y ya está.

ENTREVISTADOR: Muy bien. La curiosidad que tengo es por qué tiene tantas ganas de dejarlo, cuando beber ha sido muy importante para usted hasta ahora.

CLIENTE: Bueno, mi familia quiere que pare. Me afecta mucho cuando mi hijo me dice «¡Por favor, papá, no bebas esta noche!». Me parte por la mitad.

ENTREVISTADOR: Es muy difícil decirle que no a un hijo cuando nos suplican así. Quiere mucho a sus hijos. [Reflejo] ¿Qué más? ¿Por qué otro motivo querría dejarlo? [Pregunta evocadora]

CLIENTE: Bueno, la doctora me dijo que tendría que dejar de beber.

ENTREVISTADOR: ¿Y qué piensa *usted* ?

CLIENTE: Sé que se preocupa por mí, por los análisis de sangre y eso. Me dijo que tengo el hígado al límite.

ENTREVISTADOR: ¿Y en qué medida es eso importante para usted?

CLIENTE: Bueno, tampoco sé demasiado del tema, pero tengo entendido que si te cargas el hígado, no hay manera de recuperarlo y que suceden cosas muy malas.

ENTREVISTADOR: Quiere mantenerse sano. [Reflejo]

CLIENTE: Claro. Por eso voy a dejar de beber.

ENTREVISTADOR: ¿Y cuál podría ser el primer paso?

Aquí, la clave reside en ayudar a los clientes a ser más específicos acerca de sus deseos, habilidades, razones, necesidades y planes. Hablar de un modo específico aumenta las probabilidades de que el cambio suceda. Es como si al tomarle la palabra al cliente, le ayudásemos a hacer que la opción de cambio sea más creíble para él también. Alguien que empieza con afirmaciones vagas puede acabar comprometiéndose con acciones concretas hacia el cambio. La especificidad aumenta la responsabilidad. Las motivaciones y las intenciones generales no consiguen un cambio tan rápido como las afirmaciones específicas. La opinión de que alguien dice «lo que queremos oír» señala que el entrevistador percibe cierta discordancia, es la intuición de que las palabras del cliente suenan a hueco. En definitiva, la percepción del entrevistador señala una preocupación relacional. Entonces, otra posibilidad cuando esto sucede es trabajar para reforzar el vínculo, de modo que el cliente se sienta lo bastante seguro como para ser más honesto y no tenga la necesidad de agradarle o engañarle.

Volvamos con Julia

Para ilustrar el proceso de cómo evocar el discurso de cambio, regresaremos al caso de Julia que ya hemos comentado en los capítulos 6, 9 y 11. En este punto, el vínculo parece sólido y se ha establecido un foco provisional en la depresión. Sin embargo, ¿cuáles son las motivaciones de Julia para el cambio?

ENTREVISTADOR: La última vez, hablamos de la depresión y de que es un problema clínico frecuente. De hecho, la depresión es el problema que trae a más personas a nuestra clínica. Repasamos los signos de depresión y reconociste algunos en ti misma. Ahora, me gustaría que hablásemos de qué te gustaría que cambiara. [Pregunta evocadora: deseo]

CLIENTE: No quiero sentirme tan mal conmigo misma que acabe cortándome el brazo. [Discurso de cambio]

ENTREVISTADOR: Eso te afectó mucho. Sabes qué *no* quieres sentir. ¿Qué es lo que *sí* quieres sentir?

CLIENTE: Lo normal, supongo. Felicidad. Tener energía para hacer cosas otra vez. [Discurso de cambio: deseo] Cuando corté con Ray, me volví loca. Creo que me pasa algo, siempre acabo cargándome las relaciones.

ENTREVISTADOR: Así que te gustaría volver a ser feliz y sentirte bien contigo misma. [Reflejo selectivo del discurso de cambio] ¿Qué más?

CLIENTE: Quiero estar con un hombre que me quiera. [Discurso de cambio] Parece que atraigo a hombres que no quieren hablar de cómo se sienten. Necesito un hombre con el que se pueda hablar. [Discurso de cambio]

ENTREVISTADOR: ¿Cuán importante es para ti tener una relación así? [Pregunta evocadora: necesidad]

CLIENTE: Muy importante. No quiero estar sola. Necesito que me quieran. [Discurso de cambio: necesidad]

ENTREVISTADOR: Lo necesitas.

CLIENTE: ¡Sí! No quiero seguir cargándome relaciones. [Discurso de cambio: deseo] No sé por qué lo hago.

ENTREVISTADOR: Explicame por qué quieres sentirte mejor. [Pregunta evocadora: razones]

CLIENTE: Es que es como si siempre llevara auestas un peso enorme... Quiero divertirme, pero me doy cuenta de que me he convertido en un muermo. Noto que hasta mis amigas me evitan. [Discurso de cambio: razones]

ENTREVISTADOR: Te gustaría sentirte ligera, disfrutar de la vida y pasártelo bien con tus amigas.

CLIENTE: Sí, eso es. [Discurso de cambio] ¿Cree que es posible?

ENTREVISTADOR: Bueno, justo iba a preguntarte sobre eso. Háblame acerca de tus capacidades. ¿Qué puntos fuertes dirían tus amigas que tienes? [Pregunta evocadora: habilidad]

CLIENTE: No sé. Creo que dirían que soy testaruda.

ENTREVISTADOR: Es decir, que cuando te propones hacer algo, lo haces.

CLIENTE: Sí, algo así. Ahora no me siento así, pero en el pasado he sido muy tenaz. Supongo que aún puedo serlo. [Discurso de cambio: habilidad]

ENTREVISTADOR: Dame un ejemplo. ¿Cuándo has hecho algo o has cambiado algo en tu vida que supusiera un esfuerzo? Quizás algo que al principio no estabas segura de poder hacer.

CLIENTE: Venir a vivir aquí. Siempre había vivido en Irlanda, cerca de mi padre y de mis hermanas, y me vine aquí sola.

ENTREVISTADOR: Muy lejos... Fuiste muy valiente.

CLIENTE: Quería estar sola, para variar, alejarme. Pero ahora me siento demasiado sola.

ENTREVISTADOR: Hace falta mucho valor para irse a vivir tan lejos sola. ¿Cómo lo hiciste?

CLIENTE: Tuve que encontrar trabajo y empecé a ir a la universidad. Tuve que acostumbrarme a otra cultura, encontrar las tiendas, acostumbrarme al sistema bancario, conocer a gente...

ENTREVISTADOR: Y lo hiciste. Tuviste que gestionar muchísimos cambios.

CLIENTE: La verdad es que ni me lo planteé. Supongo que cuando es lo bastante importante, lo hago. [Discurso de cambio: habilidad]

ENTREVISTADOR: Ahora recurre a la imaginación. Imagina que trabajamos juntos y que consigues llevar a cabo todos esos cambios. ¿Cómo habrá cambiado tu vida dentro de cinco años? [Mirar hacia el futuro]

CLIENTE: Estaría casada, quizás incluso tendría hijos. Tendría un trabajo mejor y me gustaría más. No estaría siempre tan nerviosa. Todo sería más tranquilo. [Discurso de cambio] [Continuará en el capítulo 19.]

La gran cantidad de ideas para evocar el discurso de cambio que hemos presentado a lo largo del capítulo descansan sobre algo más fundamental. Su tarea no consiste en memorizar tal o cual técnica ingeniosa para aplicarla a sus clientes, sino en escuchar con curiosidad las motivaciones para el cambio inherentes a la propia persona. Evocar es un proceso emergente y muy sensible a las interacciones del momento presente. Suscitar que el cliente manifieste sus propias afirmaciones en defensa del cambio es muy potente, «no porque aludan a un estado interno ya formulado (p. e., un deseo de cambio ya existente)..., sino porque impulsan y producen el cambio que indexan» (Carr, 2011, p. 236). Evocar es un proceso cocreativo que libera el potencial de cambio de la persona. La motivación para el cambio emerge durante la propia conversación.

Puntos clave

- ✓ La proporción de discurso de cambio y de discurso de mantenimiento en el cliente predice el cambio y se ve muy influenciada por el entrevistador.
- ✓ Es posible que el modo más sencillo de evocar sea formular preguntas abiertas que susciten discurso de cambio.
- ✓ Se pueden usar muchas otras estrategias para evocar las motivaciones del propio cliente para el cambio.
- ✓ En la EM, no suscitamos y exploramos el discurso de mantenimiento por norma, aunque puede haber razones estratégicas que lo justifiquen.

CAPÍTULO 14

CÓMO RESPONDER AL DISCURSO DE CAMBIO

Hacen falta dos para pronunciar la verdad: uno que hable y otro que escuche.

HENRY DAVID THOREAU

Al fin y al cabo, cuando pedimos consejo a alguien no es en absoluto porque queramos que nos lo den. Lo que queremos es que estén ahí mientras hablamos con nosotros mismos.

TERRY PRATCHETT

Cuando escuche discurso de cambio, no se limite a esperar más. En el marco de la EM, hay maneras concretas de responder al discurso de cambio con el objetivo de reforzarlo. Si se limita a acumularlo («¿Qué más?»... «¿Y qué más?»), perderá oportunidades importantes para consolidar la motivación para el cambio.

Por supuesto, el primer paso es detectar el discurso de cambio cuando lo escuche y no dejar que pase desapercibido (capítulo 12). Y aunque hay estrategias específicas que puede aplicar para evocar discurso de cambio (capítulo 13), cómo reaccione cuando aparezca también marcará una gran diferencia en la cantidad y la calidad del discurso de cambio que escuche.

Pars: cuatro respuestas al discurso de cambio

Cuando supervisamos sesiones de EM, buscamos cuatro respuestas concretas al discurso de cambio por parte del entrevistador. Se trata del mismo acrónimo que hemos presentado en el capítulo 6: PARS.

Preguntas abiertas
Afirmaciones
Reflejos
Sumarios

Responder de una de estas cuatro maneras suele promover un discurso de cambio más detallado o más extenso.

PREGUNTAS ABIERTAS

Cuando responda a un discurso de cambio, formule un tipo concreto de pregunta abierta: una pregunta que pida elaborar o dar un ejemplo de lo que se acaba de decir. Cuando oiga discurso de cambio, pregunte más acerca del mismo. Interésese y muestre curiosidad. Quiere saber más. Pida más detalles o ejemplos. Esto puede aplicarse tanto a los inconvenientes de la situación como a los beneficios del cambio.

Cuando escuche discurso de cambio, interésese y muestre curiosidad por el mismo.

CLIENTE: Bueno, a veces me despierto a la mañana siguiente de haber bebido y no me encuentro muy bien.

ELABORACIÓN: *¿Qué hace* que se sienta mal?

EJEMPLO: Explíqueme la última vez que le pasó.

Tanto si pide más detalles como si solicita un ejemplo concreto, el cliente continúa con el discurso de cambio.

CLIENTE: Creo que mi familia sería más feliz si no pasara tanto tiempo en el trabajo.

ELABORACIÓN: *¿Cómo cree* que mejorarían las cosas?

EJEMPLO: Hábleme de alguna vez que realmente disfrutaran en familia.

Básicamente, formule una pregunta abierta cuya respuesta sea más discurso de cambio.

AFIRMACIONES

Una segunda manera de responder positivamente al discurso de cambio es la afirmación. Reconoce y valora lo que la persona cuenta acerca del cambio. Es tan sencillo como hacer un comentario positivo sobre lo que el cliente acaba de decir.

CLIENTE: Esta semana iré dos veces al gimnasio, para hacer ejercicio. [Compromiso]

AFIRMACIÓN: ¡Muy bien!

CLIENTE: Creo que mi familia sería más feliz si pasara más tiempo en casa. [Razón]

AFIRMACIÓN: Son muy importantes para usted.

CLIENTE: Tengo que hacer algo respecto a mi peso. [Necesidad]

AFIRMACIÓN: Su salud es muy importante para usted.

CLIENTE: Creo que si me lo propusiera en serio, podría dejar de fumar. [Habilidad]

REFUERZO: Cuando se propone algo, lo hace.

REFLEJOS

La escucha reflexiva es el pilar de la EM y una buena manera de reforzar el discurso de cambio. Puede ser un reflejo simple o complejo.

CLIENTE: Ojalá no estuviera tan nervioso siempre. [Deseo]

REFLEJO: Eso le gustaría mucho. [Simple]

CLIENTE: Si lo intentara, encontraría un trabajo mejor. [Habilidad]

REFLEJO: Y tiene algunas ideas acerca de cómo podría hacerlo. [Complejo, refuerzo anticipado]

CLIENTE: Voy a dejar de intentar superar a mi hermano. [Compromiso]

REFLEJO: Lo has decidido. [Simple]

Cuando refleje discurso de cambio, lo más probable es que, a continuación, el cliente prosiga con más discurso de cambio. A continuación encontrará el ejemplo de una entrevista con una persona con problemas de ludopatía en la que se han integrado preguntas abiertas, afirmaciones y reflejos como respuesta al discurso de cambio.

ENTREVISTADOR: ¿Qué problemas le ha provocado el juego?

CLIENTE: El dinero es el más evidente.

ENTREVISTADOR: ¿Qué tipo de problemas de dinero? [PA]

CLIENTE: Bueno, que me gasto mucho dinero jugando y no siempre pago las facturas.

ENTREVISTADOR: Hábleme de la última vez que le pasó. [PA]

CLIENTE: Pues justo la semana pasada, perdí unos seiscientos dólares. Siempre me pongo un límite, pero cuando pierdo esa cantidad, decido intentar recuperarla.

ENTREVISTADOR: Y con el tiempo, las pérdidas se acumulan. [R]

CLIENTE: Sí, diría que en los últimos seis meses he perdido unos veinte mil dólares.

ENTREVISTADOR: Y eso es mucho dinero para usted. [R]

CLIENTE: ¡Ya le digo! No tenemos tanto dinero. Ahora no.

ENTREVISTADOR: Ha perdido mucho dinero. [R] ¿Y cómo le afecta esto? [PA]

CLIENTE: Se está convirtiendo en un gran problema y no dejo de pensar en ello. Vienen a casa, me llaman por teléfono, me envían cartas desagradables... Tengo que hacer algo.

ENTREVISTADOR: Quiere ser responsable y pagar sus deudas. [A]

CLIENTE: Sí, es lo que me enseñaron mis padres.

ENTREVISTADOR: ¿Y qué consecuencias específicas tiene para usted perder tanto dinero? [PA]

CLIENTE: Nadie nos da crédito, a excepción de los casinos. Al final, mi marido se ha dado cuenta de todo el dinero que he sacado de las cuentas y apenas me habla.

ENTREVISTADOR: Así que su matrimonio está pasando por un mal momento. [R] ¿Qué más? [PA]

CLIENTE: Está preocupado por cuando nos jubilemos, claro. Y no puedo comprar las cosas que quiero.

ENTREVISTADOR: Como por ejemplo... [PA]

CLIENTE: El otro día vi un vestido precioso, me quedaba ideal, pero no pude comprarlo. Me han anulado todas las tarjetas de crédito. Y, entonces, me enfado y hago tonterías.

Cuando oiga discurso de cambio, refléjelo. También es posible reflejar discurso de cambio que *podría* estar ahí pero que no se ha verbalizado con claridad. Se trata de una forma concreta de reflejo anticipado (capítulo 5) al que Theresa Moyers llama «ceder discurso de cambio». Vea este fragmento de diálogo con alguien con un consumo de alcohol excesivo.

Cuando escuche discurso de cambio, refléjelo.

ENTREVISTADOR: Ha estado bebiendo bastante. [Reflejo de lo que el cliente acaba de decir]

CLIENTE: Bueno, tampoco tanto. Puedo beber mucho sin que me afecte.

ENTREVISTADOR: Más que la mayoría de personas. [R]

CLIENTE: Sí, puedo tumbar a la mayoría de personas.

ENTREVISTADOR: *Y eso le preocupa.* [R, reflejo anticipado con discurso de cambio]

CLIENTE: Bueno, eso y cómo me siento. A la mañana siguiente suelo estar para el arrastre. Estoy como agitado y no puedo pensar bien durante la mayor parte de la mañana.

ENTREVISTADOR: *Y eso no le parece normal.* [R, reflejo anticipado con discurso de cambio].

Las respuestas en cursiva son reflejos que se prestan al discurso de cambio. El cliente aún no lo ha dicho expresamente, pero el discurso de cambio es una de las suposiciones posibles a partir de lo que sí dice. El cliente puede coincidir con usted y seguir su interpretación con más discurso de cambio. Si yerra y el cliente le corrige, puede reflejar inmediatamente lo que el cliente quería decir o incluso disculparse por el error. Al igual que sucede con el resto de reflejos durante la EM, es crucial no añadir un tono de escepticismo ni de sarcasmo ni intentar pasarse de listo. La curiosidad y la compasión genuinas constituyen la balsa que mantiene a flote todo lo demás.

Otra habilidad reflexiva es lo que llamamos «arrancar discurso de cambio de las fauces de la ambivalencia». Es muy habitual escuchar discurso de cambio intercalado con discurso de mantenimiento en la misma frase o en el mismo párrafo. Por ejemplo, suponga que habla con una cliente acerca de su falta de actividad:

Es habitual escuchar discurso de cambio intercalado con discurso de mantenimiento en la misma frase o en el mismo párrafo.

«Para cuando llego a casa del trabajo, estoy muy cansada ya. Preparo la cena y ayudo a los niños con los deberes. Cuando me acuesto, estoy agotada. Sé que tendría que hacer más ejercicio, pero no tengo tiempo.»

El reflejo de corrección del entrevistador sería explicar lo importante que es la actividad física y sugerir modos de incluir ejercicio físico en la jornada. La respuesta más probable sería más discurso de mantenimiento. Sin embargo, fíjese en que el párrafo ya contiene un argumento para el cambio. Una clave es escuchar el discurso de cambio incrustado en el de mantenimiento y reflejarlo: «Hacer más ejercicio es importante para usted». También podría pedir a la cliente que elaborase el discurso de cambio («Cuando piensa que necesita hacer más ejercicio, ¿qué se imagina haciendo?») o afirmarlo («Su salud es importante para usted»). La cuestión es detectar el discurso de cambio entre la ambivalencia e iluminarlo.

A continuación encontrará algunos ejemplos más. Para cada uno, ofrecemos tres reflejos posibles: dos que refuerzan el discurso de mantenimiento (DM) y uno que subraya el discurso de cambio (DC).

CLIENTE: Al principio me preocupé, pero no creo que tenga diabetes. El médico me dijo que estaba «al límite» o algo así, y me encuentro bien.

DM: Se encuentra bien.

DM: No cree que tenga diabetes.

DC: No quiere llegar a tener diabetes; eso le preocupa.

CLIENTE: Bueno, claro que quiero estar tan sano como sea posible, pero tengo sesenta y ocho años, caramba. Pero supongo que puedo permitirme alguna mala costumbre.

A estas alturas ya no tendrán tiempo de hacerme daño.

DM: No tiene nada que perder.

DM: A los sesenta y ocho, ya es hora de disfrutar de la vida.

DC: Quiere estar tan sano como sea posible.

CLIENTE: ¡No estaba haciendo nada malo! Yo sólo salí con ellos, no sabía que iban a robarle el bolso a la señora. Ahora dicen que he violado mi condicional. Supongo que salir a las dos de la mañana no fue muy inteligente, pero pasó tan rápido... No pude hacer nada. No infringí ninguna ley y no pienso volver a la cárcel por esto.

DM: No ha sido culpa tuya.

DM: No has hecho nada malo.

DC: Salir a las dos de la madrugada no fue muy buena idea.

CLIENTE: Es que tomarme tantas pastillas es un rollo. Tengo que acordarme de tomarlas cuatro veces al día y la mitad de las veces ni siquiera las llevo encima. No me gusta nada cómo me hacen sentir. Supongo que me las han recetado por un buen motivo, pero me es imposible seguir el tratamiento.

DM: Le es imposible hacerlo.

DM: Tener que tomar tanta medicación es muy incómodo.

DC: Sabe que es importante tomarlas.

Como regla general, tendrá más de lo que refleje. Si refleja discurso de mantenimiento, lo más probable es que obtenga más discurso de mantenimiento (aunque, a veces, las personas responden con discurso de cambio). Si refleja el discurso de cambio, obtendrá más discurso de cambio. En un reflejo doble (por un lado..., por el otro...), lo más probable es que escuche más de lo que haya dejado en último lugar.

Hay veces en que reflejar el discurso de mantenimiento puede resultar útil, y en el capítulo 15 exploraremos maneras de hacerlo estratégicamente. En ocasiones, los clientes responden al reflejo del discurso de mantenimiento con discurso de cambio, para compensar. Pero asegúrese de *escuchar* el discurso de cambio incluso cuando aparezca rodeado de discurso de mantenimiento, porque representa los argumentos de la propia persona para cambiar. Cuando escuche un bocado de ambivalencia (DM/DC/ DM), intente reflejar el discurso de cambio.

SUMARIOS

Una de las habilidades terapéuticas nucleares de la EM es proporcionar reflejos que resuman lo que la persona ha dicho. Sin embargo, la terapia centrada en el cliente no suele dar mucha orientación acerca de qué incluir y qué no en los sumarios. Obviamente, no puede repetir todo lo que le haya dicho el cliente. Cuando ha de elaborar un sumario, necesariamente selecciona qué contenido específico incluir de entre todo lo que haya dicho su cliente.

Le rogamos que tenga un poco de paciencia con nosotros durante una explicación algo larga, porque los sumarios coherentes con la EM tienen muchos aspectos técnicos e incluso artísticos. Primero presentaremos parte de un diálogo de una primera sesión de EM y luego consideraremos varios sumarios posibles.

Una paciente derivada por la doctora Clark

A continuación encontrará un ejemplo de una consulta clínica que sigue el estilo de la EM y que está basada en un caso real.¹ Tras un examen físico rutinario, la doctora Clark derivó a Sylvia a un terapeuta para que hablara con él de su consumo de alcohol. El informe de derivación indica que la doctora olió alcohol en el aliento de Sylvia

mientras la examinaba y que añadió un cribado de alcohol a las pruebas de laboratorio que solicitó. El análisis indicaba un nivel de alcohol de 90 mg % y también un nivel ligeramente elevado de encimas hepáticas. Después de leer la transcripción, valoraremos varios sumarios posibles del mismo diálogo.

ENTREVISTADOR: Sylvia, el informe de derivación apenas dice nada. ¿Podría explicarme por qué cree que la doctora Clark ha querido que viniera a verme?

CLIENTE: Pues la verdad es que me sorprendió que me llamara. Me llamó al móvil después del chequeo y me dijo que quería que viniera a verle, porque estaba preocupada por mí.

ENTREVISTADOR: La doctora Clark la llamó personalmente.

CLIENTE: Sí, sí. De hecho, me asusté. Pensé que quizás los análisis habían salido mal...

ENTREVISTADOR: ¿Y qué le dijo, entonces?

CLIENTE: Bueno, esa mañana, mientras me examinaba, me comentó que olía alcohol. Pensé que sería por el enjuague bucal que uso, y se lo dije. Y no dijo nada más al respecto.

ENTREVISTADOR: Pero luego la llamó.

CLIENTE: Supongo que pidió al laboratorio que hicieran análisis para el alcohol. No sabía que iba a hacer eso. Pero, en fin, me dijo que superaba el límite legal para conducir. Pero le juro que no había bebido nada.

ENTREVISTADOR: Se quedó sorprendida.

CLIENTE: Sí. Jamás bebo por la mañana. Me dijo que otro de los resultados había salido anormal, también; lo del hígado, creo. Y por eso me pidió que viniera a hablar con usted.

ENTREVISTADOR: Estoy seguro de que, mientras tanto, le ha dado muchas vueltas. Ahora, ¿qué piensa de lo que le dijo?

CLIENTE: Bueno, para serle sincera, no me gusta estar aquí. No me gustó que me hiciera pruebas sin decírmelo. No es asunto suyo, ni de usted, para el caso. No quería venir.

ENTREVISTADOR: Pero aun así ha venido.

CLIENTE: Es que me asusté un poco. No me explicó el resultado del análisis, sólo me dijo que quizás significaba que estaba bebiendo demasiado. ¿Se lo ha explicado a usted?

ENTREVISTADOR: Me envió el resultado, y el que le mencionó se llama GGT. Es una prueba que comprueba el funcionamiento del hígado, ya lo ha dicho bien, y da un resultado alto si se bebe bastante. Es como las luces de aviso en el salpicadero del coche. ¿Qué le parece?

CLIENTE: No me gusta. Supongo que por eso se preocupó, sé que lo hizo con buena intención.

ENTREVISTADOR: Se preocupa por usted. Y seguro que también se preocupó por el nivel de alcohol en su organismo. ¿A qué hora se hizo el chequeo?

CLIENTE: A primera hora de la mañana, de camino al trabajo. Me levanté, me duché, me vestí y fui al médico. Ni siquiera desayuné, porque tenía que estar en ayunas para los análisis.

ENTREVISTADOR: Por eso se quedó tan sorprendida, no entiende por qué el alcohol estaba ahí por la mañana.

CLIENTE: Bueno, supongo que tuvo que ser lo que quedaba del día anterior. ¿Puede ser? Tampoco bebo tanto...

ENTREVISTADOR: Sí, puede ser. El hígado tarda algo de tiempo en descomponer el alcohol, por lo que puede permanecer en el cuerpo durante bastante tiempo.

CLIENTE: Pero ¡me dijo que estaba legalmente borracha! Vivo en las afueras y trabajo en el centro, así que tengo que conducir en plena hora punta todas las mañanas. Y me encuentro perfectamente bien.

ENTREVISTADOR: Nada fuera de lo normal.

CLIENTE: No, pero me dijo que si me hubieran parado para un control, me habrían arrestado.

ENTREVISTADOR: Y eso la conmocionó.

CLIENTE: Soy funcionaria municipal, trabajo para el alcalde... Si eso pasara, podría perder mi trabajo.

ENTREVISTADOR: Muy bien. Ya veo por qué ha venido y me alegro de que lo haya hecho. Todo esto es nuevo para usted y no le gusta nada estar aquí, pero la doctora Clark la impactó. ¿Le parece que hablemos un poco de ello?

CLIENTE: De acuerdo, siempre que no me sermonee con lo de la bebida.

ENTREVISTADOR: No la sermonearé, se lo prometo. Ahora, si le parece, quizás podría hablarme de qué papel desempeña el alcohol en su vida, en un día normal.

CLIENTE: Un día normal... Mi jornada laboral es muy larga y cuando llego a casa estoy agotada, necesito relajarme. Suelo tomar algo de vino mientras preparo la cena. Si no tengo a los niños, hago algo rápido y descanso.

ENTREVISTADOR: La cosa cambia si los niños están o no.

CLIENTE: Bueno, de un modo u otro suelo beber algo de vino durante la cena y mientras la preparo también, pero si ellos están hago algo más elaborado. Estoy divorciada. Los niños casi siempre están con él. No debería ser así, pero siempre ha querido controlarlo todo.

ENTREVISTADOR: Y después de la cena, se pone cómoda y se relaja.

CLIENTE: Sí, normalmente miro la televisión. No me queda energía para mucho más.

ENTREVISTADOR: ¿Y qué papel desempeña el alcohol ahí?

CLIENTE: Bueno, me ayuda a relajarme y a desconectar. Mientras miro la tele bebo un poco más, igual me preparo un martini. Entonces, cuando me entra el sueño, me voy a dormir, me levanto y vuelta a empezar. Eso es cuando los niños no están

conmigo.

ENTREVISTADOR: Y cuando sí lo están...

CLIENTE: Miramos la televisión juntos, a no ser que tengan deberes. Cuando están no bebo tanto. Entonces, por la mañana, los llevo a la escuela antes de ir a trabajar, tengo que ir a toda prisa. Pero me gusta cuando están conmigo.

ENTREVISTADOR: Tiene un acuerdo con su ex.

CLIENTE: Tenemos custodia compartida y se supone que tengo que tenerlos de lunes a miércoles y fines de semana alternos, pero no es así. Es lo que le he dicho, que le gusta controlarlo todo. Siempre me domina, quiere las cosas a su manera. Si dice que no viene, pues no viene. Así que muchas veces no los tengo.

ENTREVISTADOR: No se cumple lo que ordenó el juez.

CLIENTE: Eso es. Pero no puedo denunciarlo. No puedo permitirme un buen abogado y dice que si me quejo dirá que soy una borracha y pedirá la custodia completa. No puedo permitirme enfrentarme a él. *(Pausa, llora un poco.)* Quiero a mis hijos, cuando están conmigo me encuentro mucho mejor. Deberían estar conmigo.

ENTREVISTADOR: ¿En qué aspectos se encuentra mejor cuando están con usted?

CLIENTE: Estoy más contenta, tengo algo que hacer. Normalmente, cuando me levanto por la mañana, me encuentro fatal, nerviosa, agotada..., no saldría de la cama. Pero lo hago. Cuando los niños están, tengo una razón para levantarme.

ENTREVISTADOR: Y esos son los días en que bebe algo menos, cuando están con usted.

CLIENTE: Ah, ya veo por dónde va. Cree que uno de los motivos por los que me encuentro tan mal por la mañana es que bebo demasiado.

ENTREVISTADOR: Es una posibilidad.

CLIENTE: Bueno, probablemente también tiene algo que ver, pero también es porque echo de menos a los niños.

ENTREVISTADOR: Le duele cuando no están con usted. Y, al mismo tiempo, se pregunta si es posible que algunas mañanas se encuentre peor por lo que ha bebido la noche antes.

CLIENTE: No creo que sea resaca, no. Pero me encuentro bastante mal. Me duele la cabeza y eso. Bueno, quizás algo de resaca..., pero no soy una alcohólica ni nada de eso.

Como elaborar sumarios coherentes con la EM no es tarea fácil, le proponemos que, antes de seguir leyendo, reflexione sobre cómo resumiría usted lo que ha sucedido hasta ahora en la entrevista. Si tuviera que ofrecer a Sylvia una recapitulación, ¿qué incluiría y por qué? Escriba un máximo de siete frases y acabe el sumario con una pregunta que le permita seguir avanzando. Entonces, una vez que haya finalizado su propio sumario, lea los ejemplos que siguen a continuación.

Sumario 1

Este es el primero de cuatro sumarios posibles del diálogo anterior, todos con el objetivo de ser útiles para Sylvia. A medida que los lea, fíjese en dónde se pone el énfasis. ¿Qué parece haber guiado al entrevistador a la hora de elegir qué incluir y qué no? ¿Cuán coherente es cada sumario con el espíritu y el estilo de la EM? ¿Por qué? Reflexione también sobre cómo cree que la clienta se sentirá y responderá ante cada sumario.

«Bueno, parece que su vida es muy estresante. Muchas veces, al despertarse, se encuentra mal. El trayecto al trabajo, en plena hora punta, es muy estresante y la jornada laboral es muy larga. Cuando llega a casa, está agotada. Ahora es madre soltera y pasar el tiempo que le corresponde con sus hijos es motivo de conflicto constante con su ex. Los echa mucho de menos cuando no están, pero al mismo tiempo se siente impotente y no sabe qué hacer al respecto. Por la noche, antes de acostarse, suele mirar la televisión y el alcohol la ayuda a relajarse. ¿La he entendido bien?»

Desde la perspectiva centrada en el cliente, se trata de un buen sumario que se centra en las emociones que ha expresado Sylvia. Se suele enseñar a los terapeutas a centrarse en las emociones. El sumario destaca sus emociones (predominantemente negativas), quizás con el objetivo de ayudarla a ser más consciente de ellas y a aceptar su experiencia actual. Este tipo de sumario también sirve para forjar el vínculo con el cliente y comunicar que se le entiende y se le acepta. Por ello, este sumario es compatible con el proceso de vinculación de la EM, pero carece de la orientación a objetivos tan importante en el proceso de vocación, por lo que es muy poco probable que genere movimiento en dirección al cambio. Creemos que al final de este sumario, Sylvia seguiría sintiéndose desanimada.

Sumario 2

«Permítame que le explique lo que he entendido hasta ahora. Los resultados de los análisis han dejado preocupada a la doctora Clark, porque cree que bebe demasiado y le ha pedido que venga a hablar conmigo. Se pregunta qué significan esos análisis y no alcanza a entender cómo es posible que siguiera legalmente ebria por la mañana. Sin embargo, hay mañanas en que se encuentra muy mal. Por otro lado, el alcohol la ayuda a relajarse y tampoco cree que beba demasiado. No bebe por la mañana y, ciertamente, no se considera una alcohólica. No tenía demasiadas ganas de venir hoy y no quiere que la sermonee sobre la bebida. ¿La he entendido bien?»

Este es otro sumario centrado en el cliente y muy razonable. En este caso, en lugar de centrarse en las emociones de Sylvia, parece que el terapeuta intenta captar ambos lados de la ambivalencia de Sylvia, como en el balance decisonal. Empieza por el discurso de cambio y acaba con el discurso de mantenimiento. El terapeuta quiere resumir las ventajas y los inconvenientes que Sylvia ha manifestado en relación con el cambio y les ha dado un énfasis aproximadamente equivalente. Dejar el discurso de mantenimiento para el final le da el énfasis de lo reciente, por lo que Sylvia responderá a ese pensamiento. El modelo mental subyacente es que las personas deben ver claramente

y explorar ambos lados de su dilema. Este tipo de sumario es apropiado cuando el terapeuta no pretende mover al cliente en una dirección concreta; por ejemplo, cuando el cliente intenta tomar una decisión y el terapeuta desea mantener la neutralidad, no defender una opción u otra (capítulo 17). Al igual que el sumario 1, carece del movimiento direccional necesario en el proceso de evocación de la EM. El resultado esperado de este sumario sería el mantenimiento de la ambivalencia.

Sumario 3

«Bueno, diría que tiene un problema grave con el alcohol. Dice que no bebe mucho, pero en realidad bebe tanto por la noche que, por la mañana, sigue por encima del nivel legal cuando conduce al trabajo o lleva a sus hijos al colegio. El malestar que siente por la mañana me recuerda mucho al síndrome de abstinencia del alcohol. Usa el alcohol como una droga, para relajarse y olvidarse de sus preocupaciones. Su ex marido cree que tiene un problema y no quiere que sus hijos estén con usted. Así que mira la televisión y bebe y niega que tenga problema alguno. ¡A mí me parece que estamos hablando de alcoholismo! ¿Qué le parece a usted?»

Es muy poco probable que un terapeuta centrado en el cliente ofreciera un sumario de este tipo, aunque es precisamente así como se trató durante décadas a muchas personas con problemas con el alcohol (White y Miller, 2007). Es un sumario de confrontación en absoluto coherente con la EM. La premisa parece ser un modelo de déficit, donde el cliente no percibe la realidad y necesita que le convenzan a la fuerza. La respuesta más probable ante un sumario de ese tipo sería una postura defensiva, discurso de mantenimiento y discordancia.

Sumario 4

«Bueno, de momento esto es lo que me ha dicho. La doctora Clark vio un resultado en el análisis que suele ser un aviso de un consumo excesivo de alcohol y se preocupó tanto que la llamó personalmente. Y eso la asustó un poco. También se quedó muy sorprendida de que aún quedara tanto alcohol en sangre que si le hubieran hecho un control, la habrían detenido por conducir ebria, a pesar de que no había bebido ni una gota por la mañana. Y, si eso sucediera, podría perder su trabajo. Cuando se despierta por la mañana, suele encontrarse bastante mal: dolor de cabeza, cansancio, nerviosismo... Y parece que eso sucede sobre todo cuando los niños no están con usted y, entonces, bebe más. ¿Qué más ha notado?»

Esta es la quintaesencia del sumario en el marco de la EM. Compila prácticamente todo el discurso de cambio que Sylvia ha ofrecido. Escuchar todo el discurso de cambio que uno mismo ha pronunciado es muy potente y se trata de un sumario estratégico y orientado al cambio. La recapitulación termina con una pregunta abierta con vistas a generar más discurso de cambio. La respuesta normal a este tipo de sumario sería seguir explorando el discurso de cambio.

Los cuatro sumarios tienen siete frases y acaban con una pregunta, pero ¡qué impacto tan distinto tendrá cada uno de ellos! En el proceso de evocación de la EM se sigue un razonamiento estratégico para decidir qué incluir y qué no en el sumario. Cada fragmento de discurso de cambio es como una flor y el entrevistador los reúne en un ramo cada vez más grande. Una vez que ha reunido unas cuantas flores, le ofrece el ramo al cliente y le pide más flores. Este tipo de recapitulación puede ofrecerse periódicamente durante el proceso de evocación, y el gran ramo final tiene una función especial durante la transición a la planificación (capítulo 19).

Puntos clave

- ✓ Cuando un cliente ofrece discurso de cambio, la siguiente respuesta del entrevistador debería ser la de reconocerlo y reforzarlo, por ejemplo pidiendo que lo elabore o afirmando, reflejando o resumiendo.
- ✓ El sumario tiende a reforzar lo que contiene, tanto si es desmoralización, ambivalencia, actitud defensiva o motivación para el cambio.
- ✓ La estructura normal de un sumario coherente con la EM es un «ramo» que recoge todo el discurso de cambio del cliente.

CAPÍTULO 15

CÓMO RESPONDER AL DISCURSO DE MANTENIMIENTO Y A LA DISCORDANCIA

¿De dónde sacan todos esos sabios que el hombre necesita una voluntad normal, una voluntad virtuosa? ¿De dónde sacan que el hombre precisa indispensablemente de una voluntad que le sea provechosa? El hombre únicamente necesita de una voluntad autónoma, le cueste esta lo que le cueste y le traiga las consecuencias que le traiga.

FIODOR DOSTOIEVSKI

Entre el caos, encuentre la sencillez. Entre la discordancia, encuentre la armonía. En la dificultad está la oportunidad.

ALBERT EINSTEIN

Es inevitable que aparezcan dificultades durante las consultas sobre el cambio. El cliente puede minimizar los problemas: «No creo que sea para tanto». El cliente puede estar en desacuerdo con el terapeuta o incluso cuestionar su credibilidad: «¿Quién se cree que es para decirme lo que tengo que hacer?». La conversación puede empezar a parecerse a una lucha de poder polarizada: «¡Pues no pienso hacerlo y nadie puede obligarme si no quiero!».

Aunque hemos constatado que este tipo de tensiones son mucho menos frecuentes cuando el entrevistador sigue el espíritu y las prácticas de la EM que hemos descrito en los capítulos anteriores, es natural que surjan cuando se abordan temas de cambio complicados. Cuando esto sucede, resulta útil responder de un modo coherente con la EM. Y de eso trata este capítulo.

Deconstruir la «resistencia»

Cuando escribimos la primera edición de este libro, optamos por el término *resistencia* para aludir a todo movimiento por parte del cliente que lo alejaba del cambio. Llegados a la segunda edición, ya nos sentíamos incómodos con el término, pero no teníamos muy claro por qué y tampoco encontrábamos un sustituto razonable por el que sustituirlo.

Durante toda esta década, la incomodidad que nos genera el concepto de resistencia ha seguido aumentando, sobre todo porque parece colocar el *locus* y la responsabilidad del fenómeno en el cliente. Es como si culpáramos al cliente por «ponerse farruco». Aunque no se entienda el concepto de resistencia como algo intencional, sino como una consecuencia de defensas inconscientes, lo cierto es que se centra en la patología del cliente y subestima los determinantes interpersonales. Los fenómenos que intentamos describir son un producto del proceso terapéutico o, como mínimo, son extraordinariamente sensibles al mismo. Suben y bajan en respuesta a lo que hace el terapeuta.

La investigación de Theresa Moyers sobre los procesos interpersonales en la EM nos ayudó a hacer una distinción muy útil. Nos señaló que habíamos agrupado bajo el paraguas conceptual de «resistencia» lo que ahora llamamos discurso de mantenimiento: las motivaciones y verbalizaciones del propio cliente para mantener la situación actual. No hay nada inherentemente patológico ni oposicional en el discurso de mantenimiento. No es más que una cara de la ambivalencia. Si escuchamos a una persona ambivalente, lo más probable es que escuchemos tanto discurso de cambio como discurso de mantenimiento, entremezclados. Cuando alguien está ambivalente, verbaliza *naturalmente* el discurso de mantenimiento en respuesta a los argumentos en favor del cambio, ya sean propios o ajenos. Llamar «resistencia» a esta dinámica supone patologizar algo totalmente natural en el proceso de cambio.

Si eliminamos el discurso de mantenimiento de lo que antes llamábamos resistencia, ¿qué nos queda? Nos encontramos con algo que tiene una calidad distinta al discurso de mantenimiento y que se parece más al desacuerdo, a no «estar en la misma onda», a un diálogo de sordos o a una perturbación en la relación. Y decidimos llamar *discordancia* a este fenómeno. Por ejemplo, puede experimentar discordancia cuando el cliente discute con usted, le interrumpe, no le hace caso o le descalifica.

Fíjese en que estamos hablando de «usted». El discurso de mantenimiento se centra en la conducta o el cambio objetivo. La discordancia tiene que ver con usted o, para ser más precisos, con su relación con el cliente: señales de discordancia en su alianza terapéutica. Al igual que sucede en la música, la discordancia requiere al menos dos participantes. Una única voz no puede generar una disonancia. La discordancia es como un incendio (o, como mínimo, humo) en la relación terapéutica. Por lo tanto, en esta edición nos despedimos del concepto de resistencia y presentamos dos fenómenos importantes, pero distintos: el discurso de mantenimiento y la discordancia.

El discurso de mantenimiento se centra en la conducta o el cambio objetivo. La discordancia tiene que ver con su relación con el cliente.

Discurso de mantenimiento

El discurso de mantenimiento trata de la conducta o del cambio objetivo desde un lado de la ambivalencia. Esto significa que, al igual que sucede con el discurso de cambio, el discurso de mantenimiento no puede reconocerse como tal a no ser que conozcamos el objetivo de cambio. Por definición, entonces, el discurso de mantenimiento no puede suceder si antes no hemos identificado un foco.

Aunque la respuesta del terapeuta puede hacer que pase a serlo rápidamente, el discurso de mantenimiento no es discordante en sí mismo. Sin embargo, es importante. Cuanto más verbalice y explore el cliente el discurso de mantenimiento, más se convencerá a sí mismo de no cambiar. Es una parte normal de la ambivalencia, así que no espere que esté ausente ni se alarme innecesariamente cuando aparezca. Lo que suele suceder durante una sesión de EM es que la proporción de discurso de cambio (pros) en relación con el de mantenimiento (contras) aumenta. Al principio, es posible que los pros y los contras estén equilibrados, en una proporción 1 a 1. Incluso puede encontrarse con que los contras superen a los pros. A medida que la EM avanza, lo habitual es que los pros aumenten y los contras disminuyan, por lo que, a finales de la sesión, el discurso de cambio puede superar al de mantenimiento en una proporción de 2 o 3 a 1. Y esta tendencia se asocia al cambio de conducta posterior.

Entonces, ¿cómo debemos responder al discurso de mantenimiento? En primer lugar, no lo busque. En la EM, no es necesario ni aconsejable evocar y explorar todas las posibles razones que el cliente pueda tener para seguir en la situación actual. Si la reticencia se debe a motivos importantes, se lo explicará sin necesidad de que le pregunte. El resultado más probable si decidiera explorar de una forma completa y equilibrada los pros y los contras del cambio sería el mantenimiento, o incluso el refuerzo, de la ambivalencia. La estrategia del «balance decisional» resulta razonable cuando *no* queremos promover el cambio en una dirección determinada (capítulo 17), pero está contraindicada en la EM.

En la EM no es necesario ni aconsejable evocar y explorar todas las posibles razones que el cliente pueda tener para seguir en la situación actual.

RESPUESTAS REFLEXIVAS AL DISCURSO DE MANTENIMIENTO

Una manera de responder al discurso de mantenimiento desde la EM es la escucha reflexiva (capítulo 5). Aquí, veremos el reflejo directo y dos variaciones: el reflejo anticipado y el reflejo a dos bandas.

Reflejo directo

En el marco de la EM, la respuesta más habitual al discurso de mantenimiento es ofrecer uno de los tres reflejos que presentamos a continuación. El primero consiste en devolver a la persona un reflejo simple o complejo de lo que acaba de decir. A veces, el mero reflejo ya evoca discurso de cambio desde el otro lado de la ambivalencia del cliente. Si espera discurso de cambio y aguarda a que aparezca, lo más habitual es que ocurra.

CLIENTE: No creo que mi verdadero problema sea la ira.

ENTREVISTADOR: La ira no le ha causado problemas.

CLIENTE: Bueno, sí, claro que sí. Cualquier persona que se meta en tantas peleas como yo acaba sufriendo las consecuencias.

Reflejo amplificado

Otra manera de responder al discurso de mantenimiento consiste en ofrecer un reflejo amplificado. Básicamente, lo que se hace es subir ligeramente el volumen de lo que ha dicho el cliente. Refleja con precisión la afirmación del cliente, pero añade intensidad o certeza. El objetivo de la exageración es evocar el otro lado de la ambivalencia: el discurso de cambio.

CLIENTE: Creo que nuestro matrimonio ya está bien como está.

ENTREVISTADOR: No hay margen de mejora.

CLIENTE: Bueno, a ver..., las cosas no son *perfectas*, pero yo ya estoy bien así.

ENTREVISTADOR: Entonces, su matrimonio no podría ir mejor de lo que va.

CLIENTE: Yo estoy bastante satisfecho..., pero supongo que ella no.

El reflejo amplificado no sólo recoge lo que ha dicho la persona, sino que lo intensifica, para activar el otro lado de la ambivalencia.

Reflejo a dos bandas

El reflejo a dos bandas nos ofrece una tercera manera de responder al discurso de mantenimiento. Lo recoge y lo integra con el discurso de cambio que se haya verbalizado anteriormente.

Aquí, cabe sugerir una reflexión sobre dos cuestiones sutiles. La primera tiene que ver con el nexos que une los dos elementos del reflejo a dos bandas. ¿Debe ser «*pero*» o «*y*», que ejercen funciones distintas? «*Y*» subraya la ambivalencia y otorga la misma

credibilidad a ambos elementos. «*Pero*» actúa como una goma de borrar y debilita el primer elemento. ¿Alguna vez ha asistido a una evaluación de desempeño laboral que empezara así?:

«En general, lo has hecho bastante bien este año. Has sido muy productivo y la calidad de tu trabajo ha sido elevada, *pero...*»

O imagine que su pareja le dice:

«Te aprecio mucho y creo que eres una persona maravillosa, *pero...*»

De algún modo, el *pero* dice «Olvidate de lo que acabo de decirte. Ahora viene la información importante». Por eso recomendamos *y* como la conjunción por defecto en los reflejos a dos bandas, para reconocer la naturaleza doble y simultánea de la ambivalencia. La persona piensa o siente *X e Y* a la vez. Quiere y no quiere simultáneamente, y es normal. Use *pero* de forma estratégica, cuando quiera restar intensidad al primer elemento de un reflejo a dos bandas.

La segunda reflexión es que, en ambos casos (*pero* o *y*), creemos más conveniente empezar por el discurso de mantenimiento (para recogerlo inmediatamente) y seguir con el discurso de cambio, para darle la intensidad de la recencia y, así, invitar a la persona a que responda a él.

«Cree que va a ser complicado cambiar la manera en que cocina y come, y al mismo tiempo sabe lo importante que es que controle el nivel de azúcar en sangre.»

«Quedarse en el sofá mirando la televisión es fácil y cómodo, sobre todo cuando son programas que le gustan; y al mismo tiempo quiere encontrar el modo de estar más activo y hacer algo de ejercicio.»

No se preocupe demasiado por estas sutilezas. Puede usar tanto «pero» como «y» y poner el discurso de mantenimiento en primer o en segundo lugar y, aun así, ofrecer un buen reflejo a dos bandas. El cliente le dirá si lo ha hecho bien. Si se lanza a verbalizar más discurso de cambio o da muestras de discordancia, siempre podrá recuperarlo. Sencillamente, evite seguir evocando y explorando el discurso de mantenimiento, como sucede en este ejemplo:

CLIENTE: Es que no quiero hacer grandes cambios en mi dieta.

ENTREVISTADOR: Le gusta tener libertad para comer lo que le apetezca. ¿Qué le gusta comer?

CLIENTE: Helados. Hamburguesas y patatas fritas. Pan con mucha mantequilla. Y todo lo que se supone que no debe comer alguien con diabetes.

ENTREVISTADOR: Ese tipo de comida es importante para usted.

CLIENTE: ¡Sí! Está buenísima, es fácil de preparar... No me gusta cocinar.

ENTREVISTADOR: Cocinar para usted es demasiado complicado, no le merece la pena. ¿Qué más le gusta de su dieta actual?

CLIENTE: Pues que no es una dieta. Como ha dicho, como lo que quiero cuando quiero.

Parece evidente que centrarse en el discurso de mantenimiento en esta conversación no llevará al cambio. Al menos, de momento no lo hace.

RESPUESTAS ESTRATÉGICAS

Además de estos tres tipos de reflejo, hay otras maneras de responder al discurso de mantenimiento. El objetivo es el mismo que el de los reflejos: recoger rápidamente lo que ha dicho la persona y no presionar de un modo susceptible de afianzar el discurso de mantenimiento. Aunque el reflejo ya puede ser muy efectivo en este aspecto, a continuación le ofrecemos algunas alternativas más.

Enfatizar la autonomía

CLIENTE: No quiero hacer ejercicio.

ENTREVISTADOR: Y, ciertamente, la decisión es suya. Nadie puede obligarle.

¿Qué sucede aquí? El terapeuta se limita a decir la verdad. Realmente, *depende* de la persona hacer el cambio o no. Nadie puede decidir por él o ella. Esta respuesta válida y respeta específicamente la autonomía personal.

«Depende de usted.»

«Me pregunto qué decidirá al final.»

«Tiene razón. Lo que decida hacer es cosa suya. Puede dejar de fumar, fumar menos, seguir como ahora o incluso fumar más, si eso es lo que quiere.»

«Aunque quisiera decidir por usted, lo cierto es que no puedo.»

Hay que hablar sin el menor atisbo de sarcasmo. Si el tono de voz es lo más mínimamente cínico, obtendrá una respuesta muy distinta. El paternalismo o el desdén pueden provocar una confrontación instantánea. Intente pronunciar en voz alta alguna de estas frases con distintas inflexiones que transmitan actitudes y sentidos diferentes, y escuche lo distintas que pueden llegar a sonar, a pesar de que las palabras sean las mismas.

Subrayar que la persona puede elegir parece facilitar que elijan el cambio. Tal y como hemos comentado en el capítulo 11 respecto al lenguaje coercitivo, decir a las personas (erróneamente) que «deben», «tienen que» o «no pueden» hacer algo es una receta perfecta para la reactancia.

Reenmarcar

Los terapeutas cognitivos conocen muy bien el concepto de reenmarcar: sugerir un significado o un punto de vista distinto a lo que la persona describe.

CLIENTE: No sé si seré capaz.

ENTREVISTADOR: Sería todo un reto para usted. Supondrá un esfuerzo.

CLIENTE: Mi mujer no para de darme la tabarra con esto.

ENTREVISTADOR: Parece que se preocupa mucho por usted.

CLIENTE: Todos mis amigos beben tanto o más que yo.

ENTREVISTADOR: ¡Bebe con los campeones!

CLIENTE: Lo he pasado muy mal últimamente... No sé si tengo ánimos para ponerme con esto ahora.

ENTREVISTADOR: Es un superviviente.

¿Cuál es el denominador común de estas intervenciones? Presentan otra manera de percibir la situación. La inseguridad se convierte en un reto; dar la tabarra es señal de preocupación; lo normal se convierte en excepcional; la adversidad refleja fortaleza. Reenmarcar no es discutir sobre cuál es la percepción correcta; sencillamente, invita a la persona a valorar un punto de vista diferente.

Acuerdo con matiz

Reenmarcar aún puede ejercer un impacto mayor si viene precedido por un reflejo que valida y, básicamente, se alinea con lo que dice la persona. Es muy difícil discutir con alguien que se muestra de acuerdo contigo. El matiz, que se aporta al reenmarcar, se da sin un énfasis particular, casi de pasada y, de nuevo, sin el menor atisbo de sarcasmo.

CLIENTE: No me imagino sin fumar. Forma parte de lo que soy, de todo lo que hago.

ENTREVISTADOR: No sería usted mismo si no fumara. Es tan importante que siente que debe seguir fumando, cualquiera que pueda ser la consecuencia.

CLIENTE: Aguanto muy bien el alcohol. No me afecta igual que a otras personas.

Cuando los demás ya están por los suelos, yo sigo en pie.

ENTREVISTADOR: No demuestra o siente los efectos del alcohol igual que los demás.

Entiendo que pueda preocuparle. ¿Qué más?

Aquí es fundamental encontrar el equilibrio entre el lenguaje. Simpatizamos con nuestros traductores, porque las sutilezas del lenguaje varían mucho de un idioma a otro y de una cultura a otra. La cuestión es decir la verdad. El fumador o el bebedor pueden

persistir en su conducta a pesar de las consecuencias. La tolerancia elevada es un factor de riesgo para la dependencia del alcohol. Mostrarse de acuerdo con un matiz combina los beneficios del reflejo y los de invitar a la persona a plantearse la situación desde otro punto de vista.

Dar ventaja

¿Y si le está costando mucho detectar discurso de cambio y todo lo que oye es discurso de mantenimiento? Aquí, una de las estrategias consiste en salir con ventaja hacia los beneficios del cambio escuchando antes los inconvenientes. Si le recuerda al balance decisional, tiene razón, pero la estrategia consiste en acceder al discurso de cambio mediante la escucha de qué motiva al cliente a mantener la situación actual. Esta estrategia está especialmente indicada en las situaciones en las que el discurso de cambio parece muy escaso. Si ya dispone de discurso de cambio que explorar, no tiene sentido salir en busca de discurso de mantenimiento así:

CLIENTE: Tengo que encontrar trabajo. Ya es hora.

ENTREVISTADOR: Sí, pero ¿qué aspectos positivos ha tenido estar en paro?

No tiene sentido buscar problemas. La esencia de dar ventaja consiste en escuchar las principales motivaciones de la reticencia cuando cuesta evocar discurso de cambio y, *entonces*, preguntar acerca de los inconvenientes de la situación actual y de las ventajas del cambio:

ENTREVISTADOR: Ha dicho alto y claro que no quiere estar aquí.

CLIENTE: Lo que quiero es recuperar a mis hijos. La juez no tiene derecho a quitármelos.

ENTREVISTADOR: No entiende por qué lo ha hecho.

CLIENTE: Sí, nos peleamos, pero no fue para tanto. Lo han exagerado todo.

ENTREVISTADOR: En su opinión, no sucedió nada fuera de lo común.

CLIENTE: Nos iba bien. Lo que hago con mi familia es asunto mío.

ENTREVISTADOR: Sí, y ciertamente no le gusta en absoluto que se entrometan en sus asuntos. Y ahora tiene que venir y hablar conmigo, cuando, en lo que a usted respecta, no hay problema alguno.

CLIENTE: Exacto. No es justo.

ENTREVISTADOR: Así que lo que no le gusta de esta situación es que le digan lo que tiene que hacer, tener que hablar con gente acerca de su familia, que hayan exagerado la situación y que terceras personas estén decidiendo por usted. ¿Sí?

CLIENTE: Sí, supongo.

ENTREVISTADOR: Por otro lado, ¿cómo podría ayudarle el hecho de venir aquí?

CLIENTE: Bueno, estoy aquí porque quiero recuperar a mis hijos. Quiero recuperar a mi familia.

ENTREVISTADOR: Y eso es muy importante para usted. ¿Qué más?

CLIENTE: Quiero que esa juez me deje en paz, que deje de meterse en mi vida privada.

ENTREVISTADOR: Estar aquí puede ayudarle a recuperar la normalidad. ¿Quizás incluso a que las cosas sean algo mejores de lo habitual?

CLIENTE: Sí, quizás.

Volveremos a repetirlo por si no hubiéramos sido lo bastante claros: no recomendamos la estrategia de dar ventaja como un procedimiento habitual en la EM. Resulta útil cuando el cliente parece reticente a hablar de los motivos para cambiar. También es posible que la ausencia de discurso de cambio indique que el cliente *no* siente ambivalencia en absoluto. En el capítulo 18 trataremos las situaciones en que la tarea del terapeuta consiste en crear ambivalencia.

Acompañar en el proceso

Si todo lo demás ha fallado y no ha conseguido generar discurso de cambio, pruebe a acompañar al cliente en el proceso. Es básicamente un acuerdo sin matiz. A veces, unirse al discurso de mantenimiento de la persona e incluso amplificarlo un poco, puede evocar discurso de cambio.

CLIENTE: Ya he probado antes con las técnicas de «exposición» y no me van nada bien. Me angustio demasiado. Me enfrento al miedo y, entonces, siento que voy a morir y me alejo. No me funciona.

ENTREVISTADOR: Quizás sea demasiado difícil para usted. Es una técnica a la que no todo el mundo puede adaptarse, aunque es muy efectiva. La exposición lleva a experimentar y superar el miedo, y quizás no merezca la pena el malestar. Puede que le convenga más quedarse como está.

Discordancia

Ahora nos centraremos en el fenómeno de la discordancia, que señala falta de armonía en la relación terapéutica. ¿Cuáles son los indicios de que hay riesgo de incendio en la relación terapéutica?

Sintonice su oído para detectar las señales de disonancia y reconocer su importancia.

DETECTORES DE HUMO

Del mismo modo que un detector de humo le alerta de los cambios en la calidad del aire, sintonice su oído para detectar las señales de disonancia y reconocer su importancia.

Defensa

Una de las señales de que algo no acaba de ir bien es que el cliente empiece a dar muestras de que necesita defenderse de algo. Puede adoptar muchas formas:

- Culpabilización: «No es culpa mía».
- Minimizar: «No es para tanto».
- Justificar: «Lo hago porque...».

Aunque el cliente hable del objetivo de cambio y, por lo tanto, la discordancia se solape con el discurso de mantenimiento, también se percibe la necesidad de justificarse, de defender la propia integridad, autonomía o autoestima. Obviamente, las personas se defienden cuando se sienten atacadas o amenazadas. Si estas señales aparecen más de una vez, nos informan de que el cliente se siente amenazado.

Enfrentamiento

Una señal segura de que la alianza terapéutica está en llamas es la actitud opositiva, que señala que el cliente le percibe como adversario y no como aliado. Aquí, el cliente habla más de «usted»:

- «No le importo nada.»
- «¿Quién se cree que es para decirme lo que debo hacer?»
- «No tiene ni idea de lo que habla.»
- «No sabe lo que estoy pasando.»
- «Se equivoca.»

Son invitaciones a una lucha de poder, a discutir o a persuadir. Sin embargo, como el tema de conversación es el cambio personal, el cliente tiene casi todo el poder.

Interrumpir

Otra señal de discordancia es que el cliente le interrumpa mientras habla. La señal puede no ser tanto el contenido, como el hecho de que le interrumpe. ¿Qué transmite esa conducta? Interrumpir puede significar:

- «No me entiende.»

«No me escucha.»
«Habla demasiado. Escúcheme.»
«No estoy de acuerdo.»

Hay personas que lo hacen frecuentemente, como parte de su estilo comunicativo. Escuchan lo justo (si es que escuchan algo) para decidir qué dirán a continuación en cuanto empiecen a hablar. Sin embargo, valore la posibilidad de que se trate de una señal de discordancia, sobre todo si supone un cambio respecto al ritmo anterior de la conversación.

Desvincularse

Una cuarta alarma de incendio es la sensación de que el cliente se está desvinculando de la conversación. Está distraído, no presta atención o no le hace caso. Quizás cambia de tema y sale por la tangente. Tiene la mirada perdida o mira continuamente el reloj.

No se preocupe por clasificar las señales de discordancia. En una misma frase, el cliente puede transmitir dos, tres o incluso los cuatro elementos. Lo que ha de hacer es apagar las señales que indican que la relación se ha incendiado.

¿Por qué ha de preocuparle la discordancia? Hay quien puede considerar incluso que son señales positivas, porque indican que «se está llegando al cliente». La discordancia es motivo de preocupación, porque indica que la relación terapéutica se está debilitando y porque tiene una relación inversa con el cambio posterior (Miller *et al.*, 1993; Patterson y Chamberlain, 1994; Safran, Crocker, McMain y Murray, 1990).

Nos apresuramos a añadir que las señales de discordancia son distintas en cada cultura. Lo que en una cultura o subcultura puede indicar una ruptura de la colaboración puede ser irrelevante en otra. Esto puede ser un problema cuando se entrevista a personas de otras culturas; en ese caso, el reflejo es una herramienta especialmente útil para comprobar si hemos interpretado bien lo que ha dicho el cliente.

SU PROPIA APORTACIÓN

La discordancia también puede deberse al estado de ánimo o al estilo del terapeuta. Es más probable que suceda cuando está cansado, nervioso o distraído o incluso muy preocupado por ayudar al cliente a resolver un problema urgente. Quizás deja de escuchar o se le activa el reflejo de corrección. Empieza a defender el cambio y a sugerir soluciones, con lo que suscita una reacción complementaria en el cliente y el vínculo se tensa.

ENTREVISTADOR: Creo que ha llegado el momento de que se lo tome en serio y haga algo al respecto.

CLIENTE: Ahora mismo no es una prioridad para mí, me las apañaré.

ENTREVISTADOR: Me cuesta ver cómo se las va a apañar si no cambia nada. Sigue haciendo lo mismo, pero espera lograr un resultado diferente.

CLIENTE: Mire, le he dicho que estoy bien. Sé cuidar de mí mismo, ¿vale? ¿Me puedo ir ya?

Fíjese en que, en este ejemplo, la discordancia también toma forma de discurso de mantenimiento, y resulta obvio que no es el resultado de la refinada escucha que subyace a la EM. El terapeuta se ha impacientado y ha presionado al cliente, que se ha quedado atrás.

También es posible percibir señales de discordancia en uno mismo. Pueden incluso ser señales físicas, como presión en la boca del estómago o rubor facial. Quizás sea un discurso interno: «Es increíble que sea capaz de estar ahí tan pancha, diciéndome que no es un problema. ¿Qué le pasa? Ya ni sé cuántas veces hemos hablado de esto». El diálogo interno también puede ser consecuencia de la ansiedad: «¿Qué le pasará si no cambia? ¿Será culpa mía?». Huelga decir que mientras atiende a este monólogo interno, lo más probable es que haya dejado de escuchar al cliente.

FUENTES DE DISCORDANCIA

La discordancia puede surgir por varios motivos y durante los cuatro procesos de la EM. A continuación hablaremos brevemente de los contextos en los que puede aparecer.

Discordancia durante la vinculación

Hay personas que ya llegan a la consulta enfadadas y a la defensiva, incluso antes de que el terapeuta haya pronunciado una sola palabra. En estos casos, la discordancia puede aparecer muy pronto y obstaculizar el vínculo inicial. Puede ser consecuencia de una experiencia previa, como la coerción, las expectativas o la historia personal del cliente con otros terapeutas. La buena noticia es que, en la EM, el cambio no es un factor del compromiso inicial del paciente, sino del patrón de cambio en la motivación a lo largo de la sesión (Amrhein *et al.*, 2003). Usted no es responsable del punto de partida del cliente, pero sí que ejerce una influencia considerable sobre lo que sucede después. Se ha visto que la EM resulta especialmente efectiva con personas que inicialmente se muestran enfadadas y a la defensiva (Karno y Longabaugh, 2004; Waldron, Miller y Tonigan, 2001).

Hay muchos elementos del contexto terapéutico que pueden promover la desvinculación del cliente. Uno de nosotros, que estaba a punto de pasar por un procedimiento médico doloroso y de recibir un diagnóstico posiblemente negativo, fue recibido por un médico que cayó de cuatro patas en la trampa de la evaluación: «Buenos días, tengo que hacerle unas preguntas y sólo necesito que me diga que sí o que no». Y se lanzó a una letanía de preguntas cerradas. ¿Resultado? Desvinculación y pasividad garantizadas.

También es posible contribuir a la discordancia de un modo mucho más sutil. Etiquetar y culpar (capítulo 4) suele promover la alienación. Cuando entrevistamos por primera vez a alguien que bebe mucho, usar el término *alcohólico* puede generar discordancia casi inmediatamente, y reconectar con el cliente puede resultar muy difícil a partir de ahí. Incluso hablar de que se tiene «un problema» puede poner rápidamente al cliente a la defensiva.

Discordancia durante el enfoque

La discordancia también puede surgir durante el proceso de enfocar, como consecuencia de un desacuerdo en cuanto a qué comentar y qué objetivos de cambio plantear. Es muy posible que las personas que llegan a una consulta especializada estén preocupadas por varias cosas y lo que resulta prioritario para el terapeuta quizás no lo sea para el cliente. La trampa del foco prematuro consiste en presionar demasiado pronto para plantear un objetivo de cambio que el cliente no comparte aún. En un programa de tratamiento de adicciones para mujeres, el personal descubrió que, a pesar de que las participantes estaban preocupadas por su consumo de alcohol o de otras drogas, esta preocupación solía estar en cuarto o quinto lugar, por detrás de otras como encontrar un trabajo o una vivienda, la crianza de los hijos o la seguridad personal. Si se centra exclusivamente en un problema, es muy probable que debilite una alianza terapéutica sólida.

Discordancia durante la evocación

No hay una línea divisoria clara que diferencie el discurso de mantenimiento de la discordancia. El discurso de mantenimiento aparece de forma natural, aunque haya conseguido vincular al cliente y acordar un foco. No hay por qué considerarlo como un problema o como una señal de discordancia, ya que el discurso de mantenimiento forma parte de la ambivalencia. Sin embargo, se dará cuenta de que si impulsa la conversación en una dirección o a un ritmo para el que el cliente no está preparado aún, aparece

discordancia. La discordancia es una consecuencia habitual del reflejo de corrección. El terapeuta presiona hacia el cambio y suscita una respuesta complementaria en el cliente; si la dinámica sigue así, puede escalar y dañar el vínculo.

La discordancia también puede surgir durante el proceso de evocación si se intenta pasar demasiado pronto al de planificación. Presionar para obtener un plan de acción para el cambio antes de que el cliente esté preparado puede anular todo el progreso que se haya conseguido durante la evocación.

ENTREVISTADOR: Me ha explicado algunas de las razones por las que este cambio podría ser una buena idea. Entonces, ¿qué piensa *hacer* al respecto?

CLIENTE: No lo sé. Ojalá pudiera hacer algo, pero no es tan sencillo.

ENTREVISTADOR: Muy bien, pues hablemos de cómo podría hacerlo. ¿Qué ideas se le ocurren?

CLIENTE: Es lo que acabo de decirle, no creo que esté preparado aún.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo podría ayudarle a estarlo? ¿No se da cuenta de cómo le beneficiaría cambiar?

CLIENTE: El problema no es eso. Claro que veo los beneficios, pero, si le soy sincero, siento que me está presionando demasiado.

El cliente se siente muy presionado. Aún queda evocación por hacer y las señales son evidentes: es demasiado pronto para exigir que se comprometa con un plan. Si el entrevistador no afloja, muy pronto tendrá que reparar el vínculo con el cliente.

Discordancia durante la planificación

Finalmente, la discordancia también puede surgir durante el proceso de planificación. Una vez superados con éxito los procesos de vincular, enfocar y evocar, el terapeuta puede caer en la tentación de pensar: «Muy bien, ahora ya puedo tomar las riendas. Ahora le diré lo que ha de hacer». La planificación también ha de ser un proceso colaborativo y si dirigimos en lugar de guiar, corremos el riesgo de quedarnos sin pareja de baile. Aunque el cliente y el terapeuta estén de acuerdo con el objetivo de cambio y con la importancia de llevarlo a cabo, pueden aparecer discordancias en relación con el modo de conseguirlo.

Lo que tienen en común todas estas posibles fuentes de discordancia es que el baile se interrumpe. En lugar de avanzar y trabajar juntos, se empieza a tener la sensación de que hay un conflicto y de que nos estamos pisando los pies mutuamente. Y esto suele ser resultado del choque entre el reflejo de corrección del terapeuta y la ambivalencia del cliente.

CÓMO RESPONDER ANTE LA DISCORDANCIA

Las respuestas a la discordancia en el marco de la EM se parecen mucho a cómo se responde al discurso de mantenimiento. El reflejo sigue siendo una herramienta clave a la hora de entender al cliente y de recuperar la alianza terapéutica.

CLIENTE: ¿Cuántos años tiene? ¿Cómo se supone que me va a entender?

REFLEJO: No sabe si podrá ayudarle.

REFLEJO AMPLIFICADO: Le da la impresión de que no podrá ayudarle en absoluto.

REFLEJO A DOS BANDAS: Quiere ayuda y no está seguro de que yo sea la persona adecuada para proporcionársela.

Las estrategias que hemos comentado anteriormente también son útiles a la hora de responder a la discordancia. Veamos tres ejemplos.

CLIENTE: No hago caso a nadie que no esté pasando también por el proceso de deshabitación.

ENTREVISTADOR: Necesita que le entiendan, así que permítame que le escuche.
[Acuerdo con matiz]

CLIENTE: No pienso dejarlo [discurso de mantenimiento] y no puede obligarme.
[Discordancia]

ENTREVISTADOR: Tiene toda la razón. No puedo tomar esa decisión por usted, ni aunque quisiera hacerlo. [Enfatizar la autonomía]

CLIENTE: No soporto que me digan que no puedo comer cuando me apetece.

ENTREVISTADOR: Es difícil tener que tomar decisiones sobre la comida continuamente.
[Reenmarcar]

Hay otras maneras útiles de responder a la discordancia. A continuación tiene tres ejemplos.

Disculparse

Si pisa a alguien sin querer, es de buena educación decir «Lo siento». No le cuesta nada y reconoce inmediatamente que están en una relación colaborativa.

«Lo lamento, parece que le he entendido mal.»

«Me da la sensación de que se ha sentido insultado por mis palabras.»

«No era mi intención sermonearle.»

Afirmar

Afirmar al cliente también puede ayudar a aliviar la tensión en la relación terapéutica. Una afirmación sincera tiende a bajar las defensas y transmite una relación respetuosa.

CLIENTE: Puedo hacerlo solo, no necesito su ayuda.

ENTREVISTADOR: Una vez de se propone algo, lo consigue.

CLIENTE: No sabe de lo que habla.

ENTREVISTADOR: Ha pensado mucho sobre el tema.

Cambiar de foco

Otra manera de responder a la discordancia es alejar el foco del tema espinoso en lugar de seguir insistiendo.

CLIENTE: ¿Me está diciendo que todo esto es culpa mía, que soy un mal marido?

ENTREVISTADOR: En absoluto. No tengo el menor interés en encontrar un culpable ni en insultar a nadie. Lo que me importa es cómo quiere mejorar su relación y cómo puede conseguirlo.

CLIENTE: ¿Cree que tengo un problema con la bebida?

ENTREVISTADOR: Para mí, lo de menos son las etiquetas. Lo que me importa es usted.

En resumen, no hay una fórmula única para responder al discurso de mantenimiento y a la discordancia. La clave reside en responder de un modo colaborador que transmita aceptación y respete la autonomía sin invitar a la defensa de la situación actual. Hay, literalmente, cientos de maneras de hacerlo bien.

Cambiar el guión

Responder bien al discurso de mantenimiento y a la discordancia es clave para el éxito terapéutico si los reconoce como lo que son: una oportunidad. Cuando el cliente defiende la situación actual o expresa discordancia, lo más probable es que esté reproduciendo un guión que ha puesto en práctica muchas veces antes. Y espera de usted que responda de una manera concreta: de la misma que otros han respondido en el pasado. Su papel es predecible. Si dice lo mismo que han dicho otros, la obra acabará del mismo modo.

Sin embargo, tiene la oportunidad de reescribir su papel. No tiene por qué pronunciar las palabras predecibles y secas que el cliente espera oír. En cierto modo, la EM es como el teatro de improvisación. No hay dos sesiones exactamente iguales. Si un actor cambia de papel, el argumento despegue en una dirección totalmente nueva. La

tensión dramática suele dar vida a las obras. Son los matices los que añaden suspense y emoción al argumento. Entender el discurso de mantenimiento o la discordancia como un fallo de carácter es un error lamentable, porque son dos elementos clave del cambio en el ser humano. Surgen de las motivaciones y de los conflictos de los actores y presagian algunos de los finales posibles de la obra. El verdadero arte del terapeuta consiste en saber reconocer y gestionar estas tensiones. El drama del cambio se despliega sobre este escenario.

Puntos clave

- ✓ El discurso de mantenimiento es parte normal de la ambivalencia y no debemos malinterpretarlo como «resistencia».
- ✓ El fenómeno de la discordancia señala falta de armonía en la relación terapéutica.
- ✓ Tanto el discurso de mantenimiento como la discordancia pueden crecer o disminuir significativamente en función de cómo responda el terapeuta.
- ✓ La discordancia puede surgir por distintos motivos durante los cuatro procesos de la EM.

CAPÍTULO 16

EVOCAR ESPERANZA Y CONFIANZA

La falsa esperanza no existe.

MARY PIPER

La esperanza es esa cosa con alas que se posa en el alma y canta la melodía sin palabras y sin detenerse jamás.

EMILY DICKINSON

La entrevista motivacional se concibió originalmente como un método para evocar motivación para el cambio en situaciones en que la importancia del mismo era más evidente para el terapeuta que para el cliente. Hasta ahora, la mayoría de nuestras explicaciones se han centrado en cómo conseguir que aumente la importancia que el cliente otorga al cambio. Sin embargo, hay otra dificultad clínica con la que todos los terapeutas se encuentran antes o después y en la que la EM puede resultar útil: cuando el cliente reconoce y acepta sin reservas la importancia del cambio, pero no confía en que cambiar sea posible.

«Si fuera a la universidad, podría buscar un trabajo mejor. Pero hace ya mucho que dejé de estudiar y no creo que pudiera seguir el ritmo.»

«Sé que fumar es perjudicial, pero he intentado dejarlo muchas veces y no lo consigo.»

«Sí, definitivamente necesitamos comunicarnos mejor, pero no creo que mi familia esté verdaderamente comprometida con intentarlo.»

«Quisiera estar más en forma, pero me salen demasiadas agujetas cuando hago ejercicio.»

Fíjese en el «pero» que aparece a mitad de todas las frases. Empiezan con la verbalización de un deseo, razón o necesidad y, entonces, aparece el problema: «Pero no creo que pueda hacerlo».

Tener esperanza es creer que el cambio es posible. Un terapeuta hábil puede dar esperanza cuando la de los clientes flaquea. La confianza va un paso más allá: el cambio no sólo es posible, sino que puedo contribuir a que suceda. Podemos tener la esperanza de un cambio más allá de nuestra propia influencia (la suerte, una herencia, intervención

divina o un cambio de circunstancias), pero creer que no podemos hacer nada para influir hacia un lado o hacia el otro. La EM activa el cambio personal con un foco especial en la confianza.

Es muy poco probable que alguien se comprometa a un cambio, a no ser que tenga una mínima confianza en que ese cambio es posible. De hecho, la falta de confianza puede ser un obstáculo incluso para reconocer su importancia. ¿Quién quiere sentir que «Es imprescindible que cambie, pero no puedo cambiar»? No le hace ningún favor a nadie llevándole a creer que el cambio es urgente, pero que no está en sus manos. El resultado más probable es la ansiedad o el desaliento y, ante esto, una respuesta humana normal sería intentar reducir el malestar de algún modo (p. e., dejar de pensar en ello o minimizar el problema). Tanto la importancia percibida como la confianza son elementos clave de la motivación para el cambio (R. W. Rogers, 1975; Rollnick, Miller y Heather, 1998), y la buena EM promueve ambas.

No le hace ningún favor a nadie llevándole a creer que el cambio es urgente, pero que no está en sus manos.

¿Dónde está el problema?

Una manera sencilla de determinar qué se necesita es recurrir a la figura de cuatro casillas del recuadro 16.1. ¿Cuán importante es para la persona resolver esa dificultad (u oportunidad) y cuán segura está de que es capaz de conseguirlo? Las respuestas dan lugar a cuatro situaciones posibles.

La situación 1 es el sueño de todos los terapeutas. La persona sabe que el cambio es importante y, además, confía en que será capaz de conseguirlo. Este es el resultado al que aspira la EM. También es la situación que, en principio, menos ayuda profesional requiere. En la situación 2, la persona cree que el cambio es posible (*podría* hacerlo), pero no percibe que sea importante (pero ¿por qué querría hacerlo?). Ese fue el origen de la EM. La situación 3 resulta desmoralizante, al menos temporalmente. La importancia percibida es elevada, pero la confianza es baja. Cuando el cliente dice «Lo intentaré», suele significar que está en esta casilla. Indica que concede al cambio la importancia necesaria para hacer un esfuerzo, pero que tiene muy poca confianza en tener éxito. Por supuesto, la confianza puede estar en un nivel tan bajo que la persona ni siquiera quiera intentarlo. Finalmente, la situación 4 es la menos deseada por los terapeutas: para el cliente, el cambio no es ni importante ni posible.

RECUADRO 16.1. Importancia y confianza

		Importancia	
		Alta	Baja
Confianza	Alta	1	2
	Baja	3	4

Fíjese en que esto es aplicable no sólo a las situaciones que suponen escapar de una situación actual problemática, sino también a las que plantean el cambio como una oportunidad positiva que podría mejorar una situación que ya resulta satisfactoria. El dilema puede ser de acercamiento (tienda de caramelos) y no un conflicto de evitación (capítulo 12).

Las situaciones 2 y 3 plantean retos distintos al terapeuta. En la situación 2, el foco está en aumentar la importancia que el cliente concede al cambio. En la situación 3, le concede una importancia suficiente, pero el problema motivacional reside en la falta de confianza. En la situación 4, tanto la importancia como la confianza están en niveles bajos. Es posible que la importancia reconocida sea baja precisamente por la falta de confianza.

Reforzar la confianza

La esperanza es uno de los factores más potentes de entre todos los asociados al cliente que predican el cambio (Bohart y Tallman, 1999; Hubble, Duncan y Miller, 1999; Snyder, 1994; Yahne y Miller, 1999). Si nos remitimos al nivel de la conducta específica, la confianza se denomina «autoeficacia» y es un buen predictor de la conducta exitosa (Bandura, 1982, 1997). Es muy posible que una de las vías por las que la EM promueve el cambio sea el impacto que ejerce sobre la autoeficacia del cliente (Chariyeva *et al.*, 2013). A un nivel más amplio, la esperanza es el antídoto contra el desaliento (Frank y Frank, 1993). Afortunadamente, la relación terapéutica puede reforzar la esperanza del cliente. Una estrategia cognitivo-conductual consiste en ayudar a los clientes a adquirir habilidades nuevas o reforzar las ya existentes, para que puedan afrontar situaciones que hasta ahora evitaban (p. e., Linehan, 1993; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002). Otra consiste en activar habilidades para el cambio ya existentes (DeShazer *et al.*, 2007; Hibbard *et al.*, 2007; Lewis y Osborn, 2004). Este capítulo se centrará en cómo se puede usar la EM para reforzar la esperanza cuando la falta de

confianza en uno mismo se convierte en un obstáculo para el cambio. Al igual que sucede con la motivación en general, se evoca la esperanza del propio cliente. Las semillas de la esperanza ya están ahí, esperando a ser descubiertas y a salir a la luz.

Discurso de confianza

Recuerde que uno de los cuatro ejemplos de discurso de cambio preparatorio (DARN) que ofrecimos en el capítulo 12 tiene que ver con la habilidad. Evocar este tipo de lenguaje (discurso de confianza) es una de las maneras en que podemos reforzar la esperanza. Se trata de activar recursos que ya están ahí. La esperanza no se introduce, sino que se recupera. El cliente es la primera fuente de ideas sobre cómo podría lograrse el cambio. Formule preguntas abiertas cuyas respuestas constituyan un discurso de confianza y, entonces, continúe con una escucha reflexiva.

«¿Qué podría hacer para llevar a cabo este cambio?»
«¿Cuál cree que sería un buen primer paso?»
«Dado lo que ya sabe acerca de sí mismo, ¿cómo podría ayudarse a sí mismo a lograr este cambio?»
«¿Qué dificultades prevé y cómo podría gestionarlas?»
«¿Qué le da cierta seguridad de que puede lograrlo?»

A continuación encontrará un ejemplo clínico extraído de una conversación con un fumador:

CLIENTE: ¿Qué cree que debería hacer para dejar de fumar? Ya lo he intentado antes y no he durado mucho.

ENTREVISTADOR: Tengo algunas ideas que han ayudado a otras personas, pero lo verdaderamente importante es qué le irá bien a usted. Nadie le conoce mejor que *usted* mismo, así que, dado lo que sabe de sí mismo, ¿qué cree que le ayudaría a conseguirlo? ¿Cómo cree que lo lograría?

CLIENTE: No sé, las otras veces que lo he intentado me he puesto de muy mal humor y sé que convivir conmigo ha sido difícil. No soy buena compañía en esa situación.

ENTREVISTADOR: La retirada de la nicotina le pone muy irritable.

CLIENTE: Sí, sé que hay chicles de nicotina y todas esas cosas que ayudan, pero creo que lo que necesito es pasar el mono de un tirón y superarlo.

ENTREVISTADOR: Eso es lo que le iría mejor. ¿Y cómo podría hacerlo?

CLIENTE: Creo que necesitaría estar solo durante un par de semanas (*risas*), quizásirme de acampada al bosque o algo.

ENTREVISTADOR: Para proteger a los demás.

CLIENTE: Para *mi* protección, si quiero seguir casado y que me quede algún amigo después.

ENTREVISTADOR: Ha sido muy difícil convivir con usted cada vez que ha intentado dejar de fumar.

CLIENTE: Bueno, sólo he aguantado un par o tres de días, pero sí, ha sido horroroso.

ENTREVISTADOR: Así que una de las cosas de las que no está seguro es cuánto tiempo tardaría en superar la peor fase de la abstinencia ni qué haría durante esos días.

CLIENTE: Sé que tendría que mantenerme ocupado y hacer algo con las manos. Me gusta construir armarios y muebles en general. Probablemente me daría tiempo de amueblar una casa entera.

ENTREVISTADOR: Eso es algo importante que sabe acerca de sí mismo: mantenerse ocupado durante los días más difíciles le ayudaría muchísimo. Y no quiere ni chicles ni parches de nicotina.

CLIENTE: No, quiero dejarlo de una vez por todas. Sin tonterías.

ENTREVISTADOR: Cuando se propone hacer algo, lo hace ya.

CLIENTE: Sí, cuando se trata de algo desagradable como esto, sí. En cambio, si estoy con un mueble, puedo pasarme todo el tiempo que sea necesario. Disfruto.

ENTREVISTADOR: Eso le ayudaría a mantenerse ocupado y a pasar el tiempo.

CLIENTE: De hecho, creo que estaría bien tomarme unos días de vacaciones y dedicarme a hacer muebles.

ENTREVISTADOR: Se imagina haciéndolo como una manera de dejar de fumar y disfrutar al mismo tiempo.

CLIENTE: Sí. Tendría que enviar a mi mujer a casa de mi suegra durante un par de semanas y no contestar el teléfono, pero creo que podría funcionar.

ENTREVISTADOR: Al menos hasta que superara los días de mayor irritabilidad. ¿Cuán seguro está de que este método podría funcionarle?

CLIENTE: Pues creo que sí, que funcionaría. Sólo tendría que aguantar y estar solo, sobre todo no ver a ningún fumador durante una o dos semanas.

ENTREVISTADOR: ¿Hay algo que yo pueda hacer para ayudarle? ¿Ser su teléfono de emergencia, por ejemplo?

CLIENTE: (*Risas.*) No, creo que sólo tengo que poner una fecha y hacerlo.

Lo que buscamos e intentamos reforzar es el lenguaje de habilidad y el discurso de confianza (*podría, puedo, soy capaz, es posible*), además de las ideas de la propia persona sobre cómo llevar a cabo el cambio. Las preguntas abiertas que usan este lenguaje son una buena manera de explorar las ideas del cliente: «¿Qué podría hacer para tener éxito?».

ESCALA DE CONFIANZA

También podemos utilizar la escala que hemos presentado en el capítulo 13 para suscitar discurso de confianza: «¿Cuán seguro está de que podría conseguirlo si se lo propusiera? En una escala del 0 al 10, donde 0 es nada seguro y 10 es totalmente seguro,

¿dónde se ubicaría?»). Y, entonces, haríamos las mismas preguntas de continuación que en el capítulo 13, para suscitar una postura de confianza en el cliente.

«¿Por qué está en un ____ y no en un 0?» (O un número inferior.)
«¿Qué necesitaría para pasar del ____ a un [un número más elevado]?»
«¿Cómo podría ayudarle a pasar del ____ a un [un número más elevado]?»

Las respuestas a estas preguntas serán discurso de confianza. Al igual que en la escala de importancia, acuérdesese de no invertir las preguntas preguntando «¿Por qué está en un ____ y no en un 10?»).

DAR INFORMACIÓN Y CONSEJO

A veces, al cliente realmente no se le ocurre nada y pregunta qué puede hacer o pide consejo. Tal y como ilustra el ejemplo anterior, nuestra respuesta inicial ante este tipo de peticiones suele ser devolvérselas al cliente y solicitar sus ideas. Sin embargo, más allá de esto también es razonable ofrecer información y consejo; y el hecho de que el cliente se lo haya solicitado ya le autoriza a hacerlo. Tal y como hemos explicado en el capítulo 11, cuando se trata de dar consejo recomendamos que no se limite a ofrecer una única posibilidad, sino un abanico de opciones entre las que el cliente pueda elegir.

IDENTIFICAR Y AFIRMAR LOS RECURSOS PERSONALES

Otra manera de generar confianza personal es identificar fortalezas y recursos personales más amplios que el cliente pueda aplicar al proceso de cambio en cuestión. Afirmar los recursos puede ser, en sí mismo, un impulsor de la autoestima y de la confianza en uno mismo. Es un modo de reforzar la esperanza y la confianza del cliente cuando escasean. Tal y como hemos explicado en capítulos anteriores, puede preguntar directamente al cliente acerca de sus atributos positivos y explorarlos con escucha reflexiva. Como a muchas personas les resulta difícil autoafirmarse, también utilizamos un proceso más estructurado al que llamamos «características de las personas que consiguen cambiar». La lista de adjetivos que aparece en el recuadro 16.2 no es más que una compilación de 100 atributos positivos que las personas pueden manifestar. Todo el mundo puede encontrar en esta lista adjetivos que le describan, y esto es lo que solemos pedir a nuestros clientes: «Lea esta lista de recursos que a veces tiene la gente y rodee con un círculo los que le describan a usted». Intentamos que marquen un mínimo de cinco. Entonces, exploramos los recursos seleccionados con preguntas abiertas y escucha reflexiva.

RECUADRO 16.2. Algunas características de las personas que consiguen cambiar

Acogedor	Considerado	Perspicaz	Tranquilo
Activo	Valeroso	Sabio	Directo
Adaptable	Creativo	Cariñoso	Fuerte
Aventurero	Decidido	Maduro	Cabezón
Afectuoso	Dedicado	Abierto	Agradecido
Afirmativo	Tenaz	Optimista	Detallista
Alerta	Persistente	Ordenado	Considerado
Vivo	Diligente	Organizado	Duro
Ambicioso	Práctico	Paciente	Confiado
Con los pies en el suelo	Animado	Perceptivo	Digno de confianza
Asertivo	Efectivo	Testarudo	Sincero
Seguro de sí mismo	Enérgico	Positivo	Comprensivo
Atento	Experimentado	Potente	Único
Valiente	Fiel	Esperanzado	Incansable
Osado	Sin miedo	Rápido	Vigoroso
Brillante	Flexible	Razonable	Visionario
Capaz	Centrado	Receptivo	Íntegro
Cuidadoso	Con capacidad de perdón	Relajado	Dispuesto
Alegre	Previsor	Fiable	Ganador
Inteligente	Libre	Con recursos	Ingenioso
Comprometido	Feliz	Responsable	Digno
Competente	Saludable	Sensato	Meticuloso
Preocupado	Esperanzado	Hábil	Entusiasta
Confiado en sus capacidades	Imaginativo	Sólido	
	Ingenioso	Espiritual	
		Estable	

Nota: De Miller (2004). Esta página puede reproducirse y adaptarse sin necesidad de autorización.

ENTREVISTADOR: Ahora me gustaría que hablásemos de cómo podrían ayudarle todos estos recursos durante su programa de rehabilitación cardiovascular, para evitar otro ataque al corazón. Veo que una de las cosas que ha marcado es «Previsor». Hábleme un poco de ello.

CLIENTE: Bueno, me gusta ver el lado bueno de las cosas. Siempre se me ha dado bien ver las posibilidades futuras y no sólo como son las cosas ahora.

ENTREVISTADOR: Ya veo, así que es optimista.

CLIENTE: Sí, en cierto modo sí. Aunque es más que no me quedo atrapado en el pasado, pensando «Si hubiera, tendría que haber hecho, podría haber...». No puedo hacer nada sobre el pasado, pero el futuro no ha sucedido todavía. Sí que puedo hacer algo acerca del futuro.

ENTREVISTADOR: Ese es un recurso extraordinario. No se queda atrapado pensando en lo malas que son las cosas, sino que se pregunta qué puede hacer para mejorarlas.

CLIENTE: Sí, eso es.

ENTREVISTADOR: Así que en lo que concierne a volver a estar fuerte y sano, para usted sería importante centrarse en las cosas por las que quiere vivir, en lo que le aguarda. ¿Sí?

CLIENTE: Exacto, aún me queda mucho por vivir y muchas cosas por hacer.

Fíjese en que lo que el paciente dice contiene mucho discurso de cambio, además de afirmar un recurso concreto para el mismo. Cuando el cliente identifique una fortaleza personal, pídale que elabore. ¿De qué maneras características se manifiesta el recurso en esa persona? Pida ejemplos concretos y prosiga con escucha reflexiva.

También puede ser muy útil explorar aquí el apoyo social con que cuenta el cliente para acometer el cambio. ¿Hay alguien a quien pueda pedir ayuda o apoyo? ¿De qué manera pueden ayudarle? ¿Quién más puede ayudarle con el cambio?

RECORDAR ÉXITOS PASADOS

Otra fuente de esperanza consiste en explorar cambios que el cliente haya acometido con éxito en el pasado: «¿Qué cambios ha hecho en su vida que le resultaron difíciles en su momento? ¿Qué cosas ha conseguido hacer que en un principio no sabía si sería capaz?». Una vez que le haya explicado uno o dos ejemplos, siga explorando: «¿Y cómo lo consiguió?». Y, de nuevo, escuche con empatía y refleje las habilidades y recursos concretos que aparezcan en la historia. Explore los cambios pasados positivos con cierta profundidad. ¿Qué hizo la persona que funcionó? ¿Se preparó específicamente para el cambio? Busque habilidades y recursos personales concretos que puedan generalizarse y aplicarse a la situación actual. En lugar de limitarse a preguntar «¿Y cómo lo hizo?», puede resultar útil que la persona explique con cierto detalle de qué cambio se trató y cómo sucedió. ¿Por qué decidió hacer ese cambio concreto? ¿Qué hizo para iniciar y mantener el cambio? ¿Con qué obstáculos se encontró y cómo los superó? ¿A qué atribuye el éxito? ¿Qué significa eso en términos de recursos, habilidades y fortalezas? Recuerde que el objetivo es que sea el propio cliente quien verbalice el discurso de confianza, no usted.

LLUVIA DE IDEAS

La lluvia de ideas es una estrategia de resolución de problemas clásica. Consiste en generar espontáneamente tantas ideas como sea posible sobre cómo se podría llevar a cabo un cambio. La lista se genera sin críticas, es decir, se aceptan todas las ideas por absurdas o poco realistas que puedan parecer. El objetivo es estimular el pensamiento creativo y divergente en torno a la consecución del cambio. Aunque puede sugerir alguna idea, recurra sobre todo a la creatividad del propio cliente. Escribalas.

Una vez que haya generado la lista, pregunte al cliente qué ideas de la lista le parecen más prometedoras o aceptables y por qué. Recuerde que todos estos métodos para evocar esperanza comparten un mismo propósito: suscitar y reforzar el discurso de confianza del cliente. En el contexto de la EM, la lluvia de ideas es más que un método para generar ideas. Es otro formato para suscitar discurso de confianza.

REENMARCAR

A veces, la persona está abrumada por atribuciones de fracaso, por lo que puede resultar muy útil llevar a cabo un proceso de reenmarque o de reatribución. Uno de los temas más habituales es «Lo he intentado muchas veces y he fracasado todas ellas», y la estrategia general consiste en reenmarcar el «fracaso» de modo que promueva, en lugar de bloquear, más intentos de cambio.

Aquí puede resultar útil recurrir al concepto de «intento», porque la distancia entre un «fracaso» y un «intento» es muy corta. No hay necesidad de recurrir a tópicos («Si al principio no se consigue, hay que volver a intentarlo») para hablar de lo que el cliente ha hecho en el pasado como intentos sucesivos de alcanzar un objetivo. Y aquí, algo de conocimiento procedente de la investigación sobre el cambio le puede venir muy bien. Por ejemplo, no es habitual que los fumadores dependientes consigan dejar de fumar al primer intento. El fumador promedio necesita entre tres y cuatro intentos serios antes de poder escapar de las garras de la dependencia del tabaco. Y como estamos hablando de promedios, no es raro que se necesiten seis o siete intentos. Con cada intento, la persona se acerca un paso más al éxito. Mientras que el «fracaso» puede ser algo de lo que avergonzarse, un «intento» es digno de admiración. Si alguien lo ha intentado varias veces y no lo ha conseguido aún, quizás sea porque no ha encontrado la estrategia adecuada para él o ella. Incluso es posible que si vuelve a intentar la misma estrategia, la próxima vez tenga éxito. «Intentarlo» es una etapa rutinaria y necesaria hacia el cambio exitoso.

Hay otros reenmarques que también pueden reforzar la confianza del cliente en sí mismo. Las explicaciones del «fracaso» como consecuencia de factores internos estables (como la incapacidad: «No puedo hacerlo») pueden reatribuirse a factores externos e inestables, como el esfuerzo o la suerte: «No era el momento adecuado», «Aún no lo he

hecho», «No estaba preparado», «Esa vez tuve mala suerte» o «No me esforcé lo suficiente o durante el tiempo suficiente». Cópieles una frase a los jugadores, cuya persistencia es inamovible: quizás, la próxima vez será la mía.

PENSAMIENTO HIPOTÉTICO

Si las dificultades del cliente son de naturaleza práctica, quizás le resulte útil saltar al «hipo-espacio», es decir, pensar hipotéticamente. Los modos subjuntivo y condicional funcionan muy bien aquí:

«Imagine que ya lo hubiera conseguido y que mirase hacia atrás, al momento presente. ¿Qué cree que vería que funcionó mejor? ¿Cómo sucedió?»

«Imagine que ese gran obstáculo hubiera desaparecido. Si ya no existiera, ¿cómo abordaría el cambio?»

«Se siente muy desanimado, quizás incluso desmoralizado con todo esto. Así que use la imaginación: si volviera a intentarlo, ¿cuál sería la mejor manera de probar?»

A veces, la distancia que otorga el pensar hipotéticamente basta para liberar la creatividad del cliente. Uno de los métodos que utilizamos con clientes que se sienten cómodos con la autoescritura reflexiva es el de «la carta del futuro», que solemos dar como tarea para casa, para que tengan tiempo de reflexionar.

«Ahora, me gustaría que imaginase que han pasado cinco años y que ha conseguido llevar a cabo ese cambio que tanto desea. Escribise una carta a sí mismo, desde el futuro. ¿Puede imaginarlo? Anímese desde el futuro, aproveche el conocimiento de su yo futuro y explique a su yo presente cómo ha conseguido cambiar.»

Este tipo de pensamiento hipotético puede funcionar también durante el curso de una sesión. Alguna vez en que nos hemos sentido bloqueados, le hemos pedido al cliente que sea nuestro «supervisor»:

«Peter, me gustaría probar algo un poco distinto, si le parece bien. Dentro de un minuto, le pediré que se siente en esa silla de allí y que se ponga en el papel de mi asesor. Cuando lo haga, hablaremos de lo que le sucede, como si usted fuera mi supervisor y me estuviera ayudando a pensar sobre qué hacer. Cuando lo hagamos, hable de usted mismo, no en primera persona (“yo” o “a mí”), sino en tercera persona. ¿Me he explicado bien?»

Entonces, una vez que el cliente se ha cambiado de silla, decimos algo así:

«Ahora estoy un poco bloqueado en las sesiones con Peter y me gustaría que me ayudara. Quiero ayudarle, pero no acabo de ver cuál podría ser un buen paso adelante ahora. ¿Qué cree que le pasa a Peter y qué cree que podría probar?»

Tras esta conversación, le damos las gracias al «supervisor» y le pedimos al cliente que regrese a su silla y, por lo general, que ponga en práctica lo que él mismo acaba de sugerir. Aunque no todos los clientes pueden gestionar este tipo de distancia, hay veces

en que aportan ideas y sugerencias sorprendentes. Al igual que sucede durante toda la EM, trabajamos desde la premisa de que el cliente tiene sabiduría, intuición y creatividad que podemos aprovechar.

Trabajamos desde la premisa de que el cliente tiene sabiduría, intuición y creatividad que podemos aprovechar.

CÓMO RESPONDER AL DISCURSO DE CONFIANZA

El propósito común a todos los métodos que acabamos de presentar es que el cliente hable acerca de cómo podría ocurrir el cambio, acerca de la confianza: por qué y cómo podría conseguir cambiar. Tal y como sucede con el resto de la EM, es útil que sea el propio cliente quien formule los argumentos. Cuando el discurso de confianza ocurre, es importante responder de un modo que lo apoye y lo refuerce. Aquí volveríamos a aplicar las cuatro respuestas complementarias (PARS) que hemos presentado en el capítulo 14, ya que se trata de un caso especial de responder al discurso de cambio.

- *Preguntas abiertas* que soliciten *elaboración* o *ejemplos*.
- *Afirmar* los recursos y capacidades del cliente.
- *Reflejar* las afirmaciones de autoconfianza del cliente.
- *Resumir* con sumarios las razones que llevan al cliente a mostrarse optimista respecto al cambio.

La escucha reflexiva sigue siendo una habilidad fundamental. Atienda para detectar temas, experiencias, ideas y percepciones que impliquen confianza y trasluzcan la capacidad de la persona para llevar a cabo el cambio deseado. Refleje sobre todo estos elementos, tanto inmediatamente a medida que la persona los verbalice, como en sumarios reflexivos posteriores. Afirme de manera adecuada las expresiones de confianza del cliente.

Cuando aparezca discurso de confianza, también puede serle útil plantear algunas de las posibles dificultades que pueden aparecer y preguntar al cliente cómo podría resolverlas:

«¿Qué podría hacer si...?»
«¿Cómo respondería si...?»
«¿Qué cree que pasaría si...»

Esto, a su vez, suscita más discurso de cambio. De hecho, es justamente lo contrario a que el entrevistador proponga soluciones y el cliente señale por qué no pueden funcionar. Aquí, su función no es refutar el discurso de cambio del cliente, sino

estimularlo a través de la reflexión y la especificidad.

CAMBIO RADICAL CON PROBLEMAS MÚLTIPLES

Hay veces en que el cambio necesario no está circunscrito, sino que implica varios problemas interrelacionados y con pocas probabilidades de responder a una solución sencilla. Por ejemplo, pensemos en la situación de una prostituta polidrogodependiente que trabaja en una ciudad donde la prostitución es ilegal. Al igual que muchas mujeres en esta misma situación, es muy posible que para ella sea muy importante escapar de este laberinto, pero que no vea ninguna salida. Por compleja que sea la situación, nos encontramos ante un problema de autoconfianza. Es muy posible que el cambio exija escapar de compañeros peligrosos y con recursos; encontrar el modo de subsistir y un lugar donde vivir temporalmente, cambiar de ciudad y un tratamiento de polidesintoxicación; resolver problemas legales; adquirir nuevas habilidades laborales; y encontrar trabajo, guardería y vivienda. Hablar de cambio en relación con cualquiera de estos problemas (como la drogodependencia) sin abordar los otros no es realista en absoluto y también es comprensible que el nivel de confianza en la posibilidad de cambiar sea bajo. Es muy poco probable que buscar el cambio gradual y de uno en uno funcione, porque los problemas son complementarios y están interrelacionados.

En estas situaciones, la única manera en que alguien puede tener confianza en el cambio es a través de un cambio radical que aborde simultáneamente varios problemas. Sin subestimar la complejidad de la situación, lo cierto es que es posible hablar de cómo podría darse un cambio tan drástico. En lugar de intentar modificar una conducta concreta, hay que pensar en la imagen general del cambio.

Caso clínico

El siguiente diálogo clínico ilustra un modo de aumentar la confianza en una situación de cambio radical como la que acabamos de describir y desde el marco de la EM. El diálogo comienza después de una conversación acerca de la importancia del cambio, y la clienta la resume de un modo tan conciso que no es necesario que el entrevistador lo haga de nuevo. Ahora, el reto que hay que superar antes de poder pensar en planificar el cambio, es la baja confianza en la posibilidad del mismo.¹

CLIENTE: Es que ya no puedo seguir haciendo este trabajo durante mucho más tiempo. Es demasiado peligroso y voy a acabar muerta. [*Se concede una puntuación de 9 en la escala de importancia.*] Tengo que pensar en mi hija, no quiero que tenga la misma vida que yo. Soy un desastre de madre..., me chuto en el baño, para que no me vea, estoy fuera casi toda la noche... Ahora, el asistente social amenaza con quitármela otra vez y la verdad es que no lo culpo. No puedo seguir así.

ENTREVISTADOR: Es una situación desesperada y realmente quieres salir de ahí.

CLIENTE: La otra noche estuve a punto de salir, sí, pero no como quiero. Estuve a punto de salir con los pies por delante.

ENTREVISTADOR: Estuviste a punto de morir.

CLIENTE: No es la primera vez, pero esta vez me asusté muchísimo... Es el hombre de quien le he hablado.

ENTREVISTADOR: Entonces, ¿cuál sería el siguiente paso? ¿Cómo podrías salir?

CLIENTE: Pues eso es..., ¿qué puedo hacer? [*Una invitación a proporcionar soluciones...*]

ENTREVISTADOR: Te sientes atrapada, no ves ninguna salida. [*... que el entrevistador se limita a reflejar.*]

CLIENTE: ¡Ninguna! No tengo dinero, estoy con la condicional.. [*Podemos imaginar cuál sería el resultado más probable si aquí se prescribieran soluciones («¿Y si, por ejemplo...?»).*] CC me vigila como un halcón y me pega y me quita las drogas si cree que no le doy todo el dinero... Vivimos en la habitación de un motel mugriento. ¿Qué se supone que he de hacer?

ENTREVISTADOR: Esa es precisamente la pregunta a la que necesitas encontrar respuesta. Quieres cambiar de vida, pero ¿cómo se supone que vas a poder superar tantos obstáculos y tan enormes? [*De nuevo, el entrevistador refleja en lugar de proporcionar respuestas.*]

CLIENTE: No sé, no lo veo. O ya lo habría hecho. [*Escala de confianza = 1 o 2.*]

ENTREVISTADOR: Te seré sincero, no tengo la respuesta. Sin embargo, estoy convencido de que tú sí y que, si trabajamos juntos, encontraremos el modo de sacarte de ahí. [*Dar esperanza.*]

CLIENTE: ¿Qué quieres decir?

ENTREVISTADOR: Bueno, para empezar, has demostrado que tienes unos recursos increíbles. Es extraordinario lo fuerte que eres, que hayas pasado por todo eso y que estés viva..., y no sólo eso: estás aquí, hablando conmigo acerca de cómo quieres que sea tu vida en el futuro. Yo no sé si hubiera sido capaz de sobrevivir a lo mismo. [*Afirmación totalmente honesta y reenmarque.*]

CLIENTE: Una hace lo que tiene que hacer.

ENTREVISTADOR: Has llegado muy lejos y percibo que aún tienes muchísimo amor y compasión en tu interior..., no sólo hacia tu hija, sino también hacia las mujeres con las que trabajas y hacia otras personas. ¿Cómo lo haces? [*Afirmación y pregunta abierta.*]

CLIENTE: Bueno, vivo día a día, como dicen. No sé. Me pliego completamente hacia dentro, como cuando estoy con un cliente. No dejo que me afecte. Cuido de mí misma.

ENTREVISTADOR: Y cuidas de tu hija. [*Reflejo de enlace.*]

CLIENTE: Bueno, espero cuidarla a ella mejor de lo que me cuido a mí misma, pero sí. Nadie más lo hace.

ENTREVISTADOR: Así que tienes una fuerza interior extraordinaria, un núcleo interno sólido en el que nada puede hacerte daño.

CLIENTE: O no dejo que me lo hagan.

ENTREVISTADOR: ¡Ah, vale! No es que no sientas nada, porque sí que lo sientes. Lo que pasa es que tienes una manera de proteger a esa mujer afectuosa que vive en tu interior, sabes cómo mantenerla a salvo. Así que eres muy fuerte. [*Afirmación.*] ¿Qué otras cosas dirías acerca de ti misma? [*Pregunta evocadora.*] ¿Qué otras cualidades hacen de ti una superviviente? [*Preguntar acerca de recursos personales.*]

CLIENTE: Pues creo que soy bastante inteligente. Sí, ya sé que no lo parece al verme, pero me doy cuenta de lo que sucede a mi alrededor. No se me escapa nada. [*Inicio del discurso de confianza.*]

ENTREVISTADOR: Eres una mujer fuerte, afectuosa e inteligente. ¿Qué más? [*Recapitulación.*]

CLIENTE: No sé...

ENTREVISTADOR: ¿Qué crees que dirían los demás de ti?, ¿qué diría de ti alguien que te conozca bien? ¿Qué cualidades positivas verían en ti y que te ayudarían a hacer los cambios que quieres?

CLIENTE: Soy persistente. Cuando quiero algo, voy a por ello.

ENTREVISTADOR: Nada te detiene cuando te propones algo, vas a por ello, como una flecha.

CLIENTE: Sí, cuando quiero algo, sigo y sigo.

ENTREVISTADOR: Fuerte y afectuosa, inteligente, tenaz... Me parece que tienes mucho de lo que se necesita para superar cambios difíciles. Vamos a ver otra cosa... ¿Podrías darme un ejemplo de alguna vez en que realmente quisieras algo y lo consiguieras? [*Revisar éxitos pasados.*]

CLIENTE: No le va a gustar...

ENTREVISTADOR: Ponme a prueba.

CLIENTE: Bueno, pues la semana pasada no tenía qué pincharme y realmente necesitaba un pico... CC creía que lo estaba engañando, que le escondía dinero, así que me quitó todo lo que tenía. Pregunté a mis colegas, pero nadie tenía nada. Era por la tarde y en la calle no había movimiento, así que cogí a mi hija y me fui a la entrada de la autopista. Tuve que esperar hasta que CC se fue a cenar. Escribí un

cartel que ponía: «Tengo hambre. Trabajo a cambio de comida». Al cabo de una hora ya tenía suficiente para lo que necesitaba e incluso pude comprar algo para comer. CC ni se enteró.

ENTREVISTADOR: Bueno, pues es un ejemplo de todo lo que has dicho antes. Tuviste que planificarlo muy bien, pero como captas lo que sucede a tu alrededor, pudiste hacerlo. Piensas con rapidez, así que se te ocurrió una solución. La llevaste hasta el final y conseguiste lo que querías. ¿Cómo hiciste el cartel? [*Recapitulación de recursos personales.*]

CLIENTE: Con un trozo de cartón que encontré en la basura. Y pedí un rotulador en la recepción del motel.

ENTREVISTADOR: Aunque pienses que son cosas sin importancia, la verdad es que estoy impresionado de lo rápidamente que te las arreglaste. Claro que lamento que dedicaras toda esta creatividad a conseguir droga, pero es un ejemplo claro de que cuando te lo propones, consigues lo que quieres.

CLIENTE: Bueno, y esa es otra. ¿Qué hago con lo de estar enganchada? El mono es terrible.

ENTREVISTADOR: Ya lo has pasado antes, entonces.

CLIENTE: Vaya... En la cárcel, en la calle, incluso fui a una clínica de desintoxicación una vez. Pero no quiero volver a pasar por eso.

ENTREVISTADOR: Háblame de cuando fuiste a la clínica. ¿Cuánto hace?

CLIENTE: Fue el año pasado. Me puse muy mal y me llevaron a urgencias. Y de allí me llevaron a la clínica de desintoxicación. Estuve unos cinco días, pero en cuanto salí, volví a chutarme.

ENTREVISTADOR: ¿Y qué te pareció la clínica?

CLIENTE: No estuvo mal. Fueron amables y me dieron medicamentos para que no me encontrase mal. Pero en cuanto volví a la calle, tuve ganas de chutarme.

ENTREVISTADOR: Entonces, al menos has visto que te es posible pasar el mono con comodidad. El problema fue cuando saliste. Ahora permíteme que te pregunte una cosa. Imagina que, por arte de magia, hubieras conseguido salir de la calle. [*Uso de la hipótesis.*] Has superado el mono, estás fuera del alcance de CC..., has escapado por completo de todo. De momento no te preocupes por cómo lo has conseguido, ya hablaremos de eso luego. Pero eres libre, estáis sólo tú y tu hija. ¿Qué harías? ¿Qué tipo de vida elegirías? [*Mirar hacia el futuro.*]

CLIENTE: Me gustaría encontrar un trabajo de verdad. Quizás volvería a estudiar y entonces podría encontrar un buen trabajo. Me gustaría irme de la ciudad, vivir en algún sitio pequeño, en el campo. [*Discurso de cambio.*]

ENTREVISTADOR: Un cambio de escenario completo.

CLIENTE: Sí, es lo que necesitaría.

ENTREVISTADOR: Y puedes imaginarlo, una vida nueva, en otro lugar, con tu hija.

CLIENTE: Sí, puedo imaginarlo. Pero ¿cómo llego ahí? [*Invitación a dar soluciones.*]

ENTREVISTADOR: Es un cambio tan grande y hay que superar tantos obstáculos que no sabes si podrías. [*Acompañar en el proceso.*]

CLIENTE: No sé. O quizás sí. Tampoco lo he pensado mucho. [*¿Escala de confianza = 3 o 4?*]

ENTREVISTADOR: Quizás, sólo quizás, si aplicaras toda tu fuerza, inteligencia, creatividad y tenacidad, se te ocurriría cómo conseguirlo. Es lo que quieres, ¿no?

CLIENTE: Sí, sería genial poder salir de la calle.

ENTREVISTADOR: Pero ¿es sólo un sueño o crees que quizás serías capaz de hacerlo?

CLIENTE: Me parece poco realista, al menos para mí...

ENTREVISTADOR: Para ti. Pero quizás sería posible para...

CLIENTE: Supongo que estaba pensando en mi hija. O en otras mujeres que conozco. Pero también creo que si ellas pueden, yo también.

ENTREVISTADOR: Puedes imaginar que lo consigues, igual que podrían conseguirlo las demás. Deja que te pregunte una cosa más, antes de pasar a los detalles. Pensemos en qué necesitarías para pasar de la calle a ese lugar que has imaginado. Y seamos creativos. Pensemos en todas las maneras en que podría pasar, no importa que sean poco realistas o improbables. Lo importante es que se nos ocurran muchas ideas. ¿Vale? [*Presentación de la lluvia de ideas.*]

CLIENTE: Vale, ¿por qué no?

ENTREVISTADOR: Entonces, ¿cómo podría pasar?

CLIENTE: A ver, podría conocer a un chulazo, como en *Pretty Woman*.

ENTREVISTADOR: Muy bien, esa sería una manera. ¿Qué más?

CLIENTE: Podría suceder un milagro. (*Risas.*)

ENTREVISTADOR: Perfecto. Marchando un milagro. ¿Y qué más?

CLIENTE: Podría convencer a mi madre para que me ayudase otra vez. Si creyera que esta vez voy en serio, quizás me ayudaría.

ENTREVISTADOR: Entonces, tu madre podría ayudarte económicamente a salir de aquí.

CLIENTE: Sé que está preocupada por su nieta. Incluso quizás podríamos vivir con ella una temporada... Pero no sé si volverá a confiar en mí.

El discurso de confianza va haciendo su aparición gradualmente a lo largo de este fragmento de diez minutos e incluso parece haber un plan de cambio incipiente. En lugar de saltar directamente a debatir cómo conseguir el cambio con esta mujer que siente que el cambio es muy importante, pero cuya confianza en sí misma es muy baja, el entrevistador dedica el tiempo necesario a suscitar confianza en sus capacidades de adaptación generales. También se resiste a la invitación repetida a ofrecer soluciones. Y esto prepara el terreno para el desarrollo y el compromiso con el plan de cambio específico que vendrá luego (capítulo 20).

Encontrar esperanza

Los seres humanos tienen unos recursos increíbles. La actitud que subyace a este enfoque es de una confianza y un respeto plenos hacia las soluciones de la propia persona. Resulta muy tentador ofrecer soluciones y tratar de *instalar* esperanza y seguridad. Tal y como hemos explicado en el capítulo 10 y desarrollaremos en la parte V, compartir nuestra experiencia puede tener su función en un momento dado, pero creemos que siempre vale la pena empezar por apelar a los propios recursos y soluciones del cliente. No tiene por qué encontrar la respuesta usted solo y, además, cuando se trata de cambio personal, es muy poco probable que esa estrategia sea demasiado efectiva. Encontrar esperanza no es cuestión de crearla de la nada, sino de sacar a la luz lo que ya está ahí. La esperanza es un proceso interpersonal verdaderamente colaborativo, y poder participar en él es un gran privilegio.

Encontrar esperanza es cuestión de sacar a la luz lo que ya está ahí.

Puntos clave

- ✓ Las personas son reticentes a intentar el cambio a no ser que tengan cierta confianza en que es posible.
- ✓ Los clientes que otorgan gran importancia al cambio, pero cuya confianza en conseguirlo es baja, necesitan un tipo de ayuda distinto que los que le otorgan poca importancia, pero confían en poder conseguirlo.
- ✓ El estilo clínico de la EM permite reforzar la esperanza y la confianza.

CAPÍTULO 17

ACONSEJAR CON NEUTRALIDAD

Sueño con un arte del equilibrio.

HENRI MATISSE

Si llegas a una encrucijada, tómala.

YOGI BERRA

En un principio, la EM se desarrolló con un propósito concreto: reforzar la motivación y el compromiso de las personas para llevar a cabo un cambio específico. En este sentido, la EM influencia la elección, a pesar de que, en última instancia, es siempre el cliente quien decide si lleva a cabo o no el cambio personal.

Sin embargo, hay situaciones en las que resulta apropiado *no* guiar al cliente en una dirección concreta. Podría ser que aún no nos hayamos formado una opinión acerca de qué opción sería la mejor o que creamos que no debemos influir en la elección ni en un sentido ni en otro. En este caso, es imperativo que mantengamos el equilibrio y que no favorezcamos, ni deliberada ni inconscientemente, ninguno de los lados de la ambivalencia del cliente.

Piense en este abanico de situaciones clínicas en las que trabajaría con un cliente que está valorando distintas opciones de cambio:

- Una pareja que no sabe si adoptar hijos o no.
- Un adulto que está valorando la posibilidad de donar un riñón a un familiar que necesita un trasplante.
- Una mujer que no sabe si interrumpir el embarazo.
- Un adolescente que piensa en si usar o no preservativos cuando mantiene relaciones sexuales.
- Un hombre que se ha estado inyectando «*speedballs*» (heroína y metanfetamina).
- Una mujer que está decidiendo si dejar o no a su marido, que la maltrata físicamente.
- Un vagabundo a quien le gusta vivir en la calle.
- Una mujer que duda sobre si participar o no en el estudio clínico que usted está llevando a cabo.
- Un hombre que usa la autoasfixia para intensificar el orgasmo.
- Una mujer a quien se ha ordenado que siga un tratamiento de desintoxicación después de la tercera detención por conducir ebria.
- Un soldado que juega a la ruleta rusa para combatir el aburrimiento y la desesperanza.
- Una persona que llama a una línea de atención telefónica al suicidio y que está considerando precipitarse desde un edificio.
- Un agresor sexual que está considerando nuevas víctimas potenciales.

Si es como la mayoría de terapeutas, su sensación de urgencia a la hora de influir en la elección del cliente variará mucho de una situación a otra. Hay algunas en las que es posible que incluso sienta la obligación profesional y ética de hacer todo lo que esté en sus manos para animar al cliente a emprender una dirección concreta. Y habrá otras en las que crea que sería poco ético intentar influir sobre él en un sentido o en otro. Y es posible que aun otras caigan en una zona gris.

En este capítulo, presentamos un modo de trabajar enmarcado en la EM y que le será útil cuando quiera evitar influir en la dirección que tome el cliente. En cierto modo, es más difícil que ayudarlo a avanzar en una dirección concreta. Lo que hemos aprendido de los psicolingüistas del cambio cobra gran importancia aquí, y aconsejar desde la neutralidad exige ser consciente de esta dinámica en todo momento a lo largo del proceso de explorar opciones.

Equidistancia

La intención de dejar al cliente plena libertad de elección no es nada nuevo. En la práctica de la medicina, esto se ha llamado *equidistancia*. El médico, o bien no tiene una opinión acerca de qué opción es mejor (p. e., entre distintas maneras de tratar un cáncer concreto), o, como mínimo, cree que es el paciente quien debe tomar la decisión. El médico puede proporcionar información acerca de lo que indica la ciencia disponible, para que el paciente tome una decisión *informada*, pero no quiere empujarle ni directa ni indirectamente hacia una opción concreta (Charles y Whelan, 1997; Elwyn, Edwards, Kinnersley y Grol, 2000).

Entonces, ¿qué es exactamente la equidistancia? En primer lugar, no es un rasgo personal o profesional. Algunos médicos manifiestan una gran *ecuanimidad*: suelen mostrarse pacientes, hacen gala de estabilidad emocional, mantienen la compostura, se muestran justos y equilibrados y, en general, suelen comportarse así independientemente de la persona que tengan delante, del momento o de la situación. Sin embargo, la equidistancia es específica para cada cliente y situación. Al igual que el discurso de cambio, la equidistancia sólo puede definirse en relación con una decisión o un objetivo de cambio concretos. No nos mostramos equidistantes ante una persona, sino ante una elección o cambio concreto que la persona está contemplando.

En segundo lugar, la equidistancia es distinta a su propia opinión o aspiración. Es posible que tengamos una opinión personal o profesional, o que intuyamos qué opción sería mejor para el cliente, pero que aun asíelijamos practicar la equidistancia, porque creemos que no debemos influir. Piense, por ejemplo, en un cliente que se muestra ambivalente acerca de si seguir en un matrimonio de diez años o si pedir el divorcio. Es muy posible que tenga una intuición profesional o incluso una convicción moral sobre

cuál sería la mejor opción, pero que decida que lo más adecuado es que sea el cliente quien tome esa decisión. En ese caso, practicaría la equidistancia a pesar de tener una opinión o una aspiración concreta para el cliente.

Por lo tanto, lo que decimos es que la equidistancia es una intención mental o una decisión que se refleja en la práctica y en relación con un cliente y una situación específicos y en un momento concreto. La equidistancia es una postura deliberada, no una emoción ni un rasgo de personalidad. Es una decisión consciente e intencional de *no* utilizar la presencia y las habilidades profesionales para influir sobre un cliente para que tome una decisión concreta o emprenda un cambio específico.

La equidistancia es una decisión consciente e intencional de *no* utilizar la presencia y las habilidades profesionales para influir sobre un cliente para que tome una decisión concreta o emprenda un cambio específico.

¿PODEMOS INFLUIR EN LAS DECISIONES?

Obviamente, este planteamiento de la equidistancia asume que el terapeuta puede influir sobre la decisión que tomará una persona ambivalente. Ciertamente, no puede tomar decisiones por otras personas ni arrebatárles la libertad de elegir. Incluso si el cliente «le deja» decidir por él, esa es una decisión que ha tomado él o ella. Sin embargo, está claro que las influencias interpersonales pueden modelar y modelan la toma de decisiones, y la mayoría de nosotros subestimamos hasta qué punto influyen los factores externos sobre nuestra conducta (Bargh y Chartrand, 1999; Bargh y Ferguson, 2000). Hay una amplio abanico de factores concretos que pueden influir sobre las actitudes, las decisiones y los valores, y la publicidad, el marketing y la política los utilizan con regularidad (Cialdini, 2007). Se ha escrito mucho acerca de hasta qué punto los terapeutas influyen, ya sea consciente o inconscientemente, sobre las elecciones de los clientes para que se asemejen a las que tomarían ellos, y se han cuestionado las psicoterapias que afirman neutralidad (Bergin, 1980; Truax, 1966).

Esto puede resultar perturbador tanto para los profesionales como para el público general. Las culturas occidentales otorgan un gran valor a la autodeterminación, que es uno de los pilares de la ética médica (capítulo 10). Gran parte del derecho y de las políticas públicas descansan también sobre la premisa del libre albedrío: las personas son (o al menos deberían ser) autónomas, y decidir libre y voluntariamente sus propias acciones y curso vital, a partir de sus valores personales (Baer, Kaufman y Baumeister, 2008). Y, sin embargo, Rokeach (1973) demostró la posibilidad de modificar los valores personales con una intervención experimental relativamente sencilla, un cambio que

influyó en una amplia variedad de conductas y de decisiones durante los meses y años siguientes. Por lo tanto, la decisión del terapeuta de intentar influir en la decisión del cliente es importante y tiene consecuencias, precisamente porque hacerlo es posible.

ELEGIR LA NEUTRALIDAD

Por lo tanto, hay un paso preliminar en relación con cualquier objetivo de cambio que genere ambivalencia en el cliente: ¿nos mantendremos neutrales o alentaremos el movimiento hacia una decisión concreta? Son caminos distintos que requieren enfoques clínicos diferentes. En los capítulos anteriores hemos hablado sobre todo de cómo acelerar el movimiento hacia un objetivo de cambio concreto reforzando un lado de la ambivalencia del cliente. Sin embargo, los mismos principios de influencia pueden indicarnos cómo proceder cuando decidimos practicar la equidistancia y mantener la neutralidad profesional. Este será el tema principal de este capítulo.

Es razonable, además de aconsejable, informar al cliente cuando decida adoptar esta postura. Uno de los motivos es el malestar que puede aparecer cuando el profesional explora con equidistancia una ambivalencia con carga emocional. La ambivalencia puede ser muy desagradable y llegar a ser aversiva cuando la decisión que hay que tomar tiene importancia psicológica y puede tener consecuencias a largo plazo. Aumentar la conciencia personal de ambos lados de un conflicto puede resultar angustiante. Con frecuencia, el cliente preferiría avanzar en cualquiera de los dos sentidos con tal de escapar del dilema existencial que supone ponderar una ambivalencia intensa. Creemos que los aspectos fundamentales sobre los que hay que informar al cliente son:

1. Que quiere ayudarle a explorar el dilema que lo tiene bloqueado.
2. Que tiene la intención de mantener una postura neutra en relación con lo que la persona ha de hacer, hasta que ella misma tome la decisión.
3. Que explorar el dilema así puede resultar incómodo o incluso algo angustiante, y que ese es precisamente uno de los motivos por los que las personas se quedan atascadas en la ambivalencia.
4. Que quiere ayudarle a aclarar el dilema y a aliviar el malestar, para que tome una decisión por sí mismo y pueda avanzar en la dirección deseada.

A continuación tiene un ejemplo de cómo podría hacerlo:

«Veo que lleva tiempo dándole vueltas a este dilema y que está bloqueado. Es muy habitual en situaciones así. Pensar en cualquiera de las dos alternativas resulta incómodo y es muy fácil caer en la tentación de evitar pensar en ello; pero eso también es incómodo, porque entonces no se soluciona ni se cambia nada. Lo que le sugiero es que exploremos ambas caras de este dilema en profundidad. Quiero que sepa que yo me mantendré absolutamente neutral sobre lo que debe hacer y que no le aconsejaré ni en un sentido ni en el otro, pero sí que le ayudaré a analizar de cerca las opciones de que dispone. Es posible que el proceso le resulte incómodo (le pasa a muchas personas), pero creo que es lo que necesita para salir del atolladero.

Trabajaré con usted y le apoyaré hasta que decida qué quiere hacer y, entonces, le ayudaré a avanzar en la dirección que haya decidido emprender. ¿Tiene alguna pregunta acerca del proceso que acabo de explicarle? ¿Le parece que empezemos?»

CÓMO EVITAR ORIENTAR INVOLUNTARIAMENTE

El terapeuta puede caer en la trampa de tomar partido sin darse cuenta, aunque su intención no sea defender ni promover una opción determinada. Reflexione sobre estos dos ejemplos de terapia centrada en la toma de una decisión y caracterizada por la ambivalencia del cliente: la decisión de si tener hijos o no.

CLIENTE: Creo que lo más importante para mí ahora es el tema de los hijos. Ya he pasado de los treinta y si quiero tener hijos, creo que ahora es el momento.

ENTREVISTADOR: El reloj biológico se ha puesto en marcha.

CLIENTE: Sí, tengo que tomar una decisión ya.

ENTREVISTADOR: ¿Y qué ha pensado hasta ahora?

CLIENTE: Bueno, siempre he pensado que tendría hijos. Es sólo que los dos teníamos que acabar la universidad y entonces empezamos a trabajar. Y, de repente, me he plantado en los treinta y cuatro.

ENTREVISTADOR: Sí, ahora las mujeres tienen hijos cada vez más tarde.

CLIENTE: ¿No es arriesgado?

ENTREVISTADOR: Sí, el riesgo aumenta, pero sigue siendo relativamente bajo y hay pruebas prenatales muy fiables.

CLIENTE: Si me quedara embarazada y descubriera que algo va mal, no sé qué haría...

ENTREVISTADOR: Hay varias opciones.

CLIENTE: Sí, ya lo sé..., pero es que no sé si quiero arriesgarme.

ENTREVISTADOR: ¿Por qué no?

CLIENTE: Bueno, para empezar es un compromiso muy largo..., renuncias a veinte años de tu vida. Bueno, más, en realidad, porque uno no deja de ser padre o madre nunca.

ENTREVISTADOR: Sí, aunque también hay recompensas. Es una relación muy especial e imposible de establecer con ningún otro ser humano.

CLIENTE: Ya, pero no sé si quiero ese tipo de relación con sólo uno o dos niños. Soy maestra y, en cierto modo, puedo ayudar a más niños si no estoy atada durante veinte años criando a los míos. ¡Y tener hijos es tan *caro* ahora!

ENTREVISTADOR: Y, al mismo tiempo, siente que se pierde algo.

CLIENTE: Bueno, siento que perderé algo haga lo que haga. Si tengo hijos, me perderé todas las oportunidades de lo que hubiera podido suceder en el tiempo que les dedicaré a ellos.

ENTREVISTADOR: ¿Y si sólo tuviera un hijo?

CLIENTE: No me parece justo hacer de alguien un hijo único. Todo el mundo necesita hermanos. Es una relación muy especial.

ENTREVISTADOR: Un poco como ser padre.

CLIENTE: Bueno, sí y no. Uno no suele pasarse casi toda la vida criando a un hermano.

ENTREVISTADOR: Ya, lo que quiero decir..., lo que me preocupa es que si deja que pase demasiado tiempo, quizás se arrepienta más adelante.

CLIENTE: Ya, pero creo que eso es mejor que lo contrario. Conozco a padres que se arrepienten de haber tenido hijos. No suelen decirlo, pero en el fondo se preguntan cómo habrían sido sus vidas de no haber tenido hijos. Y estoy convencido de que los niños se dan cuenta de eso.

ENTREVISTADOR: Sí, estoy seguro de que puede pasar, pero la mayoría de padres se sienten muy satisfechos. Ser madre exige mucho, pero también ofrece algo muy especial.

Ahora, veamos a la misma clienta en la misma situación, pero con un terapeuta que, por el motivo que sea, se inclina en sentido contrario.

CLIENTE: Creo que lo más importante para mí ahora es el tema de los hijos. Ya he pasado de los treinta y si quiero tener hijos, creo que ahora es el momento.

ENTREVISTADOR: El reloj biológico se ha puesto en marcha.

CLIENTE: Sí, tengo que tomar una decisión ya.

ENTREVISTADOR: Así que se pregunta si quiere tener hijos o no.

CLIENTE: Bueno, siempre he pensado que tendría hijos. Es sólo que los dos teníamos que acabar la universidad y entonces empezamos a trabajar. Y, de repente, me he plantado en los treinta y cuatro.

ENTREVISTADOR: Así que quizás se le está haciendo un poco tarde...

CLIENTE: Bueno, no sé. Mucha gente mayor que nosotros tiene hijos ahora. Es muy normal.

ENTREVISTADOR: No digo que no lo sea, es que me ha parecido detectar cierta reticencia en usted.

CLIENTE: Sí, claro que tengo dudas. Es un cambio importantísimo, pero siempre he pensado que tendría hijos y ahora es el momento.

ENTREVISTADOR: ¿Por qué? ¿Qué es lo que le atrae de tener hijos?

CLIENTE: Es difícil de explicar, es sobre todo una sensación. Supongo que es bueno tener hijos cuando te haces mayor..., alguien que te cuide.

ENTREVISTADOR: Aunque eso no siempre sucede.

CLIENTE: Sí, ya lo sé. También es una experiencia que no quiero perderme. La vida es mucho más que trabajar. Siento que sería bonito ser madre.

ENTREVISTADOR: ¿Y qué otras ventajas ve?

CLIENTE: ¿Ventajas? Bueno, ninguna.

ENTREVISTADOR: Claro, uno no tiene hijos para conseguir ventajas.

CLIENTE: Exacto. Se trata de formar parte de una vida nueva, parte del futuro...

ENTREVISTADOR: Suena bastante romántico.

CLIENTE: ¡Es que creo que lo es! Sé que no todo es de color de rosa, que cuesta una fortuna y que a veces se pasa muy mal. Criar a un hijo exige mucho tiempo. Hay que renunciar a muchas cosas.

ENTREVISTADOR: Es muy caro sí, no sólo en términos de dinero, sino en tiempo, también.

CLIENTE: Y, sin embargo, creo que vale la pena...

Es muy posible que, en el primer caso, la clienta salga de la sesión más inclinada a no tener hijos. En el segundo ejemplo, el discurso de cambio de la misma persona, que el terapeuta ha suscitado sin querer al tomar partido, puede llevarla en la dirección contraria y a decidir tener hijos.

Explorar la ambivalencia

El proceso básico cuando queremos atender al cliente con neutralidad consiste en explorar detenidamente tanto las ventajas como los inconvenientes de las alternativas disponibles, y hacerlo de una manera equilibrada (Janis y Mann, 1977). Una de las maneras habituales de hacerlo es evocar de forma sistemática las ventajas y las desventajas de cada opción. En una situación de elección binaria, como quedarse en una relación o dejarla, la matriz de decisiones 2×2 podría parecerse a la del recuadro 17.1. Las casillas en diagonal (p. e., las ventajas de quedarse y los inconvenientes de marcharse) son complementarias y es muy posible que contengan entradas similares. De hecho, hay clientes a quienes les cuesta diferenciar entre las dos; cuando esto sucede, quizás sea mejor utilizar una lista de pros y contras. La cuestión es que debemos prestar la misma atención a todas las casillas y evocar la lista completa del cliente para cada una, explorando y pidiendo elaboraciones de cada elemento y reflejando el discurso del cliente (capítulo 14).

El proceso básico cuando queremos atender al cliente con neutralidad consiste en explorar detenidamente tanto las ventajas como los inconvenientes de las alternativas disponibles, y hacerlo de una manera equilibrada.

RECUADRO 17.1. Un ejemplo de balance decisional

Ventajas de quedarse	Ventajas de marcharse
Inconvenientes de quedarse	Inconvenientes de marcharse

OFRECER APOYO EMOCIONAL

La estrategia de apoyo básica que puede usar cuando el cliente exprese malestar es reconocerlo, reflejarlo y explicar que es normal sentirse mal hasta que uno decide qué hacer.

CLIENTE: ¡No sé qué hacer! ¡No lo *soporto*!

ENTREVISTADOR: Sé que es un proceso muy difícil para usted. La tentación es rendirse y dejar de pensar en ello.

CLIENTE: Ya, pero sé que eso tampoco me va a ayudar.

ENTREVISTADOR: Sí, cierto. Lo que siente es muy normal y lamento que le resulte tan incómodo. Ya lleva un tiempo con esta angustia.

CLIENTE: ¡Sí! Se me hace eterno. Pero no sé qué hacer.

ENTREVISTADOR: Sí, entiendo que se sienta confuso y quiero ayudarlo a superarlo. Es difícil, pero puede hacerlo y le dedicaremos todo el tiempo que sea necesario.

CLIENTE: No quiero dedicarle mucho tiempo. Lo que quiero es resolverlo ya.

ENTREVISTADOR: Quiere tomar una decisión y seguir con su vida.

CLIENTE: Exactamente. No puedo seguir así. ¿Qué cree que debería hacer?

Por otro lado, hay personas que se sienten muy cómodas con la ambivalencia y que se sienten peor *después* de haber tomado la decisión y de haber empezado a avanzar hacia ella. Se trata del fenómeno al que llamamos «arrepentimiento posdecisión». También se trata de un rasgo de personalidad normal y, a medida que avance en el proceso, verá cuál de ellos presenta la persona que tiene delante (si es que presenta alguno) (Quenk, 2009).

¿Y POR QUÉ NO ME DICE LO QUE DEBO HACER?

La angustia que genera la ambivalencia puede llevar al cliente a pedirle consejo: «¿Qué haría usted si fuera yo?». Es un ruego para escapar de la incomodidad aguda que siente. Tal y como hemos explicado en el capítulo 11, solemos ofrecer consejo cuando nos lo piden, si es que nos hemos formado una opinión o contamos con información relevante. Sin embargo, cuando hemos decidido adoptar una postura de equidistancia, hemos decidido deliberadamente y por buenos motivos que no vamos a inclinar la balanza ni hacia un lado ni hacia el contrario. Es muy posible que deseemos con todo nuestro corazón aliviar el gran malestar que sufre el cliente, pero nos hemos comprometido con la equidistancia. De nuevo, una buena respuesta es reconocer y reflejar la emoción, antes de recordar al cliente que hemos adoptado una actitud deliberadamente neutral.

Entiendo que le gustaría que tomara la decisión por usted y, en parte, a mí también me gustaría poder hacerlo. Sin embargo, yo no soy usted y es una decisión que no me corresponde tomar a mí; ni siquiera me corresponde orientarle en una dirección u otra. La decisión es de usted. La manera de salir de este dilema es tomar una decisión difícil y empezar a avanzar en esa dirección. ¿Qué piensa y qué siente ahora? ¿Hay alguna opción que le atraiga más que el resto?

La última pregunta es paralela a la «pregunta clave» que describimos en el capítulo 19. Puede introducirla con una recapitulación de los pros y contras que haya expresado el cliente.

CUANDO LA AMBIVALENCIA PERSISTE

¿Cuál es el resultado esperado cuando se opta por la equidistancia? Quizás, que la persona llegue a una decisión y avance hacia ella sin que usted haya favorecido una opción u otra, ni consciente ni inconscientemente. Piense, por ejemplo, en la decisión de donar un órgano. ¿Donará la persona un riñón a un familiar que necesita un trasplante? Hasta que tome la decisión, tanto el donante potencial como el receptor están en el limbo y, además, quizás sea urgente desde el punto de vista médico encontrar un donante. Y, sin embargo, el profesional de la salud cree que sería inadecuado influir sobre la persona

para decidir en uno u otro sentido. La decisión es del donante potencial. En esta situación, podemos ayudar al cliente a tomar una decisión, pero siendo muy cuidadosos de no favorecer ninguna alternativa.

Sin embargo, llegar a una decisión no necesariamente resuelve el conflicto interno. Puede quedar ambivalencia residual o es posible que aparezcan remordimientos sobre la decisión que se ha tomado. En el caso de la donación de órganos, la ambivalencia residual tiene que ver con los resultados quirúrgicos y de salud adversos (Simmons, Marine y Simmons, 1987; Switzer, Simmons y Dew, 1996), por lo que hay muy buenos motivos para ayudar a las personas a hacer las paces con la decisión que hayan tomado antes de que pasen a la acción. A veces, esto lleva a un cambio de opinión.¹

También es muy posible que el resultado de asistir con equidistancia sea que la persona no llega a tomar una decisión. Este podría ser uno de los resultados esperados cuando se sigue una parrilla de decisión clásica, porque dar el mismo peso a las ventajas y a los inconvenientes es la definición operativa de ambivalencia. Y no necesariamente se trata de un resultado no deseado. Es posible que, sencillamente, la persona no esté preparada para tomar una decisión aún. Quizás necesita más información, más tiempo o hablar más del tema.

A veces, en esta situación resulta útil afirmar explícitamente que la valía de la persona sigue intacta, independientemente de la decisión a la que haya llegado. A veces, los guías espirituales aseguran a las personas que «Dios te seguirá amando y seguirá contigo elijas el camino que elijas». El terapeuta también puede expresar este tipo de confianza en los recursos de la persona: «Decidas lo que decidas, lo superarás y seguirás viviendo una vida sana y plena». Estas afirmaciones pueden resultar liberadoras, porque ayudan a la persona a dar un paso atrás respecto a la situación inmediata y a verla desde una perspectiva vital más amplia. Otra manera de transmitirlo es decir: «Decida lo que decida, le acompañaré en el proceso y le apoyaré». Por supuesto, si lo dice, ha de ser cierto. Hay terapeutas o programas que se comprometen con una opción concreta por motivos de valores. Históricamente, algunos programas de tratamiento de adicciones sólo se han mostrado dispuestos a trabajar con clientes cuyo objetivo sea la abstinencia durante el resto de su vida, y hay centros de ayuda a las embarazadas que están comprometidos con evitar las interrupciones del embarazo. En este tipo de situaciones, por definición, el terapeuta no trabaja desde la neutralidad.

Pero ¿esto es también entrevista motivacional?

Si opta deliberadamente por una postura de neutralidad profesional y se esfuerza en evitar orientar al cliente en una dirección concreta, ¿está practicando la EM o no? En cierto modo, no importa que sea EM o no, siempre que sea lo correcto. Las recomendaciones que acabamos de presentar acerca de cómo asistir con neutralidad surgen directamente de lo que hemos aprendido gracias a la investigación sobre la

orientación en EM y de lo que hemos aprendido de la psicolingüística del cambio. Desde nuestra primera descripción (Miller, 1983), la EM se ha centrado en evocar estratégicamente los argumentos del propio cliente en favor del cambio, normalmente con un objetivo consciente de orientarlo hacia un resultado concreto. Cuando trabajamos con neutralidad, el resultado que esperamos obtener es que la persona tome una decisión difícil sin que nosotros hayamos influido en el sentido de esa decisión. La orientamos para que tome una decisión, sea la que sea.

A veces, la evaluación del balance decisional ayuda al cliente a darse cuenta de que, en realidad, las ventajas superan a los inconvenientes, o viceversa. Y esto le ayuda a decidirse. Si las ventajas y los inconvenientes están realmente equilibrados, el ejercicio como mínimo revela esta complicación a la persona y es posible que decida tomar la decisión a pesar de la ambivalencia. En cualquier caso, creemos que resulta útil ser consciente de estas dinámicas de influencia interpersonal cuando deseamos ser neutrales. En la terapia centrada en el cliente «no directiva» clásica, apenas se indicaba qué reflejar, acerca de qué preguntar o qué resumir de entre todo el material que presentaba el paciente. El enfoque del balance decisional le ofrece una estructura sistemática para mantener el equilibrio cuando decida ser neutral.

Cuando trabajamos con neutralidad, orientamos al cliente para que tome una decisión, sea la que sea.

Puntos clave

- ✓ La neutralidad, o la equidistancia, no es un rasgo del terapeuta, sino una decisión consciente de evitar influir en la dirección en que ha de resolverse la ambivalencia.
- ✓ Entender la dinámica lingüística del cambio resulta útil a la hora de asistir con neutralidad.
- ✓ El balance decisional es una estrategia adecuada cuando decidimos adoptar una postura de neutralidad en lugar de alentar el cambio en una dirección concreta.

CAPÍTULO 18

GENERAR DISCREPANCIA

La función del espejo es reflejar la imagen tal y como es, sin añadir ni adulaciones ni fallos. Del espejo queremos una imagen, no un sermón. Quizás no nos guste la imagen que nos devuelve, pero, aun así, queremos ser nosotros los que decidamos el siguiente paso cosmético... La claridad de la imagen, ya se trate de un espejo de cristal o de un reflejo emocional, nos ofrece la oportunidad de acicalarnos y cambiar por nosotros mismos.

HAIM GINOTT

Vimos que teníamos que apresurarnos con lentitud.

BILL W.

La EM ha buscado generar discrepancia en el cliente desde el principio. Aunque en un primer momento se conceptualizó como disonancia cognitiva (Festinger, 1957; Miller, 1983), creemos que hablar de discrepancia entre el estado presente y el estado deseado, o de la distancia entre el objetivo personal y la situación actual, plasma con mayor sencillez este factor motivacional tan importante. La discrepancia entre el objetivo y la situación actual es uno de los impulsores motivacionales para el cambio más importantes (Ford, 1992).

La discrepancia puede tener una valencia positiva o negativa. Puede experimentarse como descontento en relación con la situación actual (Baumeister, 1994) o como una oportunidad de mejora (o ambas cosas). Crear la percepción de discrepancia mediante el atractivo de la ganancia o de evitar resultados desagradables es una de las estrategias más habituales en el marketing y la publicidad.

Hay clientes que, cuando llegan a la consulta, ya son conscientes de una discrepancia importante que en ocasiones incluso les angustia o les avergüenza. La mayoría de fumadores son muy conscientes de los riesgos y de los inconvenientes de fumar. La mayoría de las personas obesas recuerdan la discrepancia varias veces al día: cada vez que se miran al espejo, que no caben en una silla o se quedan sin aliento tras una actividad física mínima.

¿Por qué la discrepancia no genera cambio por sí misma? Proponemos tres motivos interrelacionados.

En primer lugar, la magnitud de la discrepancia puede resultar abrumadora. Aquí se aplicaría el «principio de Ricitos de Oro»: la discrepancia no debe ser ni demasiado grande ni demasiado pequeña, sino estar «en su justa medida». Si es demasiado pequeña, es muy posible que no parezca lo suficientemente importante como para actuar. Si es demasiado grande, puede parecer que el cambio necesario está fuera de nuestro alcance. Los escandinavos tienen una palabra que define con precisión este concepto: *lagom*, en sueco. Significa en su justo punto, el equilibrio adecuado, justo lo suficiente. Para que la discrepancia resulte motivadora, ha de ser *lagom*.

En relación con esto, es posible que alguien perciba una discrepancia sustancial, pero que se sienta incapaz de hacer nada al respecto. Puede ser que la falta de autoeficacia percibida se deba a que la discrepancia parece demasiado grande o a que la habilidad necesaria esté más allá de los conocimientos de la persona: «No tengo ni idea de cómo hacerlo». Para que una discrepancia resulte motivadora, la persona debe tener una confianza razonable en su capacidad para eliminarla o, al menos, reducirla.

Es más; es posible que la discrepancia evoque experiencias tan desagradables que la persona evita pensar en ella, como mecanismo de protección. Mirarse en el espejo resulta demasiado doloroso. Por supuesto, esto se exagera cuando la discrepancia parece demasiado grande y creemos que remediarla está más allá de nuestras posibilidades. La idea de que «si conseguimos que la gente se sienta lo suficientemente mal, cambiará» es muy peculiar. Si la desdicha curase la mala conducta, muy poca gente se portaría mal.

Autorregulación: el termostato del cambio

Los termostatos registran constantemente la temperatura del espacio del que son responsables y responden en consecuencia. Si la temperatura de la habitación está dentro de la zona de tolerancia, no hace falta hacer nada. Sin embargo, si está por encima o por debajo del rango aceptado, hay que activar un cambio. Algunos termostatos se programan para reaccionar ante la menor desviación de la temperatura ideal, mientras que otros cuentan con un margen de tolerancia mucho más amplio antes de activar cualquier cambio.

En cierta manera, las personas funcionamos de un modo parecido. El cuerpo utiliza el sudor o los escalofríos para ajustarse si la temperatura corporal sale de un margen bastante estrecho. La teoría de la autorregulación utiliza la misma analogía para explicar cómo y cuándo deciden las personas que algo debe cambiar (Brown, 1998; Kanfer, 1970b). Hay una zona de tolerancia, un rango de conducta o de circunstancias que se percibe como enmarcado dentro de los límites normales. Las personas registran constantemente el mundo que las rodea y, quizás en menor medida, se registran también a sí mismas; comparan la información entrante con los estándares internos de tolerancia. Por ejemplo, cuando conducimos, avanzamos por la carretera sin pensar demasiado al respecto, vamos casi en «piloto automático». Sin embargo, si nuestra visión periférica

percibe un objeto cuya trayectoria parece estar en colisión con la nuestra, la atención y la musculatura se activan. Frenamos o giramos el volante para evitarlo. Los sentidos han detectado algo fuera de lo habitual, algo que requiere atención y cambio.

¿Podemos aplicar la teoría de la autorregulación a la conducta volitiva, a las decisiones conscientes que toman las personas? Los paralelos son múltiples (Baumeister *et al.*, 1994; Miller y Brown, 1991). Las personas registran la situación actual y la comparan con su idea de cómo deberían ser las cosas. Cuando se detecta una discrepancia más allá de la zona de tolerancia, se activa la necesidad de cambio y se empiezan a buscar opciones. Si se encuentra una solución razonable, es posible que la persona la pruebe y registre los resultados, para comprobar si la discrepancia se ha reducido o no. En el caso del conductor en trayectoria de colisión, todo esto sucede en cuestión de segundos. Cuando se trata de cambios importantes en el estilo de vida, el proceso puede prolongarse durante meses o incluso años. Aunque, con frecuencia, no se trata de un proceso de toma de decisiones consciente y racional, lo cierto es que este tipo de adaptaciones son una constante en la vida humana.

DISCREPANCIA DENTRO DE LOS LÍMITES ACEPTABLES

En el capítulo 10 hemos hablado de los aspectos éticos relativos a influir en la voluntad de los clientes, sobre todo porque la EM tiene la capacidad de alterar, siempre dentro de unos límites, la voluntad y la disposición de la persona para actuar de una manera concreta. ¿Cuáles son esos límites? Por ejemplo, ¿puede la EM llevar a una persona a actuar de un modo que contravenga directamente sus valores intrínsecos? Creemos que la respuesta a esta pregunta es que «No», en parte por cómo entendemos el funcionamiento de la EM. La idea de desarrollar discrepancia interna plantea necesariamente una pregunta: «¿Discrepancia con qué?». Se trata de la discrepancia con las metas y los valores personales. A no ser que la conducta «problemática» actual entre en conflicto con algo que la persona valore aún más, la EM carece de base desde la que trabajar, porque su foco está en la motivación intrínseca para el cambio. Es irrelevante que la conducta del cliente sea discrepante con los valores de otra persona, a no ser que (1) se trate de una persona muy importante por el cliente, caso en el que sí habría discrepancia interna; o (2) se trate de alguien con poder coercitivo, algo de lo que hablaremos a continuación. La EM no instiga cambio de conducta a no ser que el cambio satisfaga un valor intrínseco de la persona y, por lo tanto, sea en su mejor interés.

La protección que ofrece la congruencia con los valores intrínsecos desaparece cuando se recurre a métodos coercitivos. A veces, se puede obligar a alguien a que actúe de un modo que viole sus valores personales. Este es uno de los objetivos de la tortura y del lavado de cerebro y también es el motivo de que existan comités de supervisión institucionales, que evitan que quienes participan en investigaciones se expongan a situaciones coercitivas, como una compensación económica muy elevada a cambio de

asumir un riesgo importante. En el ámbito de la psicoterapia, un método conocido como «coerción constructiva» utilizaba el poder contingente de un patrón para motivar a los empleados a seguir un tratamiento que, de otro modo, quizás habrían rechazado (Smart, 1974; Trice y Beyer, 1984). Una «intervención» propuesta originalmente por el Johnson Institute (Johnson, 1986), consistía en una confrontación planeada y ensayada con los familiares (y a veces también otros, como amigos o jefes) de la persona que se suponía que tenía un problema. Además de expresar una preocupación compasiva, los miembros del grupo anunciaban las consecuencias negativas que sufriría la persona si no cumplía con lo que le pedía el grupo, que solía ser que aceptase iniciar un programa de tratamiento. Estas intervenciones suelen llevarse a cabo sin la autorización previa de la persona y conceden más importancia al principio de benevolencia que al de autonomía, al menos temporalmente.

Por nuestra parte, afirmamos que la EM no puede funcionar en contra de la autonomía de la persona, porque depende de la discrepancia con sus valores intrínsecos. Aunque puede hacer que alguien quiera hacer algo, es sólo porque el cambio anticipado es congruente con sus objetivos y valores personales. Por lo tanto, es distinta a las estrategias coercitivas, que están diseñadas expresamente para contravenir lo que quiere la persona.

Facilitar la discrepancia

Antes de pasar a explicar cómo generar discrepancia cuando parece ausente, hablaremos de otro tema igualmente importante: cómo hacer que una persona sienta discrepancia y la pondere sin activar mecanismos de defensa que bloquearían el proceso. Básicamente, se trata de generar un entorno de seguridad que ayude a la persona a mirarse al espejo, ver una verdad que suele resultar incómoda y dejar que esta verdad impulse el cambio.

Irónicamente, el cambio se hace posible cuando se acepta a las personas tal y como son. Hacer que se sientan mal e inaceptables suele afianzar la situación actual. Cuando proporcionamos aceptación (capítulo 2), facilitamos que la persona pueda plantearse una discrepancia mayor y que la valore sin escapar. Recuerde que la aceptación no es lo mismo que la aprobación o el acuerdo. Los cuatro elementos de la aceptación que hemos descrito en el capítulo 2 son la empatía precisa (entender bien la experiencia del otro), la autonomía (respetar el derecho a decidir y de autodeterminación de la persona), el valor esencial en tanto que ser humano y la afirmación.

Por sí sola, la afirmación ya puede ejercer un gran impacto a la hora de ayudar a las personas a abrirse a la discrepancia y al cambio (Linehan, 1997; Linehan *et al.*, 2002). Y es posible que las afirmaciones que pueda evocar el mismo cliente sean aún más potentes que las que pueda ofrecerle usted (capítulo 16). Afirmar los recursos y las buenas cualidades de alguien, incluso aunque no tengan mucho que ver con la tarea entre manos,

tiende a bajar las defensas y ayuda a las personas a aceptar información potencialmente amenazadora (Critcher *et al.*, 2010; Klein y Harris, 2010; Sherman *et al.*, 2000; Steele, 1988). A veces, también podemos reenmarcar la discrepancia para pasar de la vergüenza a la oportunidad, del pesimismo a la posibilidad.

El cambio se hace posible cuando se acepta a las personas tal y como son.

Ciertamente, hay ocasiones en que aceptar la realidad es preferible a intentar cambiarla. Intentar «no sentir» las emociones puede tener el efecto paradójico de reforzarlas (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La oración que Reinhold Niebuhr escribió durante la segunda guerra mundial y en la que pedía «serenidad para aceptar todo aquello que no puedo cambiar, fortaleza para cambiar lo que soy capaz de cambiar y sabiduría para apreciar la diferencia» es muy reveladora. El entorno de aceptación y de afirmación ayuda a que esto sea posible. Por lo tanto, la EM implica generar una tensión dialéctica entre la aceptación y la discrepancia.

INSTILAR DISCREPANCIA

Hasta ahora, la mayoría del libro se ha centrado en cómo trabajar con personas que se muestran ambivalentes ante un cambio: una parte de su «comité interno» está a favor de cambiar y la otra está en contra. En este caso, la EM se orienta hacia evocar y reforzar los argumentos en favor del cambio ya presentes en el cliente, y consolidar el lado en favor del cambio de la ambivalencia, antes de pasar a la planificación y la aplicación.

Sin embargo, ¿qué podemos hacer con los clientes que *no* se muestran ambivalentes? Incluso en el marco de una atmósfera segura y de aceptación, parece que no hay discurso de cambio que evocar. En el modelo transteórico del cambio, se dice que estas personas están en el estado de precontemplación. Ni siquiera consideran la posibilidad del cambio; es posible que ni tan sólo se les haya ocurrido. No se muestran ambivalentes. Al menos, aún no.

Es muy probable que el hecho de que estén manteniendo una conversación con usted acerca del cambio signifique que hay otra persona, distinta al cliente, que sí percibe la necesidad de cambio. Puede tratarse de un jefe, de un tribunal o de familiares preocupados. Es posible que usted mismo u otro profesional hayan detectado que alguien que ha solicitado ayuda en relación con un tema también necesite llevar a cabo cambios en otro ámbito. Veamos algunos ejemplos:

- Un progenitor a quien se ha ordenado que siga tratamiento como parte de su condena por maltratar a sus hijos, pero que no ve nada de malo en las prácticas disciplinarias que le han traído a la consulta.
- Un paciente que ha recibido tratamiento en urgencias por las heridas sufridas en un accidente de tráfico por conducir bebido, pero que culpa al otro conductor y no parece preocupado por el consumo de alcohol.
- Un adolescente que viene a la consulta acompañado de sus padres, que han encontrado marihuana y otra parafernalia relacionada con las drogas en su habitación. El adolescente considera que el cannabis es inofensivo y está indignado por el registro de la habitación.
- Un paciente con diabetes de tipo 2 y sobrepeso que admite riendo que «hace años que la glucosa en sangre no me baja de 200» y que no muestra la menor inclinación a cambiar su conducta.
- Un estudiante universitario que ha suspendido varias asignaturas en el primer cuatrimestre y que no parece preocupado ni dispuesto a cambiar sus métodos de estudio.
- Una mujer embarazada que no tiene intención de dejar de fumar ni de beber.

En realidad, es habitual que estas personas aparentemente «desmotivadas» empiecen a verbalizar discurso de cambio durante la EM. Un buen punto de partida, incluso cuando nos encontramos con alguien que parece estar en la fase de precontemplación, es asumir que la discrepancia está ahí y que sólo hay que encontrarla. Pero ¿y si no encuentra el menor deseo o necesidad aparente de cambio y por muy hábil que sea en la práctica de la EM no consigue evocar discurso de cambio en absoluto? ¿Qué puede hacer, entonces?

En estos casos, se trata de instilar discrepancia. Nos gusta el verbo «instilar», porque significa infundir poco a poco, gradualmente, gota a gota. Hay quienes, por el contrario, defienden inundar al cliente con discrepancia (Johnson, 1986) y, ciertamente, este siempre puede ser un plan B si todo lo demás falla, pero nosotros creemos que las estrategias graduales y alentadoras son más efectivas y tienen menos probabilidades de resultar contraproducentes (Meyers, Miller, Smith y Tonigan, 2002; Miller *et al.*, 1999). No hay confrontaciones directas, justo lo contrario. Instilar discrepancia es un proceso que consiste en sentarse y reflexionar juntos sobre los motivos por los que la persona *podría* considerar un cambio.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Cuando nos encontramos frente a alguien que se halla en la etapa de precontemplación, es fácil caer en la tentación de sermonear, educar e intentar persuadir. La aparente desmotivación del cliente activa el reflejo de corrección. Y, sin embargo, no

es demasiado probable que la argumentación resulte más útil en el estado de precontemplación que en el de contemplación. Proporcionar información (con autorización previa) puede ser útil, pero no suele ser el mejor punto de partida.

Una de las estrategias que solemos encontrar útiles en este tipo de situaciones consiste en preguntar al cliente qué sabe ya acerca del tema en cuestión. Dimos con este abordaje cuando trabajábamos con bebedoras embarazadas (Handmaker, Miller y Manicke, 1999). En lugar de lanzarnos a un sermón sobre los efectos adversos que el alcohol podía tener sobre la madre y el feto, empezábamos preguntando: «¿Qué sabe acerca del alcohol y el embarazo?». Y descubrimos varias cosas importantes. En primer lugar, las mujeres ya conocían el 90 por ciento de la información que queríamos darles. Podíamos añadir algún detalle o corregir algún malentendido, pero, en general, casi todo el conocimiento ya estaba ahí. Lo mismo sucede con las personas que fuman o beben demasiado. Cuando se les pregunta qué saben, pueden entonar una letanía con todos los efectos negativos de lo que hacen. La adicción no suele ser consecuencia de un déficit de información. Las personas que sufren una enfermedad crónica también suelen tener, como mínimo, una idea general de las consecuencias de no cuidarse.

Es más, descubrimos que, en general, los clientes agradecían que les preguntásemos qué sabían. Es una muestra de respeto y de colaboración y las personas tienden a responder mucho mejor a las preguntas que a las instrucciones. El contexto y el espíritu subyacente a las palabras también son muy importantes. Si comunica, aunque sea sutilmente, que pide la información para luego usarla en su contra, el cliente se cerrará en banda automáticamente. Por lo tanto, sea cuidadoso y no ceda ante el reflejo de corrección pensando o preguntando: «Entonces, ¿por qué no ha...?». Eso hará que se cierren como almejas y si consigue obtener alguna respuesta, casi con toda seguridad se tratará de discurso de mantenimiento.

Sin embargo, es posible que lo más importante que descubrimos acerca de esta estrategia basada en preguntar sea que las respuestas del cliente contenían mucho discurso de cambio. Mantenerse en el ámbito de la hipótesis ofrece seguridad: uno habla, no de su propio consumo de alcohol, sino de lo que sabe, de lo que ha visto.

El siguiente paso en la secuencia de intercambio de información preguntar-informar-preguntar (capítulo 11) consiste en pedir permiso para ofrecer más información y, entonces, ofrecerla: «¿Le parecería bien que le explicase algo de lo que se está descubriendo con la investigación más reciente?», «¿Me permite que le comente un par de cosas que me he dado cuenta que no ha mencionado? ¿Le importa?». Recuerde que una tercera forma de solicitar autorización (además de pedir permiso o de que nos pidan información) consiste en reconocer que la persona es libre de no hacer caso a lo que está a punto de explicarle: «Quizás esto no se aplique a usted...»; «No sé si este será su caso o no...» o «No estoy seguro de si esto tendrá sentido para usted...».

También puede seleccionar la información que tiene más probabilidades de ser importante para la persona concreta con que está hablando (p. e., Miller, Toscova, Miller y Sánchez, 2000). Esto es muy preferible a un discurso «enlatado» que repite siempre la misma información. Por ejemplo, ¿qué consecuencias podrían ser más importantes para esta persona, función de su edad, género, grupo social y etapa vital?

Como siempre, la base crucial para ofrecer información en el marco de la EM es el espíritu subyacente de colaboración, aceptación y compasión. «Subirse al púlpito» suele dejar al otro con mal sabor de boca. Por el contrario, insistir en la libertad personal resulta muy útil («Depende de usted...», «Eres el único que puede tomar esta decisión...») y se hace sin el menor atisbo de ironía ni de sarcasmo, porque es la verdad.

Insistimos en la libertad personal sin el menor atisbo de ironía ni de sarcasmo, porque es la verdad.

Aquí también resulta adecuado uno de los consejos que ofrece *El ejecutivo al minuto* (Blanchard y Johnson, 1982): si va a dar información correctiva, sea breve. Si debe transmitir varios tipos de información, asegúrese de ofrecerla en trocitos manejables (capítulo 11), lo que lleva a la tercera fase del ciclo preguntar-informar-preguntar: volver a preguntar, esta vez para explorar cómo ha reaccionado el cliente a lo que acaba de explicarle: «¿Qué piensa?», «¿Tiene sentido para usted?» o «¿Podría explicárselo mejor?».

DAR FEEDBACK

La terapia de estímulo de la motivación (MET, en inglés) combina la EM con la retroalimentación de la evaluación y puede ser especialmente útil con personas menos dispuestas a cambiar. El formato de «chequeo» de la MET se diseñó con este propósito: dar al terapeuta algo de que hablar cuando el cliente apenas ofrece discurso de cambio. La evaluación original del consumo de alcohol (capítulo 27) incluía varias medidas sensibles a los efectos *tempranos* del consumo excesivo de alcohol (Miller *et al.*, 1988; Miller, Zweben *et al.*, 1992). Esto permitía al terapeuta ofrecer una retroalimentación personalizada en relación con los efectos habituales del consumo de alcohol y que quizás no eran evidentes para el cliente. Como esta retroalimentación se ofrecía en el estilo no beligerante que caracteriza a la EM, duplicaba, literalmente, el discurso de cambio del cliente y reducía a la mitad su resistencia (Miller *et al.*, 1993). El terapeuta seguía las pautas de intercambio de información que acabamos de mencionar: ofrecía un dato de retroalimentación concreto y, entonces, preguntaba al cliente para explorar su reacción. El resultado solía ser discurso de cambio en personas que, al principio, no estaban en absoluto seguras de tener un problema con el alcohol.

Hay clientes (los que ya están más ambivalentes) que verbalizan discurso de cambio en cuanto se les pide. Cuando el discurso de cambio no aparece espontáneamente, también resulta útil pedir al cliente que nos explique un día típico en su vida. Esto nos ofrece la oportunidad de pedir más detalles acerca de patrones de conducta y de cambios en el estado de ánimo, por ejemplo, y es habitual que este tipo de conversación ponga de manifiesto áreas de preocupación de forma natural. Si se lleva a cabo con cuidado, el proceso de evaluación y de retroalimentación puede proporcionar información objetiva sobre la que hablar. De nuevo, la retroalimentación no se usa en contra del cliente para mostrarle lo que «debe» hacer. Resulta mucho más potente dejar que sea el propio cliente el que llegue a sus propias conclusiones. Este tipo de retroalimentación ha demostrado ser efectiva incluso cuando se ofrece por escrito, sin una conversación cara a cara (Agostinelli *et al.*, 1995; Juárez *et al.*, 2006; Van Keulen *et al.*, 2011).

Aunque se han diseñado varios instrumentos de evaluación para que detecten niveles elevados de severidad, durante la fase de chequeo resulta útil contar con instrumentos sensibles a consecuencias iniciales y a niveles de severidad inferiores. Incluir información normativa (p. e., comparación de la puntuación de la persona en relación con otros) puede ser especialmente eficaz para activar la discrepancia percibida e instigar el cambio (Brown, 1998; Reid, Cialdini y Aiken, 2010).

Recuerde que la ambivalencia es el *resultado* deseado de esta situación. Nos acerca un paso más al cambio y le da algo con lo que trabajar utilizando las estrategias que hemos descrito en los capítulos anteriores.

EXPLORAR LAS PREOCUPACIONES DE OTROS

Si el cliente ha venido a hablar con usted porque hay una tercera persona preocupada por su conducta y su bienestar, existe la posibilidad de explorar cómo entiende el cliente esa preocupación y qué cree que la ha causado. Lo mejor es hacerlo demostrando curiosidad o incluso confusión: «¿Por qué cree que está preocupada su mujer? ¿Qué cree que ha visto?». Idealmente, aquí el cliente asume la perspectiva del otro y reflexiona con usted acerca de las posibles causas de preocupación. Y, en el proceso, puede aparecer discurso de cambio.

ENTREVISTADOR: ¿Por qué cree que a su esposa le preocupa que consuma drogas?
¿Qué cree que la inquieta?

CLIENTE: Bueno, ella siempre opta por la opción más segura. Pero si consumo, es cosa mía, decido yo. No es asunto suyo.

ENTREVISTADOR: No le gusta tanto asumir riesgos como a usted.

CLIENTE: En absoluto. No le gusta nada que pueda resultar ni lo más remotamente arriesgado, y supongo que piensa que consumir drogas es un riesgo.

ENTREVISTADOR: ¿Por qué cree que lo piensa?

CLIENTE: Bueno, para empezar es ilegal. La preocupa que me pillen y tenga problemas, o que pierda mi trabajo o algo.

ENTREVISTADOR: Pero eso no es asunto suyo.

CLIENTE: No, bueno, ahí sí que entiendo que pueda estar algo preocupada; si pierdo mi trabajo... eso la afectaría.

ENTREVISTADOR: O sea, que si puede tener consecuencias negativas para ella, sí que es razonable que se preocupe.

CLIENTE: Sí, supongo que sí.

ENTREVISTADOR: Pero si sólo le afecta negativamente a usted, entonces no hace falta que se preocupe.

CLIENTE: Bueno, también se preocuparía por eso.

ENTREVISTADOR: Porque...

CLIENTE: Pues porque me quiere... Ella es como la alarma de incendios de la familia.

ENTREVISTADOR: De los dos, es la que se encarga de vigilar las cosas que pueden perjudicarles, incluso antes de que sea grave. Es precavida.

CLIENTE: Y yo no lo soy. Yo soy de los que se lanzan.

ENTREVISTADOR: En ese aspecto son distintos.

CLIENTE: Sí, y supongo que los opuestos se atraen.

ENTREVISTADOR: Es una de las cosas que le gustan de ella.

CLIENTE: Sí, pero creo que a ella no le gusta que corra riesgos.

ENTREVISTADOR: Como cuando consume drogas.

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: ¿Qué más cree que la preocupa? ¿Qué le ha dicho?

CLIENTE: Se queja de todo el dinero que gasto.

ENTREVISTADOR: No le parece bien todo el dinero que gasta en droga, pero a usted no le parece mal.

CLIENTE: Bueno, admito que a veces me paso un poco y entonces el tema de pagar las facturas se complica.

ENTREVISTADOR: A veces, no pasa mucho.

CLIENTE: Bueno, pasa más veces de las que me gustaría. Y seguro que muchas más de las que le gustaría a ella.

ENTREVISTADOR: Deme un ejemplo. ¿Cuándo fue la última vez que pasó?

Aquí, el entrevistador usa sobre todo la escucha reflexiva. A veces, reflejar el discurso de mantenimiento del cliente activa la postura contraria, sobre todo cuando se habla de lo que preocupa a un ser querido.

EXPLORAR OBJETIVOS Y VALORES

Ya hemos hablado con anterioridad de que explorar los valores y las metas del cliente puede ayudar a forjar un vínculo (capítulo 7) y a evocar discurso de cambio (capítulo 13). Si el discurso de cambio no aparece de forma espontánea, una buena manera para empezar a forjar el vínculo es entender *qué quiere* el cliente. Deténgase a explorar sus metas y sus esperanzas para el futuro. Se trata de un proceso que promueve la vinculación por sí mismo, y lo que busca, aunque no actúe inmediatamente sobre ello, son puntos en que la conducta del cliente entre en conflicto con metas o valores importantes para él y en los que un cambio podría facilitar la consecución de dichas metas.

En situaciones como esta, las personas suelen estar experimentando consecuencias no deseadas de sus elecciones, pero quizás consideran que no tienen que ver con su conducta, sino que son arbitrarias, injustas o fruto de la mala suerte. Por ejemplo, es posible que una de las prioridades principales de los drogodependientes derivados a tratamiento por el tribunal sea: «Quiero que mi agente de la condicional me deje tranquilo». La intrusión en la libertad personal provoca reactancia y, por lo tanto, ofrece la oportunidad de negociar un cambio de conducta como medio de recuperar la libertad. Los métodos que presentamos en el capítulo 7 pueden ser útiles, tanto para vincular como para evaluar las consecuencias de la situación actual sobre los valores expresados. Una vez que el cliente haya identificado algunos de los valores más importantes para él, el proceso de exploración puede cobrar impulso:

- «¿Por qué ha elegido este valor como uno de sus valores más importantes?»
- «¿Cómo ha sido este un valor central para usted?»
- «¿Por qué es importante para usted?»
- «¿Cómo se refleja esta valor en su vida cotidiana?»
- «¿Cómo podría ser aún más fiel a este valor en su vida cotidiana?»

Este proceso de exploración de valores puede ser en sí mismo una herramienta completa para vincular o para enfocar y también puede proporcionar un contexto para evocar motivación para el cambio. Una vez identificado un objetivo de cambio, por ejemplo dejar de fumar, tras la exploración de valores el terapeuta podría preguntar:

- «¿Cómo encaja el hecho de fumar con sus valores más importantes? ¿Cree que le ayuda a conseguirlos, que entra en conflicto con ellos o que es irrelevante? Repase los valores que ha identificado y explíqueme qué piensa.»

En un estudio sobre la deshabituación tabáquica, una intervención de EM basada en valores fue la más efectiva con los participantes que al principio *no* percibían ninguna discrepancia entre la conducta de fumar y sus valores (Sanders, 2011). En otras palabras, ayudó a desarrollar una discrepancia latente que estaba ahí en potencia, pero que la persona no había confrontado conscientemente.

Por lo general, no hace falta que el terapeuta señale las incongruencias entre la conducta y los valores del cliente; él mismo se da cuenta. Resístase al reflejo de corrección: «¿No se da cuenta de que su conducta va en contra de los objetivos que se ha planteado?». Deje que sea el cliente quien una los puntos.

RESPETAR LA AUTONOMÍA

A pesar de todos sus esfuerzos, siempre habrá clientes que decidirán mantener la situación actual. Por mucho que lo deseemos, no podemos arrebatarse al cliente su poder para decidir con autonomía. Parte del espíritu de aceptación consiste en asumir que, en última instancia, la decisión de cambiar recae en el cliente. Este es uno de los aspectos que puede dificultar la práctica de la EM si, como sucede con los padres, tiene un interés personal en la decisión que tome la persona.

Si tras el proceso de consulta la motivación para el cambio sigue sin aparecer, deje la puerta abierta. «Entiendo que, de momento al menos, no tiene interés en dejar de fumar. La decisión es suya. Sin embargo, si en algún momento quiere hablar de ello, mi puerta estará siempre abierta y estaré encantado de ayudarlo.» Quizás, al menos, habrá sembrado la semilla de la ambivalencia.

Parte del espíritu de aceptación consiste en asumir que, en última instancia, la decisión de cambiar recae en el cliente.

Puntos clave

- ✓ El cambio tiende a suceder cuando la persona percibe una discrepancia significativa entre metas o valores importantes para ella y la situación actual.
- ✓ Para ser motivadora, la discrepancia debe ser lo bastante grande como para alentar el cambio, pero no tanto que desmoralice a la persona.
- ✓ Pueden utilizarse varias estrategias de EM para instilar discrepancia en el marco de los valores personales del cliente.

PARTE V

PLANIFICAR

EL PUENTE HACIA EL CAMBIO

Tal y como hemos explicado en el capítulo 16, no le hace ningún favor al cliente si aumenta la sensación de urgencia para el cambio, pero no la confianza en que dicho cambio sea posible. El malestar sin esperanza no es un regalo. Lo que nos motiva a generar discrepancia y a evocar las motivaciones de la propia persona para el cambio es ayudarla a avanzar hacia un cambio real. Si no gestiona acertadamente el proceso de planificación, la persona intentará aliviar el malestar de otra manera y la ventana de oportunidad para el cambio se habrá cerrado de nuevo. Es posible que incluso haya inmunizado a la persona contra las consideraciones de cambio en el futuro.

Las probabilidades de que la persona lleve a cabo el cambio aumentan si cuenta con un plan de acción específico y verbaliza ante otra persona su intención de cambiar (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer y Schaal, 1998). Esta es la esencia del proceso de planificación en la EM: pasar de hablar acerca de la importancia del cambio a generar un plan de cambio específico que la persona esté dispuesta a ejecutar. Los cuatro capítulos de esta sección presentan el proceso de transición de la evocación a la planificación (capítulo 19); cómo negociar un plan de acción en el marco de la EM (capítulo 20); cómo consolidar el compromiso del cliente con el plan de acción (capítulo 21); y cómo apoyar el proceso de cambio (capítulo 22).

CAPÍTULO 19

DE EVOCAR A PLANIFICAR

Nuestros planes se malogran por falta de objetivos. No hay vientos favorables para el marinero que no sabe a qué puerto se dirige.

LUCIO ANNEO SÉNECA

Las acciones son más elocuentes que las palabras, pero mucho menos habituales.

MARK TWAIN

¿Cuándo hay que pasar de evocar a planificar? ¿Cómo sabemos que el cliente está preparado para hablar no sólo de *por qué* cambiar, sino también del *cómo*? Aunque es cuestión de criterio, normalmente se lo dirá el propio cliente. En este capítulo, describiremos algunas de las señales que indican que el cliente ya está preparado para empezar a planificar y explicaremos cómo «tantear el terreno» para comprobar que la persona está verdaderamente dispuesta a avanzar con usted y a hablar de cómo podría darse el cambio.

Evocar la suficiente motivación para el cambio (lo que antes denominábamos fase 1 de la EM) puede hacerse cuesta arriba. Aunque a veces se avanza con rapidez, el de vincular, enfocar y evocar puede ser un proceso lento y laborioso, como ascender por una montaña con raquetas de nieve. Aunque el progreso puede ser constante, exige mucho esfuerzo y, con toda probabilidad, habrá algunos retrocesos. Además, se debe prestar mucha atención al camino.

En comparación, el proceso de planificar puede resultar divertido. Se parece más a bajar una ladera esquiando (recuerde el diagrama de la colina del capítulo 12). Aún corre peligro de chocar contra un árbol, de equivocarse de pista o incluso de precipitarse por un barranco y, por lo tanto, debe seguir atento, pero el proceso es muy distinto al del ascenso. Es importante que recuerde que seguimos en una EM, un proceso colaborativo centrado en evocar las ideas del cliente, que es quien, en última instancia, decide si y cómo pasar a la acción.

Una de las trampas que debe evitar aquí es pensar: «Bueno, por fin nos hemos quitado de encima todo el tema de la motivación. Ahora ya puedo tomar la batuta y empezar a dirigir». Esta actitud plantea, como mínimo, dos problemas. Uno es que las cuestiones relacionadas con la motivación no han quedado atrás en absoluto. Es más que

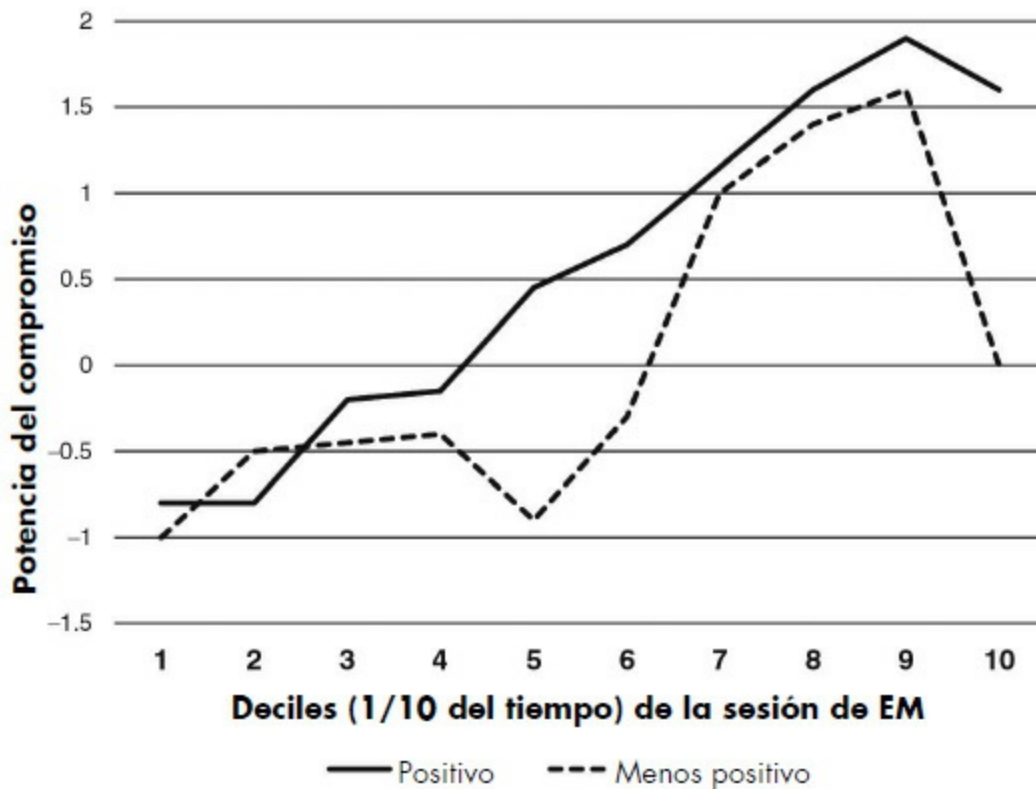
probable que la ambivalencia vuelva a hacer su aparición, sobre todo si el cliente no siente el plan de cambio como propio. El otro es que la planificación aún requiere suscitar, preguntar y escuchar las experiencias del propio cliente, para averiguar qué puede ser lo más eficaz para él. La planificación es un proceso colaborativo de negociación en el que recurrimos a la experiencia del cliente tanto o más que a la nuestra porque, al final, será él o ella quien lleve a cabo el plan de cambio (o eso esperamos, al menos).

Cuando la preparación es suficiente, desarrollar un plan de cambio mejora el resultado (Lee *et al.*, 2010). Sin embargo, si intenta desarrollar un plan de cambio antes de que el cliente esté lo bastante preparado, se arriesga a perder todo lo que haya podido conseguir durante los procesos de vincular, enfocar y evocar. En el capítulo 13 (recuadro 13.1), le enseñamos una gráfica que mostraba la potencia del lenguaje de compromiso durante el curso de sesiones de EM con las dos terceras partes de los clientes que luego dejaron de consumir drogas. (Es la misma línea continua de la gráfica del recuadro 19.1.) Ahora hablaremos del otro tercio de clientes, que no tuvieron tanto éxito pero que, aun así, redujeron el consumo de drogas en un promedio del 50 por ciento. El recuadro 19.1 también muestra (línea de puntos) lo que sucedió con el discurso de cambio de los clientes (específicamente, la potencia del discurso de compromiso) que no dejaron de consumir drogas (Amrhein *et al.*, 2003). ¿Por qué es tan distinta esta línea? No es que no mostraran nunca motivación para cambiar, sino que su compromiso con el cambio fluctuaba significativamente durante la sesión.

Creemos que sucedió lo siguiente. Los terapeutas del estudio seguían un manual para garantizar la consistencia de la aplicación de la MET durante esta sesión única, que se llevó a cabo cuando los clientes empezaban un tratamiento para su drogodependencia. Iniciaban la sesión con un breve periodo de EM (segmentos 1-2 del recuadro 19.1). A continuación, el terapeuta proporcionaba una retroalimentación estructurada de la evaluación (segmentos 3-5), tal y como establece la MET (Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1992). Una vez finalizada esta tarea, el terapeuta reanudaba la EM abierta (segmentos 6-9). Finalmente, todos los terapeutas debían desarrollar un plan de cambio específico con el cliente al final de la sesión (segmentos 9-10). Esta secuencia funcionó bien con dos tercios de los clientes (línea continua). Sin embargo, la línea de puntos representa a los clientes cuyos resultados no fueron tan satisfactorios. Empiezan en el mismo nivel de compromiso (bajo) que los clientes que sí tuvieron éxito. Sin embargo, durante el proceso de retroalimentación, el discurso de cambio se refuerza en el grupo que luego dejó de consumir drogas, pero no en el que no tuvo tanto éxito. Una vez finalizada la retroalimentación, responden a la EM, y el nivel de compromiso aumenta hasta los niveles del otro grupo. Y entonces llega el plan de cambio. Al parecer, estos clientes no estaban preparados para comprometerse con un plan de cambio específico,

pero el manual del terapeuta establecía que había que desarrollar uno fuera como fuera (es decir, *tanto si el cliente estaba preparado como si no*) y, entonces, el nivel de compromiso se desploma hasta cero.

RECUADRO 19.1. Potencia del lenguaje de compromiso durante sesiones de EM en clientes con resultados positivos y no tan positivos



Nota: Los valores negativos representan el compromiso de seguir consumiendo drogas; los valores positivos representan el compromiso de dejar de consumir drogas. Datos procedentes de Amrhein et al. (2003).

Un practicante de EM perspicaz que empezara a ofrecer retroalimentación o a hablar de un plan de cambio y viera que el cliente, a su vez, empezaba a dar marcha atrás y a ponerse a la defensiva, se detendría y volvería a evocar (o incluso a vincular). Creemos que el problema es que no permitimos que los terapeutas del estudio utilizaran su criterio clínico, sino que les pedimos que pasaran a planificar. Pensamos que si los terapeutas hubieran podido detenerse en el punto 9 en lugar de verse obligados a avanzar, la probabilidad del cambio en los clientes hubiera aumentado. Prestar más atención al manual que al cliente no es una buena práctica de EM. En un metaanálisis, concluimos que los ensayos clínicos en los que la EM se practicó sin manual (pero asumimos que

con una buena formación), el tamaño del efecto duplicó al de los ensayos clínicos que habían usado un manual para estandarizar la práctica (Hettema *et al.*, 2005). Incluso meros «mapas de ruta» pueden distraer a los terapeutas del foco empático en el cliente (Wahab, Menon y Szalacha, 2008).

Entonces, ¿cómo sabemos que ha llegado el momento de empezar a planificar? En este capítulo le presentamos dos pautas generales. Por un lado, enumeraremos una serie de indicadores que hemos observado en la práctica y que señalan la posible disposición a iniciar el proceso de planificar. Son signos que indican al terapeuta que el estado motivacional del cliente puede ser ya suficiente para empezar a hablar de cómo podría darse el cambio. En segundo lugar, presentamos un procedimiento (recapitulación y pregunta clave) para «sondear» al cliente y determinar si se debe avanzar o no. Llegados a este punto, la respuesta del cliente es crucial a la hora de decidir, o bien avanzar hacia el proceso de planificación, o bien seguir evocando. Aquí, el cliente siempre tiene razón.

Prestar más atención al manual que al cliente no es una buena práctica de EM.

Señales de preparación

Aunque saber cuándo avanzar también tiene cierto aspecto intuitivo, a continuación enumeraremos las señales a las que nosotros atendemos conscientemente cuando evaluamos la posibilidad de iniciar la transición de evocar a planificar.

INCREMENTO DEL DISCURSO DE CAMBIO

Una de las señales que indican que quizás el cliente ya esté preparado es el incremento de la frecuencia y de la potencia del discurso de cambio preparatorio. Cuanto más describa la persona su deseo, capacidad, razones y necesidad de cambiar, más abierta se mostrará a reflexionar sobre cómo podría llevarse a cabo el cambio. No hace falta escuchar discurso de cambio en todas estas categorías y tampoco es necesario (aunque sí resulta útil) que la persona diga específicamente que quiere o necesita cambiar. Sólo necesita *suficiente* discurso de cambio y ahí es donde debe aplicar su criterio clínico. ¿Ha escuchado el discurso de cambio suficiente para entender que la persona se inclina en dirección al cambio? En términos de las fases transteóricas del cambio, ¿parece que está pasando de la etapa de contemplación a la de preparación?

Cuanto más discurso de cambio preparatorio escuche, más probable es que empiece a escuchar también discurso de cambio movilizador, y este es un indicador especialmente bueno. Es muy fácil reconocer el lenguaje de activación de alta intensidad:

«¡Estoy preparado!»
«Sí, estoy dispuesto a intentarlo.» «Lo haré, se lo prometo.»
«Haré lo que haga falta.»

Sin embargo, preste atención también al discurso de compromiso y de activación de menor intensidad:

«Quizás lo haga.»
«Me lo pensaré.»
«Creo que es probable que lo haga.»
«Espero poder.»
«Supongo que podría intentarlo.»

El reflejo de corrección puede llevarnos a descalificar o a confrontar este tipo de respuestas: «¿Qué significa que *quizás* lo hagas? ¿Cómo puedes decir tan tranquilo que *te lo pensarás*? ¿O es que no vas en serio?». Por supuesto, el resultado esperado a esta diatriba es discurso de cambio y discordancia. Cuando escuche incluso el más mínimo lenguaje movilizador, alégrese y demuestre curiosidad, pero no se acelere. Si se aferra a un discurso de cambio que aún es vacilante y presiona para intentar alcanzar un compromiso firme, se arriesga a que la persona dé marcha atrás. No se adelante a su cliente.

RECUADRO 19.2 Reflexión personal: vender jets ejecutivos

Durante un vuelo a través de Estados Unidos en la década de 1990, me encontré sentado junto a un pasajero muy sociable que resultó ser un vendedor. En concreto, su trabajo consistía en seleccionar y formar a comerciales que luego venderían jets privados a altos ejecutivos. Empecé a conversar con él mientras sobrevolábamos los estados del Medio Oeste. ¿Cómo se venden aviones a personas que no creen necesitarlos? ¿Qué diferenciaba a los comerciales con éxito de los que no prosperaban en el sector? ¿Qué buscaba cuando entrevistaba a los candidatos? Sus respuestas me resultaron extrañamente familiares: «Averiguas qué es lo más importante para el ejecutivo y a qué problemas o frustraciones se enfrenta en su día a día». El proceso gradual consiste en asociar cómo el producto que hay que vender (en este caso, el jet privado) puede ayudar al cliente a alcanzar sus objetivos. No se puede saltar a la yugular. «Perderías al cliente inmediatamente.» Y lo que necesita un buen comercial es saber gestionar bien los tiempos. «Tienes que ser capaz de detectar cuándo el cliente ha decidido internamente que quiere comprar el avión. Si sigues vendiéndoselo pasado ese momento, es probable que pierdas la venta, pero si presionas para cerrarla antes de ese clic, lo más probable es que la pierdas también.» Mientras le escuchaba, pensaba en lo que digo a las personas que aprenden EM: no permitáis que vuestras ganas de llegar al objetivo se adelanten a las del cliente. Algunos de los consejos que me dio para detectar cuándo alguien «ha decidido comprar» resonaron con mi propia intuición clínica y ahora están reflejados en este capítulo. Además, la conversación me recordó que los procesos de influencia interpersonal no son competencia exclusiva de los terapeutas.

WRM

En cualquier caso, el discurso de cambio es una de las señales que indican preparación. Y, en concreto, el discurso de cambio movilizador es una señal de preparación mental: compromiso, activación y dar los primeros pasos.

DAR LOS PRIMEROS PASOS

A veces, cuando la gente empieza a inclinarse hacia el cambio, dan un pequeño paso o dos en esa dirección. Aunque puedan parecer pasos muy dubitativos e inseguros, no dejan de ser pasos en la dirección del cambio. Cualquier paso en la buena dirección es motivo de optimismo, curiosidad y afirmación. Por el contrario, el reflejo de corrección podría llevarnos a preguntar: «¿Y eso es *todo*?».

CLIENTE: Esta semana he aguantado dos días sin beber.

CONGRUENTE CON LA EM: ¿De verdad? ¡Muy bien! ¿Y cómo lo has conseguido?

NO CONGRUENTE CON LA EM: Así que has bebido cinco días.

CLIENTE: Esta semana he comprado el periódico y he leído las ofertas de trabajo.

CONGRUENTE CON LA EM: ¿Viste algo que te interesara?

NO CONGRUENTE CON LA EM: ¿Y sólo has leído el periódico?

Nuestra inclinación es celebrar y afirmar todos los pasos en la dirección correcta. Vemos la botella algo llena, en lugar de casi vacía.

REDUCCIÓN DEL DISCURSO DE MANTENIMIENTO

Junto al aumento del discurso de cambio, se produce una reducción del discurso de mantenimiento, o de los argumentos en contra del cambio y en favor de la situación actual. La ambivalencia se caracteriza por la misma cantidad de discurso de cambio y de discurso de mantenimiento. Cuando el discurso de cambio empieza a superar al de mantenimiento, señala que se está produciendo un movimiento hacia el cambio. Empieza a dar la sensación de que el cliente se resiste menos y de que usted ya no necesita esforzarse tanto en responder al discurso de mantenimiento y a la discordancia. Poco a poco, la persona deja de defender la situación actual. Aunque el discurso de cambio no aumente, basta con que el de mantenimiento se reduzca para que se dé un cambio de proporción.

DETERMINACIÓN

Este indicio es más cuestión de intuición clínica y es difícil de medir, pero a medida que la persona empieza a avanzar y a resolver la ambivalencia, a veces se instala en ella una especie de quietud. Puede parecer resolución o resignación, reflexión o pasividad, pero nosotros solemos detectar con frecuencia esta determinación silenciosa en las personas justo antes de que empiecen a verbalizar discurso de cambio movilizador. A veces incluso hay suspiros y lágrimas. Es como si lo estuvieran asimilando y la mente empezara a cambiar.

VISUALIZAR EL CAMBIO

Cuando el discurso del cliente transmite cómo visualiza el cambio, significa que está pensando en cómo sería haberlo hecho ya. Al imaginar un futuro posible, el cliente puede verbalizar aspectos positivos, negativos o ambos. La visualización de aspectos positivos puede sonar como un discurso de cambio preparatorio: «¡Imagine todo lo que podría hacer con el dinero que me ahorraría si lo dejara!». Suena como una razón para el cambio, y lo es, pero aún hay algo más. La persona se lo está *imaginando*. «Me pregunto si mi familia me aceptaría de nuevo» es más que una posibilidad, es una reflexión. La mente ya está imaginando resultados positivos posibles. Y no pase por alto las visualizaciones si los resultados imaginados parecen negativos.

«¿Y de qué viviría, entonces?»

«Si dejara de beber, me quedaría sin amigos.» «¿Y si lo intento y me rechazan?»

Aquí, lo que sucede es que la persona imagina que ya ha hecho el cambio y pondera los problemas que podrían surgir. Es cierto que hay obstáculos sobre los que habrán de reflexionar juntos, pero lo importante es que la persona está visualizando el cambio, aunque suene como un discurso de mantenimiento.

PREGUNTAS ACERCA DEL CAMBIO

Finalmente, es habitual que el cliente formule preguntas cuando empieza a valorar la posibilidad de un cambio. Puede ser que la persona lo esté visualizando ya o que tenga dificultades incluso para imaginarlo, pero el hecho de que formule preguntas al respecto significa que está buscando opciones.

«¿Y cómo es el programa de tratamiento aquí?»

«¿Cómo podríamos hacer que el matrimonio funcionara mejor?»

«¿Qué hace la gente para dejar de fumar?»

«Si no tomo la medicación, ¿podré bajar mi nivel de azúcar en sangre?»

En el capítulo 11 explicamos los tiempos y el arte de ofrecer información y consejo. No es necesario (y ni siquiera una buena idea) que proporcione todas las respuestas. Aquí, lo importante es que cuando el cliente plantea preguntas acerca del cambio, señala que se está abriendo cada vez más a la posibilidad de que suceda.

Tantear el terreno

Una vez que tiene la sensación de que el cliente puede estar preparado para empezar a hablar de un plan de cambio, debe tomar una decisión importante ¿Realmente ha llegado la hora de pasar al proceso de planificación? Una manera de comprobarlo es preguntar al cliente directamente (Magill, Apodaca, Barnett y Monti, 2010).

«¿Qué le parece si empezásemos a hablar de cómo podría _____?»
«¿Y si empezásemos a pensar en cómo podría _____? ¿Le parece bien o cree que sería correr demasiado?»

Otra manera de tantear el terreno es formular una recapitulación y acabar con una pregunta clave.

RECAPITULACIÓN

La recapitulación es, básicamente, un sumario de transición que contiene todo el discurso de cambio que el cliente haya verbalizado hasta el momento. Es el gran ramo que incluye todas las «flores» del discurso de cambio que ha ido recogiendo (capítulo 14). Puede introducirlo con algunas palabras que anuncien que va a ofrecer un sumario de transición y, entonces, recitar el discurso de cambio que ha generado la persona. No es necesario que haga comentarios a pie de página. Está resumiendo las motivaciones para el cambio que la persona ya ha verbalizado. Es posible que esta sea la primera vez que su cliente ve todo el ramo junto y puede ser una experiencia muy potente.

Por supuesto, esto significa que no sólo ha de reconocer el discurso de cambio cuando lo oye, sino que también ha de *recordarlo*. Hay personas a las que se les da muy bien, al menos durante una misma sesión, y una vez finalizada toman notas para registrar el discurso de cambio que se haya dado. Hay otras personas que prefieren tomar notas durante la sesión. Nosotros recomendamos que no se tomen notas durante la EM, porque es preferible que centre toda su atención en el cliente. Sin embargo, si debe hacerlo, a continuación encontrará algunos consejos.

- Mencione brevemente y con tranquilidad que tomará notas: «Me gusta tomar notas de vez en cuando, si no le importa, porque me ayuda a recordar lo que dice». Es una explicación sencilla que consigue varias cosas positivas: normaliza la toma de

notas como algo rutinario, pide permiso con respeto y comunica que «Lo que dice es tan importante que quiero estar seguro de recordarlo».

- Tome notas breves, justo lo que necesite para recordar luego. Tomar notas no debería interrumpir el contacto visual más que durante unos segundos.
- No deje jamás que la toma de notas le distraiga del momento presente. Escuchar, percibir y responder a lo que sucede es más importante que tomar notas detalladas.

¿En qué medida debe incluirse el discurso de mantenimiento en la recapitulación? Depende de su criterio, pero por lo general aconsejamos que no incluya demasiado. Y, ciertamente, no recomendamos recapitular todos los argumentos del cliente en contra del cambio. Si el cliente ha insistido especialmente en un tema concreto del discurso de mantenimiento, puede incluirlo, como si fuera un poco de hoja verde en el ramo floral (pero recuerde que si usa demasiadas hojas, será más difícil ver las flores). La recapitulación debe contener fundamentalmente el discurso de cambio del cliente.

PREGUNTA CLAVE

Una vez que le haya ofrecido el gran ramo al cliente, fórmúlele una pregunta sencilla, del tipo que nosotros llamamos pregunta clave. Una pregunta clave apunta a la acción, nos lleva a la otra ladera de la colina motivacional que hemos presentado en el capítulo 12 (recuadro 12.2). Hay infinitas maneras de preguntar «¿Y ahora qué?». Una de las preguntas clave que solemos utilizar es «Entonces, ¿qué cree que hará ahora?». Las preguntas cerradas no suelen ser una buena opción como preguntas clave: «Entonces, ¿piensa hacer algo al respecto o no?».

El ritmo que subyace a la recapitulación seguida de la pregunta clave es «Aquí tiene todas las motivaciones para el cambio que me ha dado hasta ahora. Lo que haga a partir de ahora está en sus manos, si es que decide hacer algo. ¿Qué opina usted?». Reúne todos los deseos, habilidades, razones y necesidades que ha expresado el *propio* cliente y, así, calienta los motores del cambio. Entonces, le deja el camino libre formulándole una pregunta clave.

PAUSA SIGNIFICATIVA

Aunque apenas hemos hablado del silencio hasta ahora, las pausas pueden ser una herramienta muy potente en la EM. Muchas personas sienten la necesidad de hablar para llenar el espacio vacío cuando no se ha dicho nada durante cinco o diez segundos en una conversación. Permitir el silencio da a los clientes espacio para procesar lo que se ha dicho hasta el momento y aumenta la probabilidad de que verbalicen el producto de la reflexión. Cada persona necesita un tiempo de procesamiento distinto antes de empezar a hablar. En la tradición junguiana, los extrovertidos procesan *mientras* hablan, mientras

que los introvertidos prefieren procesar *antes* de hablar (Quenk, 2009). Confíe en el proceso y conceda tiempo para que el cliente «asimile» lo que sucede y reflexione al respecto. No tenga prisa cuando practique la EM, ni siquiera si dispone de poco tiempo. Una mente sosegada es un gran activo en la EM. Hay terapeutas que nos dicen «¡No tengo *tiempo* para todo esto!». Solemos responder que cuando no se dispone de mucho tiempo y el objetivo es el cambio de conducta en el cliente, uno no puede permitirse *no* hacer todo esto (Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Christensen, 2005).

Una mente sosegada es un gran activo en la EM.

Pensamos en la idoneidad del silencio o de una pausa significativa llegados a este punto, porque resulta especialmente útil esperar un poco en este momento de transición tras la recapitulación y la pregunta clave. Hay clientes que responden al instante. Otros necesitan reflexionar durante unos momentos. El espacio para reflexionar en este punto es crucial.

Recapitular a Julia

Reanudamos aquí el caso de Julia. La escuchamos por última vez en el capítulo 13, para ilustrar el proceso de evocación. ¿Qué podría incluir el terapeuta en la recapitulación de lo que ha dicho hasta ahora, para sondearla y determinar si está preparada para empezar a elaborar un plan de cambio específico? El objetivo inmediato en el que se ha centrado el terapeuta es que Julia haga algo para aliviar su depresión.

ENTREVISTADOR: Muy bien, Julia. Gracias por todo lo que me has explicado. Lo has pasado muy mal últimamente y te agradezco que hayas sido tan honesta y abierta conmigo. [*Afirmación.*] Permíteme que haga un breve resumen de lo que me has explicado hasta ahora y, entonces, veremos qué podemos hacer a continuación. [*Orientación a la transición.*] Realmente tienes muchas ganas de encontrarte mejor, tanto en general como contigo misma, y quieres volver a interesarte por las cosas. [*Discurso de cambio (deseo).*] Cuando te encontraste tan mal que empezaste a cortarte, te asustaste tanto que te paraste a pensar, y te ayudó a decidir que era hora de hacer algo para mejorar. [*Discurso de cambio (razón).*] [*Discurso de cambio (activación).*] Te has encontrado muy mal, como si llevaras un gran peso encima, y estás cansada de sentir que hasta tus amigos te evitan. [*Discurso de cambio (razón).*] Los amigos son muy importantes para ti. A largo plazo quieres tener una relación honesta, cariñosa y afectuosa con un hombre. [*Discurso de cambio (razón) y más enfoque.*] Eres una persona con muchos recursos. [*Afirmación.*] Te trasladaste aquí tú sola, desde Irlanda, y has creado una nueva

vida para ti. También eres tenaz y persistente. Cuando te decides a hacer algo, lo más probable es que lo hagas. [*Discurso de cambio (habilidad).*] Te gustaría entender qué es lo que ha fallado en tus relaciones anteriores, porque te gustaría llegar a casarte. [*Discurso de cambio (deseo).*] También has mencionado que otro objetivo a largo plazo sería encontrar un trabajo mejor. Has pasado por mucho dolor emocional y quieres una vida más tranquila y feliz. [*Discurso de cambio (razón).*] Así que, ¿qué te gustaría hacer? [*Discurso de cambio (razón). Pregunta clave.*]

JULIA: La verdad es que no sé muy bien qué hacer, pero sí sé que no quiero seguir así. Algo tiene que cambiar. [*Discurso de cambio (necesidad).*]

ENTREVISTADOR: Me da la sensación de que estás dispuesta a hacer lo que haga falta para encontrarte mejor y empezar una vida nueva. [*Reflexión y tanteo del terreno.*]

JULIA: Sí, lo estoy. No quiero seguir viviendo así. [*Discurso de cambio (deseo).*]

ENTREVISTADOR: Muy bien, ¿te parece entonces que hablemos de algunas posibilidades?

JULIA: Sí, por favor.

En este caso, Julia indica con claridad que está dispuesta a empezar a planificar. No siempre sucede, claro está. A veces ofrecemos una recapitulación o una pregunta clave a un fumador, sólo para que nos conteste: «No sé. Es que no estoy seguro de si quiero dejar de fumar o no. Fumar forma parte de mi vida». Esto nos indica que aún no está preparado para empezar a planificar y que hace falta seguir evocando. Incluso es posible que el foco de la consulta cambie. «Creo que, en realidad, de lo que deberíamos estar hablando es...». La recapitulación y la pregunta clave le permiten tantear el terreno y comprobar si su hipótesis de que la persona está preparada para hablar de *cómo* cambiar es acertada o no. Sea cual sea la señal que le dé el cliente, sígala.

Puntos clave

- ✓ La decisión de pasar de evocar a planificar se basa en el criterio clínico, a partir de las señales que indican que el cliente está preparado para la transición.
- ✓ La recapitulación y la pregunta clave permiten discernir si es pertinente pasar al proceso de planificar.
- ✓ No es conveniente planificar el cambio antes de que el cliente esté preparado para ello.

CAPÍTULO 20

ELABORAR UN PLAN DE CAMBIO

La fe consiste en subir el primer peldaño aunque no se vea toda la escalera.

MARTIN LUTHER KING, JR.

Es más fácil cambiar el curso de un río que el hábito natural de una persona.

PROVERBIO CHINO

Nadie se deshace de un hábito tirándolo de una vez por la ventana; hay que sacarlo por la escalera, peldaño a peldaño.

MARK TWAIN

Las tecnologías y las estructuras para confeccionar planes de cambio abundan en los contextos asistenciales de todo el mundo. Directrices, libros de ejercicios, mapas, diarios de autorregistro y planes de cambio informatizados han aprovechado el conocimiento de la ciencia conductual para ayudar a las personas a superar lo que, en ocasiones, se llama brecha intención-acción. Una cosa es que los clientes realmente quieran cambiar; otra muy distinta es cómo los ayudamos a conseguirlo.

En este aspecto, la EM hace una aportación que, aunque modesta, puede ser muy importante. Ayudar a alguien a elaborar un plan de cambio no es necesariamente una simple transacción práctica, en la que nos limitamos a aconsejar a alguien que haga esto o aquello. Si fuera tan sencillo, los clientes lo harían por sí solos. Aunque la ironía del novelista Terry Pratchett al escribir la cita con la que abríamos el capítulo 14 es innegable, tiene algo de cierto. Con frecuencia, en realidad las personas no quieren que las aconsejemos, sino que estemos ahí mientras hablan consigo mismas. El proceso de planificación en la EM consiste en acompañar al cliente mientras elabora un plan de cambio efectivo. Por supuesto, no nos limitamos a permanecer sentados pasivamente. La vinculación es importante y, al mismo tiempo, sin perder de vista el horizonte, ofrecemos modestamente nuestra experiencia al cliente cuando es necesario para ayudarlo a desarrollar un plan de acción que tenga sentido para él. Aquí, la disposición para

adaptarse a su cliente y la tolerancia a la incertidumbre le serán de ayuda. En pocas palabras, la aportación de la EM apunta al corazón de la planificación y es compatible con el uso de cualquier instrumento práctico de que disponga.

El proceso de planificación en la EM consiste en acompañar al cliente mientras elabora un plan de cambio efectivo.

Queremos aprovechar la ocasión para recordar que un plan de cambio no es lo mismo que un plan de tratamiento. Confeccionar el segundo puede ser necesario en muchos contextos asistenciales, pero el «tratamiento» es, como mucho, tan sólo uno de los elementos del plan de cambio de la persona. Y, con frecuencia, es un elemento secundario. La mayor parte del cambio humano se da sin necesidad de tratamiento formal. El plan de cambio es más amplio, y aborda las acciones que emprenderá la persona y cómo ha de encajar el cambio en su vida. Lo que pueda aportar el tratamiento (si es que aporta algo) no es más que parte de la imagen global.

Este capítulo ilustra cómo el discurso de cambio del paciente y la respuesta hábil del terapeuta pueden sustentar el desarrollo de un plan de cambio que promueva acciones claras y que el cliente tenga más probabilidades de llevar a cabo. Probablemente, cómo se hable del plan de cambio es tanto o más importante que los elementos del mismo.

El discurso de cambio durante el proceso de planificación

El proceso de planificación no es una forma distinta de EM. Debe seguir prestando la misma atención al discurso de cambio, mostrar el mismo espíritu de colaboración, aplicar las PARS y apuntar con claridad en dirección al cambio. En otras palabras, el proceso de planificación se basa en las mismas habilidades que sustentan la vinculación, el enfoque y la evocación.

¿El discurso de cambio es distinto una vez que llegamos a este punto? Ciertamente, el entrevistador escucha con atención para identificar discurso de cambio en relación con una acción específica y que avanza con la intención de aplicarla. Aunque el discurso de cambio movilizador (CATs) trata especialmente de la acción, el DARN también aparece en el proceso de planificación (capítulo 12). A continuación encontrará ejemplos de discurso de cambio orientado a emprender una acción concreta; en este caso, se trata de un estudiante que quiere fijarse un horario específico para estudiar cada día.

«Eso es lo que quiero hacer: estudiar de seis a ocho de la tarde cada día.» [Deseo]

«Creo que puedo hacerlo, es razonable.» [Habilidad]

«Me va bien, porque así acabo a las ocho y puedo dedicarme a otras cosas.» [Razón]

«Es lo que necesito hacer para seguir el ritmo de las clases.» [Necesidad]

«Eso es lo que voy a hacer: me reservaré de seis a ocho de la tarde para estudiar seis días a la semana.»
[Compromiso e intención de aplicación]
«Estoy dispuesto a intentarlo.» [Activación]
«Ayer lo hice y fue bien.» [Dar los primeros pasos]

Fíjese en que el discurso de cambio puede tratar de un objetivo («Quiero mejorar las notas»), de un plan general («Tengo que estudiar más»), o de una acción concreta, como acabamos de ver («Estudiaré de seis a ocho cada día excepto los sábados»). No se trata de un tipo distinto de discurso de cambio; la clave está en que, a medida que el plan va pasando de lo general a lo específico, el discurso de cambio que espera escuchar específicamente trata del plan de cambio concreto.

Otro tema al que debe prestar atención es el lenguaje acerca de la eficacia. ¿Cree la persona que el plan puede funcionar? Bandura (1982, 1997) diferenciaba entre eficacia general («¿Funcionaría para la gente en general?») y la autoeficacia («¿Soy capaz de hacerlo? ¿Me irá bien?»). Por ejemplo, es posible que alguien crea firmemente que dejar de fumar mejora la salud y prolonga la vida (eficacia general elevada), pero que también esté convencido de que él o ella será incapaz de hacerlo (autoeficacia baja).

La dinámica de la planificación

Mientras que la investigación ha aportado mucha información acerca de lo que sucede durante el proceso de evocación, el papel que desempeña la EM durante la planificación no se conoce tanto. Sin embargo, la dinámica interpersonal del proceso de planificación es la misma que durante la EM en general. Tenga cuidado con el reflejo de corrección: «Ahora, deje que le diga lo que ha de hacer». Siga pendiente de cómo responde la persona (por ejemplo, si da muestras de desvinculación o de dudas) y no se adelante a su cliente en el desarrollo y el compromiso con el plan de cambio. Si se convierte en el promotor del cambio, es posible que se encuentre con reticencia, discurso de mantenimiento y discordancia. Se trata de suscitar un plan de cambio (y el discurso de cambio asociado al mismo) en el cliente. Esto no significa que no pueda ayudarlo, pero sí que es el cliente quien debe generar y ejecutar el plan.

La claridad de la planificación dependerá de la claridad del objetivo. A veces, el proceso de enfoque da como resultado un objetivo claro y específico, como dejar de fumar o encontrar trabajo. Otras, el objetivo identificado es más difuso, como «comer mejor» o «enseñar a mi hijo a ser más responsable». Contar con un objetivo específico resulta más útil, porque facilita establecer pasos concretos y evaluar el progreso.

No se adelante a su cliente.

TRES SITUACIONES DE PLANIFICACIÓN

Una vez que se ha acordado un objetivo, se emprende un camino a partir de una conversación sobre si y por qué elaborar un plan de acción para el cómo y el cuándo. Cualquier directriz única que podamos ofrecer como guía en este viaje topará con la diversidad obvia entre los clientes e incluso de una misma persona en distintos momentos.

En lo que queda de capítulo, hablaremos y ofreceremos ejemplos de tres situaciones posibles en el proceso de planificación. Reflejan el *continuum* de situaciones que hemos descrito en el capítulo 8 sobre el proceso de enfoque. Y no es casualidad. Mientras que enfocar trata del destino deseado en este viaje hacia el cambio, el proceso de planificación trata de la ruta para llegar allí. Si simplificamos:

Vincular trata de «¿Nos vamos de viaje juntos?».

Enfocar trata de «¿Adónde vamos?».

Evocar trata de «¿Nos vamos o no?» y de «¿Por qué?» y Planificar trata de «¿Cómo?» y «¿Cuándo?».

Obviamente, a lo largo de cualquier conversación sobre el cambio estos temas se entrelazan y evolucionan. Tal y como explicamos más adelante, el proceso de planificación depende de la evocación, de la vinculación y de un enfoque claro.

Aunque las tres situaciones de planificación se diferencian por la complejidad del plan en cada una de ellas, el proceso tiene puntos en común. La situación más sencilla es cuando ya se cuenta con un plan claro en el momento de iniciar el proceso de planificación. Esto puede suceder cuando sólo hay una manera de conseguir el objetivo, o si la dificultad del cliente era si avanzar o no, pero tenía claro cómo hacerlo en caso de decidir que sí.

En la segunda situación contamos con varias opciones claras y hay que elegir una de ellas. Por ejemplo, si un hombre o una mujer desean tomar medidas anticonceptivas fiables, hay un número finito de posibilidades entre las que elegir. El proceso lleva a elegir la opción que parezca mejor.

En la tercera situación, el objetivo está claro (si no, no deberíamos estar planificando), pero no se sabe cómo llegar allí. Se trata de algo más que de elegir entre un abanico de opciones. Esta situación exige confeccionar un plan de cambio desde el principio, cuando aún no está claro cómo avanzar.

Situación 1: cuando hay un plan claro

Hay veces en que, una vez que la persona decide la meta de cambio, cómo llegar es evidente. Saben cómo hacerlo. No hay mucha necesidad de ponderar distintos caminos, porque ya saben cómo llegar. Aunque siempre existe la posibilidad de que se pierdan por el camino, está muy claro qué quieren hacer y cómo piensan hacerlo.

«Sé lo que tengo que hacer, porque ya he dejado de fumar antes. Tengo que estar solo y alejado de la gente durante una semana, porque sé que durante los primeros días es imposible vivir conmigo. Tenemos una cabaña de montaña a la que me gusta mucho ir y podría marcharme allí durante una semana, sin tabaco. Y no hay tiendas cerca, está realmente perdida en el bosque. Si sé que no hay tabaco cerca, me es más fácil aguantar el mono. Me llevaré cosas que hace tiempo quiero leer y saldré a caminar. Creo que eso me funcionará. Después de una semana, ya habrá pasado lo peor. La última vez que conseguí superar la semana estuve tres años sin fumar, pero esa primera semana me porté fatal con la gente. Y tampoco fui demasiado amable conmigo mismo, la verdad.»

El plan parece muy claro. Y aunque el discurso de cambio es muy contundente, fíjese en que de momento, sólo es preparatorio (DARN). Aún no hay discurso movilizador (CATs).

RESUMIR EL PLAN

Un primer paso para ayudar a consolidar un plan específico como éste es ofrecer un sumario claro del mismo, para comprobar que tanto usted como el cliente lo entienden y están de acuerdo con él.

«Entonces, lo que piensa hacer es quedarse en la cabaña durante una semana. Llevará consigo todo lo que necesita, pero nada de tabaco.»

INVOCAR LOS CATS: CÓMO SUSCITAR DISCURSO DE CAMBIO MOVILIZADOR

Un sumario de este tipo parece pedir a gritos una pregunta de continuación. ¿Qué pregunta podría formular aquí?

Evocar discurso de activación

«¿Cuán preparado está para hacerlo?»

«¿Está dispuesto a intentarlo?»

Pedir compromiso

«¿Va a hacerlo?»

«¿Es lo que piensa hacer?»

Ser más específico

«¿Y qué tipo de lectura llevaría consigo?»

«¿Cómo se prepararía?»

Fijar una fecha

«¿Y cuándo podría hacerlo?»

«¿Cuándo cree que podría ir?»

Prepararse

«¿Cuál sería el primer paso que tendría que dar?» «¿Qué tendría que llevar consigo?»

Se trata de preguntas cuya respuesta incluirá con toda probabilidad discurso de cambio movilizador: compromiso, activación o dar los primeros pasos. Fíjese también en que algunas de las preguntas son cerradas y suscitarán una respuesta de sí o no («¿Está dispuesto a...?», «¿Es lo que piensa hacer?»).

ANTICIPARSE A LOS PROBLEMAS

Otra manera de ayudar aquí es plantear y resolver los posibles problemas del plan. ¿Qué podría fallar? ¿Qué obstáculos podrían aparecer o qué dificultades imprevistas podrían surgir? Si plantea estas cuestiones y pregunta al cliente cómo lo resolvería, es muy probable que la respuesta sea más discurso de cambio movilizador. Evite dar las respuestas usted mismo. Desde la perspectiva de la EM, si el cliente plantea los problemas y usted proporciona las respuestas, está en la silla equivocada.

Si el cliente plantea los problemas y usted proporciona las respuestas, está en la silla equivocada.

ESTUDIO DE CASO

Para ofrecer un ejemplo práctico del proceso de planificación en la primera situación, recuperaremos al estudiante que pensaba estudiar de seis a ocho de la tarde cada día, para mejorar sus notas. Esta sería una de las conversaciones posibles.

ENTREVISTADOR: Entonces, veamos si he entendido bien el plan. Quieres mejorar las notas y sabes que, para conseguirlo, tienes que estudiar más. Así que has pensado que te reservarás dos horas cada día, de seis a ocho de la tarde, exclusivamente para estudiar. ¿Es eso?

CLIENTE: Sí, creo que eso me ayudaría.

ENTREVISTADOR: Debería ayudarte. Quizás tendrás que hacer algo más, pero este sería un muy buen punto de partida.

CLIENTE: Sí, seguro. Si lo hiciera, seguro que mis notas mejorarían.

ENTREVISTADOR: Muy bien. ¿Y qué podrías hacer para asegurarte de que cumples con tu plan?

CLIENTE: Bueno, tendría que hablar con mi compañero de habitación, para que no me molestara ni pusiera música durante esas horas. O quizás tendría que ir a la biblioteca o a una cafetería.

ENTREVISTADOR: Algún sitio donde puedas concentrarte y no te distraigan.

CLIENTE: Sí, es fácil distraerse y caer en la tentación de dejar de estudiar.

ENTREVISTADOR: Muy bien, así que sabes que necesitas estar en un sitio donde puedas concentrarte. ¿Qué más?

CLIENTE: Bueno, me entra hambre... Sería mejor que comiera algo antes de empezar.

ENTREVISTADOR: Ya veo. Eso también te ayudaría a concentrarte mientras estudias. Has pensado mucho sobre esto. ¿Cuándo crees que podrías empezar?

CLIENTE: Hoy es lunes..., mañana ya he quedado y el miércoles por la tarde tengo una reunión. El jueves; creo que podría empezar el jueves.

ENTREVISTADOR: ¿Crees que lo harás?

CLIENTE: Sí, no veo por qué no. El jueves.

ENTREVISTADOR: Si te parece, me gustaría preguntarte un par de cosas más acerca del plan. ¿Puedo?

CLIENTE: Sí, claro.

ENTREVISTADOR: Me da la impresión de que conoces a mucha gente y creo que tanto si estás en tu habitación, como en la biblioteca o en la cafetería, lo más probable es que veas a alguien que conoces. O que alguien te vea a ti.

CLIENTE: No creo que me encuentre con muchos de mis amigos en la biblioteca. *(Sonrisa.)*

ENTREVISTADOR: Muy bien. Así que la biblioteca sería, probablemente, el lugar más seguro, pero imagina que sucediera. Son las seis y cuarto, un amigo te ve y te dice «Eh, ¿qué haces?». ¿Cómo seguirías con el plan si eso pasara?

CLIENTE: Fácil. Le diría que me alegro de verle, pero que estoy estudiando hasta las ocho y que podemos quedar luego.

ENTREVISTADOR: «¡Bah, pero si ahora no tienes que estudiar!»

CLIENTE: Ah, te refieres a que él podría decir algo así. Bueno, entonces le contestaría que «Sí, sí que tengo que estudiar. Pero luego podemos quedar».

ENTREVISTADOR: Sí, la mayoría de amigos respetarían eso. ¿Y si sucediera algo entre las seis y las ocho a lo que te gustaría mucho ir y resulta que no es sábado?

CLIENTE: Sí, eso lo he pensado yo también. No creo que pueda seguir el plan el ciento por ciento del tiempo.

ENTREVISTADOR: No eres perfecto.

CLIENTE: No, claro. Habrá veces en que querré hacer algo distinto a esa hora, pero entonces puedo estudiar más tarde o compensarlo estudiando más otro día.

ENTREVISTADOR: Claro, así al final habrías estudiado el mismo número de horas. ¿Crees que podrías hacerlo de verdad?

CLIENTE: Sí, creo que sí. Cuando digo que quiero mejorar las notas, hablo en serio.

Estos son los elementos básicos de la primera situación: resumir el plan, suscitar discurso de cambio movilizador y anticipar los problemas. Cuando la persona verbaliza su intención de emprender una acción específica, las probabilidades de que suceda

aumentan. En la segunda y la tercera situación, encontraremos los mismos elementos, con algunos flecos adicionales.

SER MÁS ESPECÍFICO

Incluso cuando la persona verbaliza su objetivo con claridad, puede resultar útil ayudarle a ser más específico acerca de los pasos necesarios para alcanzarlo. Esto no sólo puede facilitar el proceso de planificación, sino que también permite determinar el progreso. Este método de la escala de logros (Kiresuk, Smith y Cardillo, 1994) resulta útil para perfilar objetivos en cualquiera de las tres situaciones que describimos en el capítulo. En un principio se desarrolló como una manera de evaluar el resultado del tratamiento en el contexto de la salud mental y en relación con varias áreas problemáticas.

La base del método consiste en encontrar el modo de especificar niveles de cambio para alcanzar el objetivo, con el propósito de poder determinar durante una conversación sencilla el grado en que la persona se está acercando o no a dicho objetivo. A nosotros nos ha resultado útil desarrollar una escala que va de -3 a $+3$. El punto cero de la escala representa la situación inicial (por ejemplo, al empezar el tratamiento). El mejor resultado posible es $+3$, y $+1$ y $+2$ son aproximaciones al mismo. Del mismo modo, -3 es el peor resultado imaginable, y -1 y -2 reflejan niveles intermedios de deterioro. Si volvemos al ejemplo del tiempo de estudio, podríamos desarrollar una escala a partir del número de horas de estudio a lo largo de una semana:

- +3 16 horas o más
- +2 10 a 15 horas
- +1 5 a 9 horas
- 0 4 horas (nivel actual)
- 1 3 horas
- 2 2 horas
- 3 1 hora o menos

Idealmente, con una escala de este tipo, cualquier entrevistador (y, por supuesto, el cliente) podrían determinar con facilidad el acercamiento (o alejamiento) respecto al objetivo en cualquier semana. Se puede utilizar el mismo método para distintos objetivos de cambio de una misma persona, como ilustra el recuadro 20.1

Situación 2: cuando hay varias opciones claras

En la segunda situación, el cliente dispone de varias alternativas de acción claras, y la tarea consiste en priorizarlas y elegir una. Aquí nos gusta usar el término *trazado de ruta*, en paralelo con el de pactar la agenda, porque el proceso consiste en elegir la mejor ruta posible de entre todos los caminos que llevan a un mismo destino. Algunas de las tareas que se llevan a cabo son:

RECUADRO 20.1. Un ejemplo de escala de logros

	Objetivo 1: Hacer más ejercicio cardiovascular	Objetivo 2: Pasar más tiempo de calidad con mis hijos	Objetivo 3: Reducir mi consumo de alcohol
+3	200 minutos o más	8 horas o más	0-7 UBE*
+2	131-199 minutos	6-7 horas	8-14 UBE
+1	61-130 minutos	4-5 horas	15-20 UBE
0	50-60 minutos esta semana	Unas 3 horas esta semana	21-28 UBE semanales
-1	31-49 minutos	2 horas	29-35 UBE
-2	11-30 minutos	1 hora	36-49 UBE
-3	10 minutos o menos	Menos de 1 hora	> 50 UBE

* La unidad de bebida estándar (UBE) es una medida simplificada de registro y consumo de bebidas alcohólicas en España. (N. de la T.)

1. Confirmar el objetivo y, si es pertinente, los objetivos intermedios durante el trayecto.
2. Enumerar las opciones disponibles o que se han planteado.
3. Suscitar la intuición o las preferencias del cliente sobre cómo avanzar.
4. Resumir el plan y afianzar el compromiso.
5. Anticiparse a los problemas y plantear las posibles preocupaciones.

CONFIRMAR EL OBJETIVO

Aunque pueda parecer que el objetivo está muy claro, nunca está de más confirmar el destino antes de emprender un viaje. ¿Qué cambio ha decidido acometer el cliente? Es posible que haya un objetivo más importante a largo plazo y que pueda subdividirse en

subobjetivos a corto o medio plazo. Un buen guía averigua adónde quiere ir su cliente. Y, entonces, valoran juntos distintas rutas para llegar allí. Si hay varios objetivos intermedios, ¿por cuál hay que empezar?

ENUMERAR LAS OPCIONES

Una vez que se tiene un objetivo claro en mente, la siguiente tarea consiste en enumerar las distintas vías disponibles para alcanzarlo. Es posible que las opciones ya hayan aparecido durante los procesos anteriores de la conversación. Su experiencia profesional también puede ser útil aquí. Dado el cambio que esta persona quiere llevar a cabo, ¿de qué maneras consolidadas y basadas en la evidencia puede conseguirlo? Pida permiso al cliente (capítulo 11) para ofrecerle un abanico de opciones, que, en absoluto, deben sustituir a sus ideas y sus preferencias. Su experiencia profesional es un recurso para el proceso de planificación, y el cliente también aporta recursos personales importantes. La tarea clave consiste en desarrollar una lista de las opciones disponibles, sin dedicar demasiado tiempo a criticarlas. El proceso de evaluación es el paso siguiente.

ACTIVAR LAS INTUICIONES DEL CLIENTE

De todas las opciones disponibles, ¿cuáles son sus preferencias y qué intuye que sería lo mejor? Un buen guía ofrece: «Estas son las distintas rutas que podemos emprender. ¿Cuál le atrae más?». ¿Qué aspectos positivos y no tan positivos tiene cada opción? Al igual que haría un buen guía, le aconsejará (de nuevo, tras haber pedido y obtenido permiso) en contra de las rutas que considere peligrosas o que le alejen del objetivo.

También resulta útil reflexionar sobre el camino que se acabe eligiendo. Es posible que se encuentren con obstáculos inesperados por el camino y quizás puedan prever rutas alternativas si la elegida acaba resultando problemática. Resulta útil compartir una actitud que transmita «¿Cuál es el mejor camino por el que podríamos empezar?» durante este proceso. Así dejamos una puerta abierta a la posibilidad de probar vías alternativas si la elegida no funciona.

RESUMIR EL PLAN

Esto se parece mucho a la situación 1. Una vez que se ha planteado un plan concreto, resúmallo para asegurarse de que ambas partes lo han entendido bien y, entonces, evoque discurso de cambio movilizador. Hablaremos más sobre cómo afianzar el compromiso en el capítulo 21.

ANTICIPARSE A LOS PROBLEMAS

Con el plan A en mente, la siguiente tarea consiste en reflexionar acerca de los obstáculos que podemos encontrarnos por el camino. De nuevo, un buen guía dice: «Si elegimos esta ruta, deberíamos prepararnos para algunas cosas». ¿Qué herramientas necesita llevar consigo la persona? ¿Qué puede ir mal y cómo puede responder la persona si eso sucediera?

Evite caer en un estilo directivo o prescriptivo. Recuerde que el proceso de evocación prosigue durante toda la planificación. Por ejemplo, podría preguntar al cliente cómo respondería si surgieran obstáculos concretos. Si el cliente le pide o da muestras de necesitar sus ideas, puede proporcionárselas, pero evite ofrecerlas de una en una: le invitaría a que las vaya refutando una detrás de otra. Tiene que ser el plan del cliente. Y si le pregunta cómo respondería a obstáculos concretos, es muy probable que le conteste con más discurso de cambio.

ESTUDIO DE CASO

Los médicos especialistas en diabetes suelen encontrarse con esta situación. Para proteger su salud y su calidad de vida, las personas diabéticas deben mantener el nivel de glucosa en sangre bajo un control relativamente estricto y las estrategias efectivas para manejar el azúcar en sangre son diversas, pero están acotadas. A continuación verá cómo podría desarrollarse el proceso de planificación a partir de la vinculación, el enfoque y la evocación previos.

ENTREVISTADOR: Veo que es consciente de los problemas que puede provocar tener un nivel elevado de azúcar en sangre y me parece que le gustaría controlarlo mejor. ¿Es así? [*Confirmar el objetivo.*]

CLIENTE: Claro, quiero estar tan sano como sea posible. [*Objetivo a largo plazo de mejorar la salud.*]

ENTREVISTADOR: Perfecto. Está dispuesto a hacer algunos cambios para poder mantenerse sano. [*Comprobar específicamente la disposición a hacer cambios de conducta.*]

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Bueno, entonces permítame que empiece por preguntarle qué ha pensado al respecto y qué cree que podría cambiar para controlar la glucosa en sangre. [*Susitar las ideas del propio cliente.*]

CLIENTE: Bueno, tampoco lo he pensado tanto. Todo esto es nuevo para mí. Sólo tengo cuarenta y seis años.

ENTREVISTADOR: No se esperaba que le diagnosticaran diabetes a esta edad. [*Reflejo.*]

CLIENTE: No, la verdad es que no. Probablemente tendría que hacer cambios en la dieta. [*Discurso de cambio.*]

ENTREVISTADOR: ¿Qué tipo de cambios? [*Pedir elaboración.*]

CLIENTE: Bueno, bebo muchos refrescos. De cola, sobre todo. Voy dando sorbos todo el día. Y sé que tienen mucho azúcar.

ENTREVISTADOR: Sí, sí que lo tienen. Mucho. Así que eso sería una manera de reducir la ingesta de azúcar directamente. [*«Una manera» invita a pensar en más.*]

CLIENTE: Sí, la verdad es que los refrescos sin azúcar no me gustan mucho, pero supongo que podría acostumbrarme. [*Discurso de mantenimiento.*]

ENTREVISTADOR: ¿Y qué más? [*Discurso de cambio.*]

CLIENTE: ¿En cuanto a los dulces? Bueno, supongo que es cuestión de no comer azúcar, ¿no? [*Da permiso para intercambiar información.*]

ENTREVISTADOR: Y reducir la ingesta de hidratos de carbono en general. ¿Qué sabe de eso?

CLIENTE: Es el pan, las patatas y la pasta, ¿no?

ENTREVISTADOR: Exactamente. El organismo los transforma en azúcares rápidamente. Cambiar la dieta es una buena estrategia. ¿Qué otras cosas sabe que pueden ayudarle?

CLIENTE: ¿Dormir lo suficiente, quizás? ¿Por qué no me lo dice usted, que es el experto?

ENTREVISTADOR: Sí, puedo explicarle algunas de las cosas que las personas con diabetes hacen para controlar el azúcar, pero es usted quien debe decidir cuáles se adaptan mejor a su situación. [*Insistir en el control personal.*] ¿Quiere que le explique algunas? [*Pedir permiso.*]

CLIENTE: Claro.

ENTREVISTADOR: Hacer cambios en la dieta, sobre todo en lo que respecta a los hidratos de carbono, es un buen paso. El ejercicio físico también es importante, y podríamos hablar de eso, ayuda a reducir la resistencia a la insulina. Es buena idea comprobar con regularidad el nivel de glucosa, para ver qué lo hace subir y bajar, y puede hacerlo en casa con un aparato muy sencillo. Además de dormir bien, reducir el estrés también puede beneficiarle. Y también podemos hablar de algunos fármacos que ayudan. Esas son cinco posibilidades: dieta, ejercicio, controlar el azúcar, gestionar el estrés y medicación. ¿Cuál de estas opciones cree que podría seguir?

CLIENTE: La medicación... suena fácil. ¿Tiene efectos secundarios? [*Menú de opciones.*]

ENTREVISTADOR: Hay algunos medicamentos orales que ayudan a reducir la resistencia a la insulina y, por lo general, tienen pocos efectos secundarios. Así que esta es una de las opciones que le parecen razonables.

CLIENTE: Sí, creo que sí. ¿Bastaría con eso? [*Activación (disposición).*]

ENTREVISTADOR: Para serle sincero, la medicación es mucho más efectiva cuando viene acompañada de cambios en el estilo de vida. ¿Cree que podría hacer cambios en alguna de las otras opciones que he mencionado?

CLIENTE: En la dieta, supongo. [*Discurso de cambio.*] No hago mucho ejercicio y nunca me ha gustado ir al gimnasio ni salir a correr. [*Discurso de mantenimiento.*] Pero quizás podría hacer algo. [*Discurso de cambio.*]

ENTREVISTADOR: Podría aumentar un poco su nivel de actividad y está dispuesto a hacer cambios en la dieta, además de probar la medicación. ¡Todo eso podría marcar una gran diferencia! [*Sumario.*]

CLIENTE: ¿Por dónde debería empezar?

ENTREVISTADOR: Es una buena pregunta, aunque depende de usted. Gestionar la glucosa es un proceso a largo plazo y la mayoría de personas van haciendo cambios con el tiempo. [*Insistir en el control personal.*] Podría recetarle algo ya y, por otro lado, ¿qué le sería más fácil, hacer cambios en la dieta o aumentar el nivel de actividad? [*Buscar un plan A.*]

CLIENTE: Probablemente empezaría por hacer cambios en la dieta, por ejemplo beber menos refrescos.

ENTREVISTADOR: ¿Le parece que empecemos por ahí, entonces? Puedo prepararle la receta ahora mismo y, si quiere, puedo darle también algunas pautas dietéticas. ¿Es un buen punto de partida? [*Resumir el plan A.*]

CLIENTE: Vale.

Este es un ejemplo de la situación 2. Había un objetivo definido y una lista finita de opciones para conseguirlo. El entrevistador ha confirmado el objetivo, ha enumerado las distintas opciones posibles (con permiso) y ha ayudado al cliente a planificar la ruta.

Situación 3: confeccionar un plan desde cero

A veces, no se tiene claro un único plan y tampoco se cuenta con un abanico de opciones obvias entre las que elegir. Ante una pregunta clave como «¿Cuál es el siguiente paso, entonces?», el cliente puede responder «No lo sé», y quizás usted tampoco tenga las cosas demasiado claras al principio del proceso de planificación. En este caso, la tarea consiste en desarrollar un plan de cambio mediante un proceso colaborativo. Si usted tiene un objetivo claro, el reflejo de corrección podría activarse con una potencia extraordinaria: «Muy bien, pues si no lo sabe, deje que le explique qué ha de hacer». Hay una minoría de clientes que quieren instrucciones y responden bien ante las mismas (lo sabrá si pregunta), pero, por lo general, la motivación para avanzar es más elevada cuando el cliente lleva las riendas del plan.

El punto de partida en esta situación es el mismo que en la situación 2: confirmar el objetivo u objetivos. Asegúrese de entender adónde ha elegido ir el cliente. Si no está claro, hay que volver al proceso de enfocar (capítulo 9) y, posiblemente, también al de evocar para confirmar la motivación.

Como no hay un abanico de alternativas predeterminadas para alcanzar el objetivo (como sucedía en el ejemplo de diabetes tipo 2 de la segunda situación), el siguiente paso consiste en generar distintas opciones, pasos o planes. Tanto su cliente como usted son recursos para generar alternativas. En lugar de enumerar posibilidades prediseñadas, deben generarlas, guiados en parte por su formulación (capítulo 9) y por la intuición del propio cliente acerca de las posibles causas de su problema (Khalsa, McCarthy, Sharpless, Barrett y Barberr, 2011). Si hace una sugerencia (con permiso), intente ofrecer varias opciones en lugar de sólo una y acuérdesse de que el proceso ha de ser colaborativo.

En comparación con la segunda situación, es posible que este proceso se parezca más a una lluvia de ideas tradicional, donde la tarea consiste en generar varias opciones mientras se suspende temporalmente la evaluación de las mismas. Puede ser divertido, porque se tiene la posibilidad de pensar creativamente sobre *cualquier* estrategia que pueda funcionar, por absurda que pueda parecer en un principio. Cuando generen ideas, haga una lista como mínimo mental, si no lo hace por escrito.

Una vez que cuenten con una lista de opciones disponibles, el proceso converge en lo que acabamos de explicar acerca de la segunda situación. ¿Cuáles son las preferencias o las sensaciones del cliente en relación con las distintas posibilidades planteadas? ¿Cuáles son las de usted? A partir de ahí, negocian un plan A, una primera estrategia que probar. Si conviene, pueden desglosarla en pasos más accesibles y anticipar las dificultades que puedan surgir.

Como ejemplo de esta situación más compleja, regresaremos al caso de Julia, que dejamos en el capítulo 19 con una recapitulación. Durante la confección del plan de acción, se tienen en cuenta las preferencias del cliente, así como sus intuiciones acerca de las posibles causas del problema (Khalsa *et al.*, 2011). A continuación verá un ejemplo de un proceso de planificación guiado, donde el entrevistador y Julia combinan sus experiencias para llegar a atisbar un plan.

ENTREVISTADOR: Julia, en primer lugar me gustaría saber qué ideas tienes acerca de lo que podrías hacer para encontrarte mejor. Nadie te conoce mejor que tú misma y estoy seguro de que ya has intentado varias cosas para mejorar tu estado de ánimo. Háblame de eso.

CLIENTE: A veces voy al cine, a ver películas divertidas y románticas, y me hacen sonreír. Claro que también me recuerdan lo que me falta.

ENTREVISTADOR: Mmm. Entonces, una película bonita es una de las cosas que a veces te ponen de buen humor. ¿Qué más?

CLIENTE: Salir de casa. Quedarme sentada en el sofá, con las cortinas corridas y delante de la televisión no me va nada bien.

ENTREVISTADOR: Sabes eso de ti misma...: salir te ayuda. ¿Y qué haces cuando sales de casa?

CLIENTE: Pues a veces salgo a dar una vuelta o quedo con algún amigo. Pero tal y como he dicho antes, me da la sensación de que no les apetece mucho quedar conmigo, porque los deprimos. ¿Qué cree que debo hacer? ¿Puede darme algún consejo?

ENTREVISTADOR: Sí, sí que puedo. Se me ocurren algunas cosas que podrías probar. Aún no conozco mucho acerca de ti, pero tú eres una experta en ti, así que creo que, juntos, podemos encontrar lo que te puede ir mejor. [El entrevistador promueve la esperanza, insiste en la colaboración y le recuerda a Julia que es experta en sí misma.]

CLIENTE: Entonces, ¿qué cree que debería hacer?

ENTREVISTADOR: Bueno, veamos algunas opciones. Ya sabes algunas cosas que te han ayudado a encontrarte mejor en el pasado, como salir de casa para dar una vuelta, quedar con amigos o ir al cine a ver una película divertida. Me interesa mucho saber qué crees que necesitas y qué crees que te ayudaría, así que hablemos de algunas posibilidades y luego hablaremos de por dónde empezar y de qué sería lo primero que podrías probar.

CLIENTE: Vale.

ENTREVISTADOR: Algo que me parece claro es que ahora mismo estás pasando por una depresión. Dime una cosa, Julia. ¿Qué sabes acerca del tratamiento de la depresión? [Inicio de la secuencia preguntar-informar-preguntar del intercambio de información.]

CLIENTE: Pues no mucho, he visto anuncios de pastillas.

ENTREVISTADOR: Lo has mencionado varias veces y sí, es una buena opción. ¿Qué otras cosas sabes?

CLIENTE: No sé. ¿Hablar de ello, quizás? ¿Qué causa la depresión?

ENTREVISTADOR: La buena noticia es que hay varias opciones que funcionan bien. Si quieres, te las puedo explicar brevemente y luego puedes decirme cuáles crees que te irían mejor.

CLIENTE: De acuerdo.

ENTREVISTADOR: Al parecer, hay varias cosas que contribuyen a la depresión; las personas pueden deprimirse por varios motivos. Uno de ellos tiene que ver con los patrones de pensamiento. Hay personas que son muy críticas consigo mismas; se critican continuamente o piensan siempre en negativo, así que siempre están tristes. Una de las cosas que funcionan es ayudar a las personas a analizar y cambiar sus patrones de pensamiento. ¿Tiene sentido para ti? [Proporcionar un poco de información y, entonces, suscitar su reacción.]

CLIENTE: Sí, yo hago eso.

ENTREVISTADOR: Te machacas... Vale. Bueno, permíteme que continúe un poco, porque hay otras posibilidades. Hay personas que se encuentran en una situación o en un estilo de vida en el que hay muy pocas cosas positivas. No hay mucho que resulte agradable o placentero en sus vidas. Pasan mucho tiempo haciendo cosas que no les gustan y recibiendo comentarios negativos de otras personas. ¿Te resulta familiar?

CLIENTE: No sé, no creo que ese sea mi caso. Me gusta salir a pasear y quedar con mis amigos, y cuando tengo una buena relación de pareja me encuentro muy bien. Y el trabajo no es que sea genial, pero está bien.

ENTREVISTADOR: Así que eso no parece encajar tan bien con tu situación.

CLIENTE: Eso. Bueno, a ver, el experto es usted, usted lo sabrá mejor.

ENTREVISTADOR: De hecho, creo que lo sabremos mejor juntos y confío en tu criterio. ¿Preparada para la siguiente?

CLIENTE: Vamos.

ENTREVISTADOR: A veces, las personas tienen la sensación de que no pueden expresar sus necesidades o sus emociones. Dejan que los demás las pisoteen o se pasan el día intentando satisfacer las necesidades de otros, en lugar de las propias. Por dentro, están frustradas o incluso enfadadas, pero no suelen expresarlo abiertamente.

CLIENTE: Uf, yo lo expreso. Vaya si lo expreso. No creo que eso sea un problema para mí.

ENTREVISTADOR: De acuerdo, pero deja que pruebe sólo con otra idea más. Hay personas que alternan entre reprimir sus emociones y frustraciones, y explosiones periódicas. Es como si la presión se acumulase hasta que explotan. ¿Esto te encaja más?

CLIENTE: Como le he dicho, he explotado algunas veces en mis relaciones, pero no creo que fuera porque no expresaba mis emociones. Pido lo que necesito; eso es lo que me causa problemas, a veces.

ENTREVISTADOR: Muy bien. Una idea más. A veces, es como si la depresión surgiera de la nada. La vida va bien, y, poco a poco, aparecen dificultades para dormir, llantos repentinos, cansancio, tristeza y sensación de impotencia sin motivo aparente. Es posible que cuando uno intenta explicárselo encuentre algún motivo, pero es como si la depresión tuviera vida propia.

CLIENTE: Sí, quizás a mí me pasa un poco eso. ¿Es entonces cuando la gente se medica?

ENTREVISTADOR: Sí, ese es un motivo, pero puede haber otras razones para probar con la medicación.

CLIENTE: Es que creo que tengo motivos más que suficientes para estar triste y agobiada. No sé si la medicación me ayudaría.

ENTREVISTADOR: Me estás ayudando mucho, gracias. Hay varias opciones de tratamiento en función de cuál de estos motivos parezca estar contribuyendo más a la depresión. Y parece que lo que te ha resonado más es cómo te machacas mentalmente a ti misma..., las cosas que te dices y que te hacen sentir peor. Uno de los tratamientos que ayuda con esto se llama terapia cognitivo-conductual.

CLIENTE: Definitivamente, probaría eso.

ENTREVISTADOR: Y también te has preguntado si los antidepresivos podrían ayudarte. Son las dos cosas que has mencionado que te parecían más prometedoras.

CLIENTE: ¿Qué piensa que debería hacer?

ENTREVISTADOR: No se trata de elegir una, puedes hacer las dos cosas. De hecho, la investigación indica que tanto la terapia cognitivoconductual como la medicación son igualmente eficaces, y podemos empezar por cualquiera de las dos.

CLIENTE: Es un alivio. No quiero tomar medicación si puedo evitarlo..., por los efectos secundarios y eso. Si puedo hacerlo por mí misma, la verdad es que lo prefiero.

ENTREVISTADOR: Entonces, un plan podría ser empezar con la terapia cognitivo-conductual y ver qué tal. Y siempre podemos mantener abiertas otras opciones, en función de cómo te vaya.

Puntos clave

- ✓ Confeccionar un plan de cambio suele requerir pasar de una intención general a un plan de acción específico.
- ✓ Pueden darse tres situaciones de planificación: (1) el plan de cambio ya está claro; (2) hay varias opciones de ruta entre las que hay que elegir; y (3) no está demasiado claro por dónde avanzar y hay que elaborar el plan de cambio desde cero.
- ✓ El proceso de planificación mantiene el espíritu y las habilidades nucleares de la EM, y se basa en los procesos anteriores de vincular, enfocar y evocar.

CAPÍTULO 21

CONSOLIDAR EL COMPROMISO

A propósito de todas las iniciativas, hay una verdad elemental cuya ignorancia mata innumerables ideas y espléndidos planes: en el momento en el que uno se compromete de verdad, la Providencia también lo hace. Toda clase de cosas comienzan a ocurrir para ayudar a esa persona, cosas que sin su previo compromiso jamás habrían ocurrido. Todo un caudal de sucesos se pone en marcha con aquella decisión.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

A no ser que haya compromiso, hay promesas y esperanzas; pero no hay planes.

PETER DRUCKER

La mayor parte del cambio sucede de forma gradual: es un proceso que se da a lo largo del tiempo. A veces, hay un momento concreto, incluso dramático, en el que la decisión de cambiar cristaliza súbitamente (Baumeister, 1994), como en el ejemplo del fumador y la biblioteca que hemos presentado en el capítulo 7 (recuadro 7.3) o la experiencia transformadora de la «luz blanca» de Bill W., cofundador de Alcohólicos Anónimos (Kurtz, 1991; Miller y C'de Baca, 2001). Sin embargo, lo más habitual es que el grado de compromiso de la persona con una acción determinada fluctúe y se consolide con el tiempo. La EM facilita el fortalecimiento natural de dicho compromiso.

¿Podemos dar por acabado el proceso de planificación una vez que hemos desarrollado el plan de cambio? No necesariamente. Aún nos falta dar un paso más para pasar del plan a la acción (Ajzen, 1985, 1991). Hay que plantearse una pregunta fundamental: ¿está la persona verdaderamente satisfecha con el plan y tiene la intención de llevarlo a cabo? Este capítulo aborda esta cuestión.

Atender al lenguaje movilizador

En el capítulo 12, introdujimos el concepto de discurso de cambio movilizador o el tipo de lenguaje que indica impulso hacia el cambio. Es el lenguaje que se halla al otro lado de la colina, si utilizamos la metáfora del capítulo 12. El discurso de cambio

movilizador incluye lenguaje de activación, que, aunque no llega a ser un compromiso, sí que señala una apertura y una disposición al cambio cada vez mayores:

«Estoy dispuesto [preparado] a...»
«Valoraré [pensaré] la posibilidad de hacerlo.» «Quizás...»
«Probablemente...»

Ninguna de estas afirmaciones sería satisfactoria a la hora de sellar votos matrimoniales o cerrar un contrato de negocios, pero se acercan mucho a la intención. Estos tipos de discurso son distintos al discurso de cambio preparatorio de deseo («quiero»), habilidad («podría»), razones («me encontraría mejor») o necesidad («tengo que»). El discurso de cambio movilizador tiene que ver con *hacer*. Y este verbo suele encajar muy bien en la frase: «Estoy dispuesto a hacerlo», «Pensaré en la posibilidad de hacerlo», «Quizás lo haga».

Otra forma de discurso movilizador del que también hemos hablado con anterioridad es el que refleja que se han dado pasos. Describe algo que la persona ha hecho y que representa un avance hacia el cambio. Dar pasos hacia un objetivo, por pequeños que sean, es otro predictor de cambio.

Por su parte, el discurso de compromiso señala la intención de llevar a cabo el plan. Aunque la potencia del lenguaje puede variar, básicamente afirma: «Sí, lo haré».

El discurso de cambio movilizador tiene que ver con *hacer*.

- Algo débil: «Pienso hacerlo», «Tengo la intención de hacerlo».
- Sólido: «Lo haré», «Voy a hacerlo».
- Más fuerte: «Lo prometo», «Lo aseguro», «Lo juro».

Ciertamente, al otro lado de la colina podemos encontrar afirmaciones de otros tipos y que también representan la movilización hacia el cambio, pero no encajan con tanta facilidad en una de estas categorías. La clave está en afinar el oído para reconocer el discurso de cambio, tanto el preparatorio como el movilizador. Son las señales que las personas suelen utilizar cuando negocian acerca del cambio.

A medida que vaya apareciendo un plan de cambio definido, atienda al lenguaje movilizador. ¿Hasta qué punto tiene la persona intención de ejecutar el plan? ¿Qué está preparada o dispuesta a hacer? ¿Qué pasos ha dado ya para acercarse a su meta?

Intenciones de implementación

La investigación en psicología cognitiva ha explorado el lenguaje que señala el aumento de las probabilidades de que una acción se lleve a cabo. Una de estas formas de discurso se llama *intención de implementación* (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer y Schaal, 1998; Rise, Thomson y Verplanken, 2003), que consta de dos elementos: (1) un plan de acción específico y (2) una verbalización interpersonal de la intención de llevarlo a cabo.

Ambos elementos son importantes. Una intención general (p. e., ser mejor persona) es menos predictiva de conducta que una intención específica (p. e., decir la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad). Al igual que un contrato, la especificidad suele incluir una descripción de la acción concreta que se va a llevar a cabo y del marco temporal en que se ejecutará (p. e., comprar pan de camino a casa al salir del trabajo esta tarde). La descripción de una conducta concreta viene acompañada de un verbo de compromiso que señala la intención de la persona de llevar a cabo esa conducta, en presencia de como mínimo otra persona («Sí, cariño, compraré pan de camino a casa cuando salga del trabajo esta tarde»). Juntos, estos dos elementos forman una intención de implementar.

En el capítulo 20 describimos un método congruente con la EM para desarrollar un plan de cambio específico. Según el principio de especificidad, a un cliente seguramente le será más fácil comprometerse a dar un paso concreto en dirección al cambio que con el objetivo último de cambio en sí mismo.

Dar un paso

«Iré a la farmacia hoy y empezaré a tomarme la medicación.»

«Este mes tengo la intención de adelgazar un kilo y medio.»

«Hoy no beberé ni una copa.»

Objetivo último

«Mantendré el nivel de HbA1c [glucosa en sangre] por debajo de 7,0.»

«Perderé quince kilos.»

«No beberé nunca más.»

Los ejemplos de objetivo último que acabamos de presentar son específicos, y ver si se han satisfecho o no resultaría sencillo; sin embargo, son cambios muy importantes, y es más fácil que la intención de implementar aparezca en relación con metas más modestas y fáciles de alcanzar. Si el plan de cambio es general o ambicioso, resulta útil dividirlo en subobjetivos más pequeños. ¿Cuál podría ser un siguiente paso razonable? ¿Cuándo y cómo se dará ese paso?

Si el plan de cambio es general o ambicioso, resulta útil dividirlo en subobjetivos más pequeños.

Evocar la intención

La planificación para el cambio parece completa cuando la persona puede decir «sí» al plan. Y ese «sí» puede incluir un amplio abanico de lenguaje de activación y de compromiso. Con frecuencia, resulta más fácil obtener lenguaje de activación que compromiso en sí. «¿Qué pasos está *dispuesto* a dar esta semana?» o «¿Qué parte del plan cree que *está preparado* para ejecutar ya?». Así afinamos el plan general en un paso concreto y accesible.

El proceso de recapitulación y pregunta clave que presentamos en el capítulo 19 también puede ser útil ahora, para consolidar el compromiso. Aquí, la recapitulación podría incluir los objetivos más generales de la persona, además del paso o pasos específicos que se hayan comentado y del discurso de cambio movilizador que la persona haya verbalizado. También puede incorporar parte de su discurso de cambio preparatorio, para recordar el «porqué» además del «cómo» del cambio. Tras el sumario, la pregunta clave puede ser, por una vez, una pregunta sí/no que se centre en el compromiso («Entonces, ¿esto es lo que va a hacer?») o la activación («Entonces, ¿es eso lo que está dispuesto a hacer?»). También puede usar una pregunta abierta («¿Cuán dispuesto está a hacerlo?») y preguntar cómo pueden ayudarle usted u otros.

Una vez más, volvemos al caso de Julia para ilustrar el proceso de consolidación del compromiso y empezamos con una recapitulación del plan desarrollado en el capítulo 20.

ENTREVISTADOR: Muy bien, Julia. Permíteme que compruebe que he entendido lo que quieres hacer. La primera vez que hablamos, sentías que estabas perdiendo el control y estabas asustada por la explosión con Ray y por haberte cortado. Tal y como comentamos, muchas de las cosas que te están pasando cuadran con una depresión y parece que una de tus prioridades principales es abordar eso. Sé que hay otros objetivos que también son muy importantes para ti, como entender qué te ha pasado con las relaciones hasta ahora. Sin embargo, parece lógico empezar por hacer algo con la depresión y así poder tener más energía, dormir mejor y sentirte mejor contigo misma. ¿Voy bien?

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Y cuando hablamos de las distintas maneras de aliviar la depresión, identificaste tus patrones de pensamiento como uno de los principales factores que contribuyen a tu malestar. Te expliqué que la terapia cognitivo-conductual es una de las cosas que ha demostrado funcionar bien y planteamos dejar la puerta abierta a otras posibilidades en función de cómo te fuera con la terapia. ¿Sí?

CLIENTE: ¿Cuánto tiempo dura?

ENTREVISTADOR: Es distinto para cada persona, pero lo habitual sería que nos viéramos semanalmente durante un par de meses, probablemente incluso dos veces a la semana al principio.

CLIENTE: ¿Y cuánto tiempo tardaré en encontrarme mejor?

ENTREVISTADOR: De nuevo, depende de la persona, pero dentro de un mes o dos ya deberías estar bastante mejor. Si no es así, valoraríamos otras opciones.

CLIENTE: Como las pastillas.

ENTREVISTADOR: Sí, como la medicación, si parece que es la mejor opción después de la terapia. Trabajaremos hasta que descubramos qué es lo que te va bien. Así que parece que este es nuestro plan. ¿Estás dispuesta a hacer eso, a venir una o dos veces a la semana, trabajar juntos durante unos dos meses, y ver qué tal?

CLIENTE: Sí, me parece bien.

ENTREVISTADOR: Entonces, ¿quedamos así?

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Perfecto, pues empezaremos este jueves. ¿Te va bien a las cuatro de la tarde?

CLIENTE: Sí, me va bien.

Compromiso encubierto

Todo esto parece muy lineal y ordenado: desarrollar un plan de acción claro y pedir un compromiso; es como redactar y firmar un contrato. Lo que hemos explicado hasta ahora acerca de las intenciones de implementación podría implicar que el cambio no tendrá lugar *a no ser* que consigamos que la persona verbalice discurso de compromiso. No creemos en absoluto que *debamos* escuchar discurso de compromiso para que la EM sea efectiva. Escucharemos lo que el cliente esté dispuesto a decir, y presionar para conseguir más compromiso del que la persona puede ofrecer suele ser contraproducente. El tradicional fracaso de las resoluciones de Año Nuevo refleja lo insustancial que es el discurso de compromiso, a no ser que parta de una base de trabajo motivacional previo.

No hace falta escuchar discurso de compromiso para que la EM sea eficaz.

Tanto si el discurso verbalizado lo refleja como si no, la persona está deliberando internamente. Seguimos explorando el bosque del cambio, pasamos de un árbol al siguiente en una línea razonablemente recta. Bajo la superficie, las semillas empiezan a germinar. El discurso de cambio preparatorio puede predecir el cambio, tanto si el compromiso se verbaliza como si no (p. e., Baer, Beadnell *et al.*, 2008; Guame, Gmel, Faouzi y Daeppen, 2009; Moyers *et al.*, 2007, 2009). Hemos aprendido a confiar en el proceso de la EM y en el proceso natural del cambio. Durante uno de nuestros talleres avanzados, un médico nos dijo:

«Antes, cuando atendía a pacientes que tenían que hacer cambios en su estilo de vida, me sentía totalmente abrumado. Era como si mirara el muro de contención de una presa. Sabía que detrás había agua, pero pensaba: “¡No tengo tiempo de derribar la pared piedra a piedra!”. Entonces, cuando aprendí EM, me di cuenta de que no tengo por qué derribar todas esas piedras. Lo único que tengo que hacer es retirar algunas y asegurarme de no añadir más. Entonces, sólo queda apartarme y dejar que el agua haga el resto.»¹

El mero hecho de pronunciar las palabras no da lugar al cambio. De otro modo, bastaría con dar a las personas un guión para que lo leyeran en voz alta y el cambio sucedería por sí solo. Por el contrario, el discurso de cambio preparatorio y movilizador refleja un proceso subyacente que es el proceso normal que da lugar al cambio. La progresión subyacente se refleja tanto en el discurso de cambio como en el cambio en sí. El compromiso sucede cuando la persona se siente preparada, dispuesta y capaz de cambiar. Acepte el nivel de activación y de compromiso que la persona esté dispuesta a ofrecer y refuerce todos los pasos en la dirección adecuada. El agua hará el resto.

Otras maneras de reforzar el compromiso

Los procesos que hemos presentado hasta ahora son muy eficaces a la hora de consolidar el compromiso con el cambio:

- Vincular a la persona en una relación terapéutica de apoyo y colaboradora.
- Enfocar objetivos de cambio claros.
- Evocar las motivaciones de la propia persona para el cambio.
- Desarrollar un plan de cambio específico.
- Determinar qué pasos está preparada y dispuesta a emprender la persona y de qué se siente capaz.

Puede haber otras maneras de reforzar el compromiso con el cambio. Obviamente, un primer recurso para encontrarlas es preguntar al cliente: «¿Qué podría ayudarlo a consolidar su compromiso con el plan de cambio?». Evoque y explore las ideas del cliente.

Una manera habitual es verbalizar el compromiso ante personas importantes para uno: «Si les dijera a mis amigos que quiero dejar de fumar, sería un compromiso muy serio». El cliente puede añadir al anuncio una petición concreta sobre cómo pueden los demás ayudarlo y apoyarle en su compromiso con el cambio. El apoyo social de incluso una sola persona significativa puede facilitar mucho el cambio (Barber y Crisp, 1995; Longabaugh, Wirtz, Zweben y Stout, 1998).

El autorregistro es otra herramienta de autocontrol que ayuda a recordar la meta y a registrar el progreso hacia la misma. Puede adoptar muchas formas: un diario, puntuaciones, sistemas de recuento, pesarse cada mañana... En esencia, se trata de ser consciente de la propia conducta, decisiones y pensamientos. En el caso de Julia, el

terapeuta podría prepararla para la terapia cognitivo-conductual pidiéndole que anotara pensamientos de un tipo concreto cuando aparecieran. El registro supone en sí mismo un paso hacia el cambio y puede facilitar el cambio (Kanfer, 1970a; Safren *et al.*, 2001). Por ejemplo, puede pedirse a las personas que intentan reducir la ingesta de alcohol que lleven un registro detallado de todas las bebidas que contienen alcohol y lo apunten *antes* de beber (Miller y Muñoz, 2005). Los clientes informan de que sacar la tarjeta para anotar una bebida les recuerda su objetivo y puede ayudarles a decidir no tomarla. Se ha visto que el promedio de consumo de alcohol se reduce en un tercio durante la primera semana de autorregistro (Miller y Taylor, 1980; Miller, Taylor y West, 1980).

Si el autorregistro refuerza el compromiso, ¿qué sucede cuando son terceras personas quienes ofrecen apoyo y llevan el registro? En los programas de pérdida de peso, el mero hecho de pesarse una vez a la semana genera una responsabilidad pública que puede resultar útil. Aunque existen farmacoterapias efectivas que ayudan a gestionar los trastornos del estado de ánimo, psicosis y trastornos por abuso de sustancias, uno de los obstáculos más habituales es la falta de adherencia al tratamiento. Se han desarrollado procedimientos que ayudan tanto a los médicos (Borrelli, Riekert, Weinstein y Rathier, 2007; Daley, Salloum, Suckoff, Kirisci y Thase, 1998; Gray *et al.*, 2006; McDonald, Garg y Haynes, 2002; Pettinati *et al.*, 2005) como a los familiares (Azrin, Sisson, Meyers y Godley, 1982; Meyers y Smith, 1995) a controlar y promover la adherencia a la medicación y, de forma más general, a facilitar el cambio de conducta (Bellg, 2003; Harland *et al.*, 1999; Knols, Aaronson, Uebelhart, Fransen y Aufdemkampe, 2005; Mallams, Godley, Hall y Meyers, 1982; Meyers y Wolfe, 2004).

Explorar la reticencia

Explorar las posibles preocupaciones y la reticencia que la persona pueda sentir con relación al cambio también puede ayudar a reforzar el compromiso. Aunque pueda parecer contrario a la EM, porque supone evocar y explorar de forma intencionada el discurso de mantenimiento de la persona, si se hace a partir de la base sólida de compromiso y de motivación que se ha construido durante el proceso de evocación, puede desvelar escollos en el camino hacia el cambio. A continuación tiene algunos ejemplos de preguntas abiertas de este tipo:

- «¿Qué le preocupa de hacer este cambio?»
- «¿Qué podría impedirle ejecutar su plan?»
- «¿Qué dudas se le plantean a la hora de avanzar?»

Entonces, refleje la respuesta del cliente y evite caer en el reflejo de corrección u ofrecer consejos o soluciones que no le hayan pedido. Al contrario, ayude al cliente a que las plantee él mismo.

«¿Y cómo podría asegurarse de no desviarse del plan?»
«Hace falta creatividad para superar eso..., ¿qué se le ocurre a usted?»
«Conociéndose como se conoce, ¿cómo cree que podría gestionarlo?»

De este modo, puede colaborar con su cliente en la resolución de los posibles problemas y obstáculos al cambio. También puede plantear obstáculos o preocupaciones que se le hayan ocurrido a usted:

«Ahora, imagine que ya lleva cuatro días sin fumar. Ha superado casi todo lo peor del mono y está en una terraza, tomándose un café con un amigo que, entonces, saca un paquete, saca un cigarrillo para él y le ofrece otro a usted. De repente, tiene muchísimas ganas de fumar. ¿Qué podría hacer para resistirse?»

«A veces, los pacientes me dicen que se olvidan de tomar la medicación o que cuando comen fuera de casa, no la llevan consigo. ¿Cómo podría asegurarse de tomar la medicación cada día, con el desayuno y la comida?»

Es muy probable que la respuesta del cliente sea más discurso de cambio y, además, así prepara y anticipa estrategias para abordar los puntos más difíciles del cambio. La clave está en que no es usted quien aporta las soluciones (aunque podría, si le invitaran a ello, como explicamos en el capítulo 11), sino que proceden de la persona que conoce mejor al cliente y que, en definitiva, será quien tenga que ejecutarlas.

Puntos clave

- ✓ El desarrollo del plan de cambio no es el paso final, sino tan sólo uno de los primeros.
- ✓ Las intenciones de implementación incluyen tanto un plan de cambio como la intención o el compromiso de ejecutarlo.
- ✓ El estilo clínico de la EM puede ayudar a fortalecer el compromiso con un plan de cambio.
- ✓ El compromiso público, el apoyo social y el autorregistro también pueden reforzar las mejores intenciones.

CAPÍTULO 22

APOYAR EL CAMBIO

Si no cambias de dirección, puedes terminar en el lugar al que te diriges.

LAO-TSÉ

El cambio no llegará si esperamos a otra persona o a otro momento. Nosotros somos lo que hemos estado esperando. Nosotros somos el cambio que buscamos.

BARACK OBAMA

En cierto modo, la EM termina cuando el cliente se compromete con un plan de cambio. Vista así, la EM es algo que se puede hacer al principio de un tratamiento para promover el impulso hacia el cambio. Nosotros mismos lo hemos dicho en más de una ocasión: abandonamos la EM cuando llega el momento de pasar a la acción y llevar a cabo el cambio (p. e., Miller y Moyers, 2006).

Y, sin embargo, los médicos que aprenden EM no suelen experimentarla así, no perciben que esté desconectada del resto de su actividad. Puede haber, al menos, dos motivos para esto. El primero es que el espíritu y los métodos que caracterizan la EM pueden aplicarse de forma más general a toda la práctica clínica. Efectivamente, Carl Rogers (1959, 1980b) enseñaba que posicionarse ante las personas con una actitud centrada en el cliente no sólo es necesario para promover el cambio, sino que puede ser suficiente. Por lo tanto, como mínimo algunos aspectos de la EM pueden permear todo el trabajo clínico. Un segundo motivo es que, con frecuencia, el cambio no es un proceso lineal. La motivación para iniciar y persistir en el cambio fluctúa con el tiempo y en función del grado de disposición de la persona. Desde la perspectiva del cliente, tomar la decisión no es más que el principio del cambio.

El espíritu y los métodos que caracterizan a la EM pueden aplicarse de forma más general a toda la práctica clínica.

En este capítulo, nos centraremos en la utilidad de los cuatro procesos de la EM que hemos presentado anteriormente una vez que ya se ha suscitado un plan de cambio inicial y la persona ha decidido ejecutarlo. Nos planteamos añadir un quinto proceso, el de aplicación, pero como en última instancia es el cliente quien lleva a cabo cualquier cambio, nos pareció que bastaba con incluir la función interpersonal del terapeuta en el cuarto proceso de la EM (planificar).

Antes de seguir, queremos insistir en que hay personas que necesitan poca o ninguna ayuda adicional una vez que han decidido hacer el cambio. Esta fue una de las conclusiones no previstas de las primeras investigaciones que llevamos a cabo (capítulo 27): con frecuencia, la EM conducía al cambio sin necesidad de más tratamiento. En retrospectiva, ahora vemos que no debería habernos sorprendido; la sorpresa fue consecuencia de que sobrestimamos la necesidad y el deseo de ayuda de la persona para cambiar una vez que ha decidido que va a hacerlo. Sin embargo, también hay clientes que quieren apoyo y ayuda continuada durante todo el proceso de cambio. El estilo y el espíritu de la EM siguen siendo útiles, y acompañan a muchas otras habilidades y herramientas clínicas que se usan para facilitar que la persona avance a lo largo de la ejecución del cambio.

Promover la persistencia

Aunque hay cambios que suceden rápidamente, muchos otros necesitan atención y esfuerzo sostenidos en el tiempo. Las personas con sobrepeso anhelan adelgazar con rapidez, pero, para que el cambio sea estable, quizás deban perder entre 250 gramos y 500 gramos a la semana durante muchos meses, seguido de cambios permanentes en el estilo de vida para mantener el peso alcanzado. Superar la depresión o los problemas de pareja también puede requerir bastante tiempo. El tratamiento efectivo de algunos trastornos exige persistir en tratamientos difíciles, incómodos o incluso dolorosos (Slagle y Gray, 2007). La adherencia al tratamiento puede suponer tener que soportar efectos secundarios desagradables durante cierto tiempo. Y, aunque a veces podemos tener clarísimo qué debe hacer el cliente, no resulta tan fácil ver cómo ayudarlo a desarrollar la persistencia necesaria (Arkowitz *et al.*, 2008; Westra, 2012).

Luego está la cuestión de los contratiempos. El cliente avanza muy bien y, de repente, sucede algo. Puede ser una crisis familiar, una visita inesperada, un accidente, una pérdida... A veces no es más que la reaparición de patrones de conducta anteriores: el problema de las resoluciones de Año Nuevo. Cuando las personas se fijan una meta de perfección absoluta en blanco y negro (p. e., «No comeré más dulces»), la primera transgresión puede desencadenar una pérdida de control (Baumeister *et al.*, 1994; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980). Una vez que se ha transgredido la norma, parece que ya no hay nada que perder. El propio término de *recaída* es una etiqueta peyorativa que implica que sólo hay dos estados posibles: la perfección o la recaída (Miller, 1996).

Así, puede resultar muy útil anticipar los contratiempos, normalizarlos y evitar que echen por tierra todo el plan de la persona. Este tipo de ayuda puede ser muy útil a la hora de mantener el cambio.

Por otro lado, hay cambios que modifican significativamente el estilo de vida o el autoconcepto. Verse como no fumador es distinto a pensar en uno mismo como en un fumador que se ha tomado unas vacaciones del tabaco. Para promover el cambio en sus hijos, es posible que los padres no sólo deban hacer las cosas de una manera distinta, sino que también deban reevaluar qué piensan y qué esperan de ellos. Los cambios importantes en el estilo de vida pueden tener consecuencias inesperadas y plantear dificultades nuevas. También hay momentos en que uno se plantea si es mejor seguir avanzando hacia el cambio o aceptar que las cosas son como son. Los miembros de Alcohólicos Anónimos buscan «serenidad para aceptar todo aquello que no puedo cambiar, fortaleza para cambiar lo que soy capaz de cambiar y sabiduría para apreciar la diferencia». El apoyo continuado puede ser útil cuando uno se encuentra con estas consecuencias, con frecuencia inesperadas, de la aplicación del cambio.

EL ESPÍRITU Y EL ESTILO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Entendida en su sentido más amplio, el espíritu que subyace a la EM también puede promover la persistencia durante un proceso de cambio complicado. Las habilidades centradas en el cliente de la empatía precisa, el afecto incondicional y la honestidad se han relacionado positivamente (aunque de forma modesta) con el cambio en el cliente, con una variación significativa entre estudios (Bohart *et al.*, 2002; Norcross, 2002). El terapeuta puede seguir evocando el conocimiento y las soluciones del propio cliente cuando surgen las dificultades, en lugar de adoptar un estilo directivo. La afirmación y la autoafirmación pueden reforzar la confianza y la persistencia del cliente. La imperfección puede reenmarcarse como un progreso parcial y, así, permite reforzar los pasos que se han dado. El modo de posicionarse ante las personas que describió Rogers (1980b) puede apoyar a los clientes durante la ejecución del cambio.

El estilo de la EM también apoya la responsabilidad del cliente en relación con el proceso de cambio. ¿De quién es el plan que se aplica? ¿Qué hace falta para aplicarlo? Dado lo que el cliente sabe de sí mismo, ¿qué le parecería un siguiente paso razonable? En cierto sentido, todo cambio es un cambio personal, del que los terapeutas son, en ocasiones, testigos y facilitadores privilegiados.

Todo cambio es un cambio personal, del que los terapeutas son, en ocasiones, testigos y facilitadores privilegiados.

RECUADRO 22.1. Reflexión personal sobre la identidad

Yo solía hacerlo con frecuencia. Me parecía más importante reflexionar sobre el cambio que sobre mi conducta concreta. Me di cuenta de que había momentos de tranquilidad en los que reflexionaba sobre el cambio, a veces junto a un profesional. Lo que me ayudó fue darme cuenta de que la conducta me permitía «llenar un vacío en el alma». Una vez que acepté que yo era así, me resultó más fácil hacerlo menos. Empezaba a aceptarme más, ya no peleaba tanto conmigo mismo. ¿Era posible que se tratara de un proceso natural de maduración? Me resultó extraordinariamente útil contar con un profesional que me dejaba espacio para preguntarme en voz alta cómo sería cambiar, y que disfrutaba conmigo de la tranquilidad que sentía cuando avanzaba. No era, y no es, sólo la conducta. Tenía que ver también con mi percepción de quién soy como persona.

SR

RECUADRO 22.2. Reflexión personal: aprender terapia conductual

El programa de formación de la Universidad de Oregón insistía mucho en los enfoques cognitivo-conductuales del tratamiento psicológico, aunque también nos enseñaron el estilo centrado en el cliente de Carl Rogers. Cada uno de los clínicos que nos daban clase tenía un grupo de prácticas activo que aplicaba terapia conductual en un área concreta. Esto nos proporcionó un conocimiento que iba más allá del que podíamos obtener de las clases y las lecturas. Teníamos la oportunidad de poner a prueba, bajo supervisión, las habilidades que adquiríamos en clínicas comunitarias; observábamos el trabajo de los compañeros; y, cada semana, hablábamos con ellos y con nuestros supervisores acerca de nuestra experiencia práctica y de las dificultades con que nos encontrábamos.

Uno de los grupos en los que participé se centraba en la terapia familiar conductual. Las cuestiones básicas de cómo los padres debían registrar la conducta de sus hijos y reforzar los elementos adecuados (Miller y Danaher, 1976) me resultaban sencillas. Sin embargo, cuando intentaba ayudar a las familias a llevarlo a cabo me encontraba con muchos obstáculos. Los deberes no sólo eran un problema para los hijos, sino también para los padres. Volvían con registros incompletos o incluso sin registro alguno. No leían lo que se les pedía. E incluso aunque la conducta del niño mejorara, los padres seguían mostrándose pesimistas. Hacía lo que los libros me decían que hiciera, pero no me funcionaba.

Entonces, tuvimos el privilegio de visitar el Instituto de Investigación de Oregón, donde pudimos observar a Gerald Patterson, el abuelo de la terapia familiar conductual, en acción. Utilizaba los procedimientos que él mismo había descrito (Patterson, 1974, 1975), pero también hacía muchas más cosas. Era un hombre afectuoso, amable y compasivo que escuchaba con empatía los problemas y las preocupaciones de sus clientes. Utilizaba un lenguaje muy sencillo y fácil de entender y las familias lo adoraban. Hacían lo que les sugería, en parte por quién era él como persona. Estos aspectos relacionales son cruciales en la práctica terapéutica y con demasiada frecuencia se pasan por alto en los manuales de psicoterapia. «¡Así se hace!», pensé. Nos permitió escuchar la música que acompañaba a la letra. Cuando reanudé las prácticas, intenté trabajar de esa manera y funcionó mucho mejor.

WRM

En el capítulo 3, insistimos en que los cuatro procesos de la EM no son una secuencia lineal y unidireccional. Durante la ejecución del cambio es muy habitual regresar a procesos anteriores y reevaluarlos. A continuación, reflexionaremos sobre cómo podríamos volver a cada uno de los cuatro procesos para promover la persistencia en el cambio.

Replanificar

Posiblemente, el proceso al que se regresa con más frecuencia durante la ejecución del cambio es el de planificación, cuando parece que algo falla o, como mínimo, que necesita algún ajuste.

«¿Y ahora qué?» suele ser una buena pregunta. Los cambios suelen consistir en aproximaciones sucesivas, en una serie de pasos pequeños en la dirección correcta. Es fácil sentirse abrumado al pensar en una meta de cambio amplia, pero plantearse un paso pequeño en esa dirección resulta mucho más manejable. Decidir cuál es el paso siguiente es un proceso de colaboración, en el que la experiencia propia se combina con la del cliente. Por supuesto, al final depende de la persona dar el paso o no. Es su prerrogativa y manifiesta su autonomía. Incluso a riesgo de que las consecuencias sean graves, el cliente «no tiene que» pasar a la acción. Siempre es una decisión. ¿Cuál es el siguiente paso?

Otra de las preguntas habituales es «¿Y qué hacemos con esto?», que suele seguir a un contratiempo, a una interrupción inesperada o a un obstáculo al cambio. ¿Habría que ajustar el plan para impedir que esto se repita en el futuro? ¿Cómo reanudará el camino la persona? A veces, ante un obstáculo, hay que modificar el plan.

Y luego tenemos «¿Y qué más?». Si algo no funciona, ¿qué otra cosa podríamos probar? ¿Qué podría funcionar? En este caso, es posible que no baste con modificar el plan original, sino que debamos reformularlo desde el principio.

A la hora de replanificar, aplique los mismos métodos que hemos descrito en los capítulos anteriores, en los que hemos abordado el proceso de planificación. No sucumba al reflejo de corrección ni recurra al estilo directivo. Suscitar un plan de cambio es un proceso colaborativo cuyas claves están en las ideas y recursos del cliente (capítulo 20). Si han tenido que desarrollar un plan nuevo, presente una recapitulación del mismo al cliente y pídale que confirme que lo acepta (capítulo 21). Explore las reticencias que exprese el cliente, verbalmente o no, y pregúntele cómo respondería a los obstáculos previsibles.

Recordar

A veces, el obstáculo para el cambio está en que el compromiso con la meta se tambalea. ¿De quién es el objetivo? Incluso con un plan sólido, el cliente puede no parecer demasiado seguro de si acometer el objetivo para el que se ha diseñado. Podríamos haber titulado este apartado «reevocar», porque se trata de regresar al proceso de evocación, o «recomprometerse», porque se trata de renovar el compromiso anterior. Ambos términos hubieran sido adecuados, pero preferimos el término más cotidiano de «recordar». Se trata de recuperar, de reactivar la conciencia de la libertad con que se tomó la decisión y de las razones que llevaron a la misma. Un sencillo proceso de comprobación («¿Aún quiere/necesita/decide hacer esto?») puede indicarle si es necesario volver a evocar o no. Es posible que la persona necesite volver a escuchar sus propios argumentos para el cambio (DARN). Por ejemplo, puede ofrecerle una recapitulación del discurso de cambio que haya verbalizado anteriormente. Evite el tono «Permítame que le recuerde...», que supone confrontar directamente al paciente con la discrepancia. Este tipo de «recuerdo» tiene muchas probabilidades de evocar discordancia. Por el contrario, podría empezar así: «Si le parece, intentaré recordar los motivos que me dio para hacer este cambio y, entonces, puede decirme si siguen siendo importantes para usted o no». Puede recuperar la escala de importancia para evaluar posibles cambios en las puntuaciones y, de nuevo, evocar por qué la persona está en ese número y no en cero.

A veces, la pérdida de confianza socava la importancia. Los intentos fallidos pueden dañar la sensación de autoeficacia en relación con el cambio. Resulta muy incómodo prestar atención a una discrepancia cuando uno no está seguro de poder hacer nada para remediarla. Las dudas sobre la autoeficacia pueden llevar a la racionalización de que, en realidad, el objetivo tampoco era tan importante o no era realista. La escala de confianza puede darnos información en este sentido, y las herramientas para corregir las crisis de confianza (capítulo 16) pueden resultar muy útiles aquí.

El objetivo de recordar es revisar y renovar la intención de la persona de perseguir el objetivo u objetivos identificados. ¿Aún quiere avanzar en esa dirección? En caso afirmativo, vuelvan al proceso de planificar y reflexionen sobre cuál podría ser el mejor modo de avanzar; si procede, suscite la intención de implementación. En caso negativo, es muy probable que deban volver al proceso de enfocar.

Reenfocar

Cuando el proceso es largo, es habitual que el foco cambie. Alcanzar un objetivo puede dar lugar a otro. Los esfuerzos para cambiar pueden revelar una preocupación más urgente o subyacente a la que hay que prestar atención. La persona puede decidir no perseguir un objetivo que antes le parecía importante. El cambio de circunstancias también puede alterar las prioridades. Cuando no sólo hay que renovar el compromiso con el objetivo, sino que hay que modificarlo, hay que reenfocar.

Si el cliente no parece tener un foco alternativo destacado, es posible que tengan que volver a aclarar las prioridades. La exploración de valores que explicamos en el capítulo 7 puede ser una herramienta útil en esta situación. Enfocar es un proceso que se basa en la elección y, tal y como hemos dicho en el capítulo 9, el abanico de metas posibles puede surgir del cliente, del contexto o del terapeuta. ¿Cuál será el foco de la consulta? ¿Pueden avanzar juntos hacia metas concretas? Cuando hayan decidido un foco claro, pasen a evocar y a planificar.

¿Y si el cliente utiliza los cambios de foco para evitar el cambio? Obviamente, es su prerrogativa: puede decidir no llevar a cabo un cambio concreto de momento. Cuando nos encontramos en esta situación, nosotros tendemos a plantearlo abierta y directamente. ¿La persona ha decidido realmente que hay otro foco más importante que el cambio que se había planteado hasta el momento? Evite plantear la cuestión de forma acusatoria («Evita hacer lo que debe hacer, porque es muy difícil»), porque volvería al modelo de experto que da a entender que usted sabe mejor que el cliente lo que le conviene. El cliente tiene una potestad irrevocable de decidir qué tipo de cambio quiere conseguir, si es que quiere conseguir alguno. Si le preocupa que el cliente no sea consciente de estar evitando el cambio, plantee lo que le preocupa (con permiso). El objetivo es hacer consciente y explícita la decisión que la persona toma de forma autónoma, sin culparla ni avergonzarla, sino reconociendo y respetando su poder de decisión.

También es posible que el cliente se plantee seguir o no en la relación terapéutica. En este caso, es posible que deban pasar a revincular, proceso que también puede ser oportuno cuando al menos un foco de la consulta no es negociable, como en la libertad condicional o en los servicios de protección al menor.

Revincular

Cuando un cliente parece desvinculado o da la impresión de que se está desvinculando, hay que recuperar los métodos descritos en la parte II. Pedir *feedback* regular a los clientes después de cada visita puede proporcionar señales tempranas de desvinculación (Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen y Hawkins, 2001; S. D. Miller, Duncan, Brown, Sorrell y Chalk, 2006; S. D. Miller, Duncan, Sorrell y Brown, 2005). Sin vinculación es muy difícil avanzar en ninguno de los otros procesos de la EM.

Si percibe señales de desvinculación, tome la iniciativa. Es importante poner en práctica las habilidades PARS (capítulos 5 y 6). Si el cliente se salta una visita, póngase en contacto con él para restablecer el contacto. Una sencilla llamada, una nota manuscrita o cualquier otro tipo de comunicación expresa que sigue comprometido con la relación terapéutica. Pregúntele a su cliente cómo podría ayudarle o apoyarle más en el proceso de cambio. Si recupera un nivel de vinculación razonable, pasen a reenfocar.

Otro tipo de apoyo que puede prestar es hacer un seguimiento una vez terminada la consulta. Hay muchos tipos de cambio que exigen perseverancia a largo plazo, y es habitual que los clientes tarden en volver a pedir ayuda cuando surgen problemas. Por ejemplo, con las conductas adictivas, es muy probable que haya recaídas entre tres y seis meses después de la consulta inicial, por lo que los contactos rutinarios de seguimiento pueden evitar que el cliente pierda todo lo que ha conseguido (Miller *et al.*, 2011). Del mismo modo, mantener los contactos de apoyo puede ser crucial cuando se trata de cambios en el estilo de vida para abordar la diabetes, la pérdida de peso, las enfermedades cardiovasculares u otras dificultades de autogestión a largo plazo.

Si percibe señales de desvinculación, tome la iniciativa.

Integrar la entrevista motivacional con otros enfoques

Como la EM es un estilo clínico para las conversaciones sobre el cambio, puede integrarse en un amplio abanico de métodos de tratamiento específicos. Por ejemplo, se ha combinado con la terapia cognitivo-conductual (Buckner y Schmidt, 2009; Marijuana Treatment Project Research Group, 2004; Westra, 2012) y con las orientaciones transteórica (Erol y Erdogan, 2008; Moe *et al.*, 2002; Velasquez, Von Sternberg, Dodrill, Kan y Parsons, 2005) y Gestalt (Engle y Arkowitz, 2005). La EM también se ha usado para aumentar la retención y la adherencia tanto a tratamientos médicos como a procesos de psicoterapia (Baker y Hambridge, 2002; Heffner *et al.*, 2010; Hettema *et al.*, 2005; Olsen, Smith, Oei y Douglas, 2012). En este sentido, la EM puede ser más que un prelude para otros tratamientos. Tal y como hemos explicado en este mismo capítulo, la EM puede aplicarse en todas las etapas del cambio para facilitar la vinculación, el foco y la motivación, y para ajustar la planificación en respuesta a las dificultades que surgen a lo largo del proceso. El modo de integrar la EM en otros enfoques aún se encuentra en una fase relativamente inicial de desarrollo, pero para nosotros tiene mucho más sentido que considerar la EM como un tratamiento alternativo e independiente que compite con otras orientaciones.

El caso de Julia: resolución

Iniciamos una terapia cognitiva para tratar la depresión de Julia. Se adhirió muy bien al proceso; hizo las tareas en casa; llevó diarios de sus pensamientos y de las emociones resultantes; generó discurso interno positivo para practicarlo cuando empezara a criticarse («A ver, un momento...») y reforzar así sus recursos y su valor inherente; y empezó a sentirse significativamente mejor. Aunque durante el proceso de tratamiento la falta de

motivación jamás fue un problema, anhelaba una explicación que diera sentido a su experiencia. Aunque se daba cuenta de que cambiar su discurso interno la ayudaba a mantener un estado de ánimo más positivo, quería entender por qué tenía tantas dificultades en las relaciones de pareja y temía que el patrón volviera a repetirse. Entonces, durante nuestra octava sesión, seguí (WRM) el impulso de preguntarle:

ENTREVISTADOR: Julia, ¿cómo era tu padre?

JULIA: Siempre estaba fuera. Viajaba mucho, pero cuando estaba en la ciudad solía venir por la noche. Mis hermanas y yo siempre nos alegrábamos de verlo y, a veces, nos contaba cuentos. No era muy cariñoso, físicamente quiero decir. No nos abrazaba mucho y tampoco nos daba muchos besos. No demostraba cariño.

ENTREVISTADOR: Os quería, pero no lo exteriorizaba, era muy reservado.

JULIA: Sí. Es como si le diera miedo..., como si tuviera miedo de acercarse demasiado.

ENTREVISTADOR: Así que a veces os preguntabais si os quería de verdad o no.

JULIA: No, en realidad no. Pero hubiera estado bien que nos lo demostrara más. Ni siquiera era cariñoso con mi madre. Al menos por lo que yo pude ver.

ENTREVISTADOR: Como si le incomodara. Necesitaba mantener la distancia.

Se quedó en silencio y vi que se daba cuenta. Empezó a llorar, y esperé. Tras unos momentos, rompió el silencio: «¡Dios mío! Estoy intentando que mi padre me quiera y me lo demuestre». Fue un momento de *insight** clásico y satisfizo su necesidad de entender lo que le pasaba.

Julia me recordó, una vez más, que las personas saben mucho acerca de sí mismas. Yo no estaba seguro de que el *insight* pudiera ayudarla, pero permanecí abierto a la posibilidad y, al final, fue lo que le permitió cerrar la herida. Además, me ayudó con varios otros clientes que tuve luego y que también presentaban un patrón recurrente de dificultades relacionales. Su historia personal la llevaba a elegir una vez tras otra a la pareja equivocada. Se sentía atraída por hombres a quienes les costaba expresar las emociones y tenía la fantasía de que, de algún modo, conseguiría «llegar» a la persona cálida y afectuosa que había en su interior. Pero cuando la relación avanzaba y no obtenía el afecto que anhelaba, empezaba a presionar cada vez más. La respuesta natural de su pareja ante este patrón de exigir-se apartarse era alejarse más, lo que aumentaba la frustración de ella hasta que, al final, estallaba en un cataclismo de rabia. Seguimos viéndonos durante unas semanas más y empezó a quedar con hombres con los que quizás había menos «química» inicial, pero que eran cálidos y afectuosos. Las relaciones le resultaban menos intensas, pero mucho más satisfactorias.

Puntos clave

- ✓ El estilo fundamental de la EM es útil durante toda la ejecución del cambio y, por ejemplo, promueve la persistencia.
- ✓ La EM integrada exige ser flexible y regresar las veces que sea necesario a los procesos de planificar, evocar, enfocar y vincular.
- ✓ La EM se integra con facilidad con muchas otras orientaciones terapéuticas, y puede reforzar la retención y la adherencia al tratamiento.

PARTE VI

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LA PRÁCTICA COTIDIANA

La entrevista motivacional es muy sencilla, pero no fácil. Los procesos de cambio que se suceden son naturales y todos los conocemos y reconocemos de forma intuitiva. Quizás esto explica por qué la EM resulta tan atractiva en tantos ámbitos. Y, sin embargo, la práctica de la EM exige integrar habilidades bastante complejas. La escucha reflexiva ya es todo un arte. Cuando observamos a alguien a quien se le da bien, nos parece algo fácil y tan natural como respirar. Hasta que lo intentamos nosotros. Se trata de habilidades que podemos ir perfeccionando a lo largo de toda nuestra carrera.

La EM es, por otro lado, sólo una de la amplia gama de competencias que todo terapeuta pone en práctica a diario. La dificultad adicional estriba en integrar la EM con otras competencias, de modo que podamos usarlas con flexibilidad y entretejerlas en respuesta a las necesidades del cliente. Y luego está el reto de aplicar la EM en programas o sistemas: los tratamientos eficaces necesitan estrategias de aplicación igualmente eficaces si han de expresarse y mantenerse en sistemas estables.

Estos son algunos de los temas que abordaremos en la parte VI, que iremos desvelando como si quitásemos las capas de una cebolla, una a una. Empezaremos por la experiencia interna del terapeuta durante la práctica de la EM (capítulo 23). Luego, trataremos de las dificultades a la hora de dominar este método clínico (capítulo 24) y de aplicarlo en la práctica (capítulo 25). Y, finalmente, describiremos cómo podemos aplicar la EM en sistemas y en cómo, a su vez, las estructuras organizacionales pueden facilitar (o entorpecer) una práctica congruente con la EM (capítulo 26).

CAPÍTULO 23

LA EXPERIENCIA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

En teoría, no hay diferencia entre la teoría y la práctica. En la práctica, la diferencia es abismal.

DEAN FIXSEN

Una imagen vale más que mil palabras.

NAPOLEÓN BONAPARTE

Una vez explicados los cuatro procesos que componen la EM, pasamos ahora a centrarnos en algunos de los temas que pueden surgir cuando los terapeutas la ponen en práctica. Los presentaremos en forma de cuatro preguntas que usted mismo podría plantearse a medida que adquiriera experiencia práctica con este estilo:

1. «Cómo sé cuándo estoy haciendo una EM y cuándo no?»
2. «¿Cómo encajan los cuatro procesos en la práctica?»
3. «¿Cuán breve puede ser la EM?»
4. «¿Qué pasa con mi experiencia interna?»

Conciencia: «¿Cómo sé cuándo estoy haciendo una EM y cuándo no?»

Podemos definir, describir e incluso cuantificar (capítulo 28) la EM, pero ¿cómo se detecta y cómo se experimenta en la práctica? Si la definimos como un estilo, los paralelismos entre la EM y el baile son asombrosos. Por ejemplo, ¿cómo sabemos que alguien está bailando un tango? Si se hace bien, es casi imposible no reconocerlo. Las espaldas están erguidas, los rostros se orientan al unísono y los cuatro pies se mueven como si pertenecieran a la misma persona. Si se trata de otro estilo de baile, por ejemplo flamenco, es muy fácil ver que no se trata de tango. Obviamente, se pueden fusionar estilos distintos, pero pocos profesores de baile recomendarían intentarlo antes de dominarlos por separado.

BUSQUE LA DIFERENCIA

¿Qué diferencias encuentra entre las dos entrevistas siguientes? Ambas conversaciones empiezan en el mismo punto, pero a partir de ahí aparecen muchas diferencias, tanto técnicas como de estilo. La situación es la siguiente: a un médico le preocupa que un paciente de ochenta y pocos años esté deprimido tras haber sufrido un ictus leve en el hemisferio derecho hace dos semanas. Una de las enfermeras se ofrece a hablar con él acerca de su futuro antes de que le den el alta, para valorar la posibilidad de derivarle al servicio de psiquiatría. Pregúntese si la enfermera está haciendo EM. ¿Cómo lo sabe?

Enfermera A

CLIENTE/PACIENTE: Me preocupa irme a casa, no sé ni por dónde empezar.

ENTREVISTADORA: Es comprensible que alguien que ha sufrido un ictus como usted se sienta así. Seguro que mejorará mucho. Sólo han pasado dos semanas y aún puede recuperar mucha movilidad durante los próximos doce meses. ¿Ha trabajado con el fisioterapeuta de la planta?

CLIENTE: Sí, pero es que vivo solo... y ahora ni siquiera puedo caminar bien. No sé cómo me las voy a arreglar.

ENTREVISTADORA: Bueno, le he asignado un fisioterapeuta para que venga a visitarle a domicilio durante un tiempo y también le he concertado una cita con el trabajador social, para que puedan hablar de cómo irán las cosas en casa. Desde nuestro punto de vista, aquí en la planta, se está recuperando muy bien y creemos que durante los próximos meses seguirá recuperando funcionalidad, por lo que, muy probablemente, el día a día le irá siendo más fácil poco a poco.

CLIENTE: Echo de menos a mis amigos.

ENTREVISTADORA: Tenemos grupos de apoyo para pacientes ambulatorios en recuperación. Podría venir y así, haría nuevos amigos y podría hablar sobre lo que supone recuperarse de un ictus. Sé que otros pacientes que han ido lo han encontrado muy útil. ¿Le interesaría?

CLIENTE: Pues no lo sé... Antes iba a jugar al golf varias veces a la semana y luego iba al club social para tomarme una copa. Pero ahora ni siquiera puedo andar bien.

ENTREVISTADORA: No se preocupe. Poco a poco se irá encontrando mejor. Además, esas copas seguramente no le iban nada bien. La trabajadora social le ayudará y, si lo necesita, también podemos programar una visita del terapeuta ocupacional, para que le ayude a asimilar todos los cambios. Es muy importante que cada día se esfuerce un poco más, para moverse y hacer cosas normales, como asearse, salir a pasear y esas cosas. Eso también le ayudará a encontrarse mejor.

CLIENTE: Ya, gracias, pero es que ese es el problema, precisamente. Que no puedo ni imaginarme haciendo todas esas cosas. Es demasiado.

ENTREVISTADORA: Bueno, hay que ir día a día. Si quiere, puedo pedir a uno de los psicólogos del hospital que venga a hablar con usted, porque veo que la situación lo tiene muy abatido.

CLIENTE: ¿Y usted no estaría abatida? ¿Cómo me va a ayudar un psicólogo? No lo entiendo.

ENTREVISTADORA: A ver..., el psicólogo puede ayudarle a adaptarse mejor a todos estos cambios y a estar lo mejor posible en esta situación. Tienen mucha experiencia en casos como el de usted. Seguro que le irá bien.

CLIENTE: Yo no estoy tan seguro.

ENTREVISTADORA: Bueno, espere a haber tenido unas sesiones con el fisioterapeuta, el trabajador social y el psicólogo. Acaba de empezar y hace falta tiempo para recuperarse de un ictus como el que ha sufrido usted. Lo que necesita es ser paciente.

CLIENTE: Es que no veo cómo podré recuperar mi vida...

Enfermera B

CLIENTE/PACIENTE: Me preocupa irme a casa, no sé ni por dónde empezar.

ENFERMERA/ENTREVISTADORA: Parece que esta situación lo abruma.

CLIENTE: Sí. Es que vivo solo, ¿sabe?

ENTREVISTADORA: Y no sabe cómo será su vida ahora que ha tenido este ictus.

CLIENTE: Claro, me gusta jugar al golf y tomarme una copa con los amigos. ¿Cómo voy a recuperar esa vida si ni siquiera puedo caminar bien?

ENTREVISTADORA: Se le hace muy cuesta arriba.

CLIENTE: Sí, exacto. Más que una cuesta, una montaña entera. El médico me dijo que aún puedo mejorar, pero que hay que esperar a ver cómo va todo.

ENTREVISTADORA: Aún falta mucho tiempo y tiene mucho margen de recuperación.

CLIENTE: Sí, es lo que dice el médico. Sólo han pasado dos semanas.

ENTREVISTADORA: Y en esas dos semanas ya ha avanzado mucho. ¿Qué cree que le ayudaría más ahora?

CLIENTE: No sé..., pero gracias. Tengo que ver cómo recuperar mi vida y avanzar, aunque sólo sea por mis nietos. Han venido a verme esta mañana. Me he alegrado mucho.

ENTREVISTADORA: Le gusta estar con ellos.

CLIENTE: Cuando se han ido me he puesto a llorar y todo. Y he decidido que tengo que mejorar, pero entonces la realidad me da dado un bofetón: ¡ni siquiera puedo ir solo al servicio!

ENTREVISTADORA: Su independencia es muy importante para usted.

CLIENTE: Claro, y quiero salir con mi grupo de golf. Fui yo el que nos juntó a los cuatro hace casi cuarenta años.

ENTREVISTADORA: ¡Caramba! Son sus amigos desde hace mucho tiempo.

CLIENTE: Sí, y vinieron a verme ayer. Me gustó mucho verlos.

ENTREVISTADORA: Seguro que quieren que vaya con ellos, sea como sea.

CLIENTE: Pero no veo cómo. Y eso me apena mucho.

ENTREVISTADORA: ¿Cómo podría mantener el contacto con ellos mientras se recupera?

CLIENTE: Bueno, vendrán a verme, eso seguro. Y, no sé..., quizás podamos hacer otras cosas juntos.

ENTREVISTADORA: ¿Otras cosas? ¿Por ejemplo?

CLIENTE: Bueno, aunque no pueda jugar los dieciocho hoyos, supongo que podré tomarme una copa y jugar a las cartas con ellos.

ENTREVISTADORA: Así que es como si tuviera que escalar una montaña. Le parece tan difícil que casi no puede ni imaginarlo, todo es muy nuevo. Y tiene buenos amigos que pueden acompañarle en el viaje. ¿Es así, más o menos?

CLIENTE: Sí, me siento así.

ENTREVISTADORA: A ver..., ¿qué le parece si vuelvo mañana por la mañana, que estaré de guardia, traigo unas tazas de té y hablamos un poco más sobre cómo subir esa montaña? ¿Le apetece?

CLIENTE: Sí, muchas gracias. Me irá muy bien. Hablar de ello me ayuda.

Entrevista motivacional, ¿sí o no?

Queda claro que tanto la enfermera A como la enfermera B están preocupadas por el paciente y quieren ayudarlo. Ambas conversaciones duran aproximadamente lo mismo y es posible que ambas enfermeras creen que están llevando a cabo una EM. Pero ¿es así? ¿Cómo lo sabe? A continuación, encontrará algunas preguntas a partir de las que reflexionaremos sobre los cuatro procesos de la EM.

1. ¿Cómo ha sido la vinculación? ¿Cuán interesada parecía estar la enfermera en entender el punto de vista del paciente? ¿Qué calidad ha tenido la escucha reflexiva? ¿Cuán vinculado cree que se ha sentido el paciente durante la conversación? ¿Se han sentado las bases para seguir hablando? En términos de técnica, la enfermera A ha formulado dos preguntas cerradas y no ha ofrecido ningún reflejo. La enfermera B ha ofrecido nueve reflejos y ha formulado tres preguntas abiertas antes de cerrar: una proporción de 3 a 1 de reflejos frente a preguntas. La escucha de calidad no sólo no ha exigido más tiempo, sino que podríamos argumentar que lo ha ahorrado, porque ha permitido a la enfermera B acercarse al meollo de la cuestión. A veces, *no* escuchar puede alargar el proceso.

2. ¿Se ha establecido un foco claro? Ambas conversaciones se han centrado en cuestiones relacionadas con la recuperación del ictus. La enfermera B se ha centrado en la relación del paciente con sus compañeros de golf, un tema algo más específico y cuya

importancia para el paciente resulta obvia.

3. ¿La entrevistadora ha evocado discurso de cambio? Con la enfermera A, el paciente sólo ha verbalizado discurso de mantenimiento, y el discurso de cambio ha estado totalmente ausente. Mediante la escucha reflexiva y las preguntas abiertas, la enfermera B ha conseguido evocar discurso de cambio (¿lo ha identificado?), y el paciente parecía más activo e implicado en la conversación. En concreto, la enfermera B ha formulado tres preguntas abiertas, cuyas respuestas esperadas serían discurso de cambio:

«¿Qué cree que le ayudaría más ahora?»

«¿Cómo podría mantener el contacto con ellos mientras se recupera?»

«¿Otras cosas? ¿Como qué?»

4. ¿Ha habido una planificación colaborativa? Es muy posible que la mayor diferencia entre las dos conversaciones radique en el alcance y el estilo de la planificación. La enfermera A se lanza directamente a ofrecer consejo y soluciones (sin pedir permiso ni una sola vez). El reflejo de corrección es flagrante y el paciente no parece haber quedado demasiado impresionado por las ideas que se le han dado. Por el contrario, la enfermera B no da ni un solo consejo (ni se lo piden). En su lugar, formula las tres preguntas abiertas que acabamos de destacar, para suscitar las ideas del propio paciente.

Con estas cuatro consideraciones en mente, parece que está claro que la segunda conversación ha sido una EM, mientras que la primera no. La enfermera A ha canalizado la preocupación obvia que siente por el paciente en un estilo directivo y de resolución unilateral de problemas. Las afirmaciones tranquilizadoras y bienintencionadas con las que salpica la conversación encajan claramente con la descripción de obstáculo a la escucha de Thomas Gordon y le impiden entender la angustia del paciente (capítulo 5). La conversación de la enfermera B se acerca más a un estilo de guía. Al igual que un baile, el sentido de la dirección está muy claro, pero el movimiento es suave y fluido. A pesar de su brevedad, podemos detectar los elementos del espíritu subyacente de la EM (capítulo 2).

¿Cómo cree que se sienten los interlocutores en cada una de estas conversaciones? Tomar las riendas y confiar en la propia experiencia, como la enfermera A, puede resultar tranquilizador..., pero también muy frustrante, porque puede dar la impresión de que arrastramos al otro por la pista de baile, con pisotones incluidos. Por el contrario, podemos imaginar que la enfermera B está bastante tranquila, implicada y contenta de ofrecer consejo si se le pide, pero confiando en todo momento en el criterio del paciente. ¿Y el paciente? La abundancia de «peros» en la primera conversación indica una actitud defensiva. La discordancia también está a flor de piel: «¿Y usted no estaría abatida? [...] No lo entiendo». La enfermera B le deja espacio para que explique cómo se siente y es

muy probable que tenga ganas de volver a hablar con ella. En lugar de tranquilizarle con afirmaciones vagas y soluciones que no le ha pedido, la enfermera B encuentra aspectos concretos que afirmar.

¿Quién habla del cambio? En la primera conversación, la enfermera habla del cambio mientras el paciente la contradice (discurso de mantenimiento). En la segunda conversación, el paciente expresa el deseo, las razones, la necesidad y, en cierta medida, la habilidad para cambiar. Estas dos conversaciones ilustran dos estilos muy distintos de afrontar la ambivalencia.

En resumen, es una EM cuando se trata de una conversación sobre el cambio en la que (1) utiliza la escucha empática para entender el punto de vista de la persona e iniciar así una relación basada en la colaboración; (2) cuenta con un foco claro, en forma de una o más metas de cambio; y (3) evoca activamente las motivaciones para el cambio de la propia persona. Aunque la planificación puede estar presente o no, tiende a fluir de forma natural tras la evocación.

Una conversación acerca del cambio es EM cuando se utiliza la escucha empática para entender el punto de vista de la persona e iniciar así una relación basada en la colaboración; existe un foco claro, en forma de una o más metas de cambio; y se evocan activamente las motivaciones para el cambio de la propia persona.

Navegación: «¿Cómo encajan los cuatro procesos en la práctica?»

«¿Dónde estoy y hacia dónde me dirijo con esta conversación?» Durante la EM, es habitual experimentar cierta pérdida temporal de claridad acerca de lo que sucede y de hacia dónde ir a continuación. La escucha reflexiva es una herramienta excelente a la que recurrir en momentos como este, en los que necesita claridad, y los cuatro procesos también son un mapa útil a la hora de encontrar el camino. ¿Qué avances han logrado juntos en la vinculación, enfoque, evocación y planificación? ¿Qué proceso parece ser el reto inmediato?

Los cuatro procesos son secuenciales y se suceden inmediatamente, por lo que puede pasar con flexibilidad de uno a otro en respuesta a la situación del momento. También están interrelacionados: lo que sucede en un proceso puede afectar a los otros. La discordancia durante la planificación puede promover la desvinculación. El aumento de la autoeficacia puede reforzar el discurso de cambio y la disposición a pensar en la planificación. La escucha de calidad durante el proceso de evocación puede consolidar la vinculación.

RECUADRO 23.1. ¿Estoy haciendo una EM?

Estas son algunas de las preguntas que puede plantearse para reflexionar acerca de su experiencia interna y de su estilo de conversación.

1. Vincular. ¿En qué medida entiendo cómo percibe la persona la situación o dilema? ¿Puedo verbalizar de algún modo lo que experimenta la persona? ¿Cuántas de mis respuestas son reflejos? ¿Cuán vinculada con la conversación parece estar la persona?

2. Enfocar. ¿Tengo un foco claro? ¿Sé la dirección en la que espero que ocurra el cambio? ¿Qué metas de cambio hemos planteado y hasta qué punto estamos de acuerdo sobre ellas?

3. Evocar. ¿Qué sé acerca de las motivaciones de esta persona para cambiar? ¿Escucho discurso de cambio? ¿Qué hago deliberadamente para evocar y consolidar el discurso de cambio? ¿Qué preocupaciones, metas o valores de la persona alentarían el cambio?

4. Planificar. ¿Escucho discurso de cambio movilizador que señale que la persona puede estar dispuesta a hablar de cuándo y cómo proceder al cambio? ¿En qué medida evoco discurso de cambio movilizador en la persona, en lugar de ser yo mismo quien ofrezca las soluciones? Si doy información y consejos, ¿he obtenido permiso antes?

A pesar de las superposiciones e interacciones durante los procesos, puede ser útil dar un paso atrás y preguntarse qué proceso necesita más énfasis ahora. Una de las ventanas de oportunidad más claras en la EM es reflexionar sobre esto cuando tenga la opción de orientar la conversación en un sentido o en otro. El cliente dice algo y lo que usted diga a continuación puede afectar, y afectará, al curso de la entrevista. A continuación le presentamos un caso para ilustrar cómo un mismo entrevistador puede usar las habilidades PARS de forma distinta en función del proceso que se esté enfatizando.

Un joven con una personalidad tranquila y pasiva está tan descontento en el trabajo que está pensando en llamar y decir que está enfermo para evitar el malestar. No sufre maltrato ni acoso laboral, pero cree que sus compañeros se aprovechan de él y que siempre le dejan las peores tareas. Su médico lo derivó, preocupado por la posibilidad de que estuviera deprimido, ya que presentaba un nivel bajo de energía, problemas para dormir y se descalificaba a sí mismo.

Si quisiera poner el énfasis en la vinculación, podría explorar la experiencia del cliente y demostrar que entiende su dilema.

- *Pregunta abierta:* «¿Cómo se encuentra cuando está en el trabajo?».
- *Afirmación:* «Intenta hacer su trabajo lo mejor posible, e incluso ha venido aquí para hablar de ello».
- *Reflejo:* «Le parece que se aprovechan de usted, incluso que a veces le dejan a un lado, y eso le hace sentir muy mal».
- *Sumario:* «No está a gusto en el trabajo y eso le está afectando en otras áreas de su vida. No duerme demasiado bien y ha ido al médico por la ansiedad. Ha llegado a un punto en que le da miedo ir al trabajo, porque le parece que le faltan al respeto».

Si quisiera poner énfasis en el enfoque, buscaría aclarar la dirección que ha de tomar la conversación.

- *Pregunta abierta:* «¿Qué cambio cree que marcaría la mayor diferencia para usted?».
- *Afirmación:* «Se esfuerza mucho en hacer un buen trabajo y trata de encontrar cómo lograr que todo vaya bien».
- *Reflejo:* «Le gustaría hablar de cómo podría mostrarse más asertivo en el trabajo».
- *Sumario:* «Ha decidido buscar ayuda, porque cuando piensa en el futuro se da cuenta de que no puede seguir así. Hemos hablado de lo que sucede en el trabajo, de cómo le hace sentir y de cómo está afectando a su vida familiar. ¿Le gustaría que hablásemos sobre cómo podría mostrarse más asertivo en el trabajo y de los efectos que eso podría tener?».

Si ya han establecido un foco claro (en este ejemplo, ser más asertivo en el trabajo), su énfasis podría ser evocar y generar motivación y compromiso con el cambio.

- *Pregunta abierta:* «¿Cómo cree que le beneficiaría expresarse con más asertividad en el trabajo?».
- *Afirmación:* «Sabe que puede defenderse, porque ya lo ha hecho antes».
- *Reflejo:* «Ha pensado en cambiar de trabajo, pero cree que le volvería a suceder lo mismo y que, quizás, sería mejor centrarse en cómo resolver la situación actual».
- *Sumario:* «Ha llegado a encontrarse tan mal en el trabajo que incluso ha pensado en dejarlo, lo que le proporcionaría un alivio inmediato. También sabe que encontrar otro trabajo sería complicado y que, quizás, le volvería a pasar lo mismo. Trabaje donde trabaje, quiere ser más asertivo y le gustaría intentarlo donde está ahora».

Si parece que ya está lo bastante motivado para pasar a la acción, podría insistir en la planificación y desarrollar ideas concretas para avanzar.

- *Pregunta abierta:* «¿Cómo podría preparar una reunión con su jefe?».
- *Afirmación:* «Usará esa tenacidad para encontrar nuevas maneras de comunicarse en el trabajo».
- *Reflejo:* «Así que una de las cosas que podría hacer es pedir que le asignen tareas de mayor responsabilidad, y se siente preparado para intentarlo».
- *Sumario:* «Quiere pedir una reunión con su jefe. No para quejarse, sino para hablar de cómo le gustaría que fueran las cosas en el trabajo. Cree que una buena manera de hacerlo sería solicitar la reunión por escrito, y podríamos mirarlo juntos la semana que viene, antes de que envíe el correo. ¿Es eso lo que piensa hacer?».

Decidir qué proceso enfatizar puede ayudarle a saber cómo avanzar.

Por supuesto, durante las consultas suceden muchas más cosas que los cuatro procesos de la EM. Los terapeutas aportan gran cantidad de conocimientos y experiencia clínica y durante las sesiones deben decidir con regularidad qué hacer a continuación; por ejemplo, elegir entre reflejar u ofrecer consejo y aliento. Una opción no es necesariamente mejor que la otra; sencillamente, va en direcciones distintas. Ser consciente de estas elecciones y experimentar los resultados de elegir un camino en lugar de otro ayuda a perfeccionar las habilidades progresivamente.

La presión del tiempo: «¿Cuán breve puede ser la EM?»

Una experiencia interna habitual es la sensación de presión del tiempo, la necesidad de «ir al grano». Aunque esto es especialmente frecuente en contextos como el de la atención sanitaria, donde las visitas tienden a ser cortas y hay muchas cosas que hacer, la sensación de urgencia también puede darse en contextos que permiten consultas más prolongadas. Cuando no se dispone de mucho tiempo o cuando las cosas parecen avanzar con demasiada lentitud, la tentación de recurrir a un estilo directivo para «tomar las riendas» puede ser muy fuerte. Si el sistema presiona para trabajar con rapidez y conseguir resultados, la sensación se exagera.

¿Es posible practicar la EM en marcos temporales relativamente cortos? Las conversaciones sobre el cambio pueden ocurrir y ocurren en episodios muy breves. Uno de los más breves que conozco fue en la consulta de un dentista. El médico le preguntó al paciente, que tenía la boca abierta y llena de aparatos, si fumaba. La respuesta fue «¡Erghhh!», a lo que el dentista repuso «Debería dejarlo». Y el cliente dijo «Urglll», tras lo que el dentista siguió perforando. ¡Nada más alejado de la EM!

La presión para trabajar con rapidez y lograr resultados puede exagerar un estilo directivo.

El interés por las aplicaciones breves de la EM se nos despertó durante un ensayo clínico en un hospital (Heather, Rollnick, Bell y Richmond, 1996) y, desde entonces, la cuestión de la brevedad aparece con frecuencia cuando los médicos aprenden EM. ¿Puede hacerse una EM en cuestión de minutos? Si por «hacer» entendemos «practicar», la respuesta es un «Sí» rotundo. La conversación de la enfermera B que hemos visto hace poco es un buen ejemplo de ello. Si por «hacer» entendemos «llegar al punto en que se promueva un cambio», la respuesta es «Con frecuencia». Los ensayos clínicos han demostrado que intervenciones de EM relativamente breves pueden activar cambios significativos (p. e., Bernstein *et al.*, 2005; Nock y Kazdin, 2005; Rubak *et al.*, 2005; Senft, Polen, Freeborn y Hollis, 1997; Soria, Legido, Escolano, López Yeste y Montoya, 2006). También se han publicado ensayos clínicos en los que intervenciones breves basadas en la EM no han logrado ningún efecto (p. e., Juárez *et al.*, 2006;

Marsden *et al.*, 2006), y es posible que la exposición más prolongada a la EM sea más efectiva (Longabaugh *et al.*, 2001; Polcin, Galloway, Palmer y Mains, 2004; Rubak *et al.*, 2005). Sin embargo, no conocemos ningún ensayo que indique que las intervenciones directivas sean más efectivas que la EM cuando se dispone de poco tiempo. Si disponemos de poco tiempo y el objetivo es que el cliente cambie de conducta, la EM tiene muchas más probabilidades de conseguirlo que decirle lo que debe hacer y por qué (Rubak *et al.*, 2005).

Entender qué componentes fundamentales de la EM facilitan el cambio puede ser especialmente importante cuando las intervenciones son breves (Heather, 2005). Cuando disponemos de poco tiempo, ¿qué es lo más importante que debemos hacer (y no hacer) para promover el cambio? De eso trata, precisamente, el capítulo 28.

ESCUCHAR BAJO PRESIÓN TEMPORAL

El estilo de la EM gira en torno al uso hábil de la escucha empática. Lo que un psicoterapeuta puede considerar breve (por ejemplo, sesiones de cincuenta minutos) puede resultar imposiblemente largo para un médico que no suele contar ni con quince minutos de tiempo. Sabemos que es posible practicar la EM en conversaciones de quince minutos o menos. La dificultad estriba, por supuesto, en que la EM no es lo único que hay que hacer durante la breve visita. Aun así, si dispone de unos minutos para conversar acerca de cambio positivo, puede hacerlo con un estilo de EM y con una mente serena. La escucha reflexiva hábil puede dar a ambas partes la sensación de haber compartido un tiempo de calidad.

La EM no es un protocolo de tratamiento que requiera una cantidad de tiempo concreta. Es una manera determinada de hablar con las personas, de formular preguntas y de responder a lo que nos dicen. Es posible que una única verbalización sea más o menos congruente con la EM. Aunque es cierto que una conversación más prolongada suele ofrecer más oportunidades para avanzar cuando el profesional dispone de poco tiempo, la EM aún puede facilitar las conversaciones sobre el cambio. Algo tan sencillo como sustituir un «¿Por qué no intenta...?» por un «¿Qué cree que le ayudaría?» puede cambiar el resultado de la interacción. Sin embargo, también queremos advertir de los riesgos de la simplificación excesiva, que lleva a distorsionar la EM para que encaje en espacios mínimos. Puede suceder cuando se elimina el espíritu que impregna todo el estilo y este se reduce a técnicas que se aplican *a* o *sobre* personas. «Sólo tienes que hacerles estas preguntas», «Sólo tienes que pedirles que enumeren los pros y los contras» o «Sólo tienes que usar la escala». Una cosa es buscar modos de evocar la reflexión sobre el cambio en unos minutos, una hazaña que requiere una habilidad considerable, y otra muy distinta es sugerir que la solución es meramente técnica y se

limita a utilizar tal o cual estratagema o procedimiento. Eso es como bailar sin música. Cuando las técnicas se convierten en herramientas que usar con la gente, el espíritu de la EM desaparece por completo.

Cuando las técnicas se convierten en herramientas que usar con la gente, el espíritu de la EM desaparece por completo.

ENCUENTRE LAS DIFERENCIAS

Esta consulta ocurre en una ajetreada clínica de atención prenatal donde una embarazada enferma de sida se enfrenta a la necesidad de seguir una dieta saludable, adherirse a un régimen de fármacos antirretrovirales y practicar sexo seguro. Su lengua materna no es el inglés (idioma en el que se llevó a cabo la consulta).¹ En este ejemplo, usaremos un fragmento muy breve para ilustrar el estilo directivo y luego otro igualmente breve como ejemplo de un estilo de guía.

Terapeuta A

ENTREVISTADOR: Buenos días. Estamos aquí hoy, porque no queremos que su bebé sea seropositivo.

CLIENTE: Mmm. Es difícil, porque ¿y si mi marido quiere mantener relaciones conmigo?

ENTREVISTADOR: Tienen que hacerlo con preservativo.

CLIENTE: Pero él no quiere usar preservativos.

ENTREVISTADOR: El problema es el riesgo de reinfección. Por el bien de su hijo, tiene que hablar de esto con su marido si quieren tener el bebé.

CLIENTE: Sí, quiero tener el bebé.

ENTREVISTADOR: Muy bien, pues si quiere un bebé sano, tendrá que hablar con su marido y hacerle ver que deben ser unos padres responsables y usar preservativos.

CLIENTE: Pero se enfada. Y a veces me pega.

ENTREVISTADOR: Tiene que proteger a su bebé. ¿Se toma la medicación?

CLIENTE: Sí, cuando puedo. A veces me salto alguna dosis.

ENTREVISTADOR: Es imprescindible que tome toda la medicación de forma estricta. Es muy importante. Si se salta alguna dosis, la medicación no funciona tan bien.

CLIENTE: Me la tomo casi siempre.

ENTREVISTADOR: Por desgracia, casi siempre no es suficiente. Tiene que tomarla toda, tal y como le dije.

CLIENTE: Lo intentaré.

ENTREVISTADOR: ¿Y la dieta? ¿Come alimentos buenos para usted y para el bebé?

CLIENTE: Sí.

ENTREVISTADOR: Porque ahora come por los dos. Así que controle la cerveza también.

No es buena para el bebé. ¿Tiene alguna pregunta?

CLIENTE: No.

ENTREVISTADOR: Perfecto. Entonces, nos vemos dentro de tres semanas.

CLIENTE: Vale.

Terapeuta B

ENTREVISTADOR: Buenos días. Me alegro de que hayas vuelto.

CLIENTE: Tengo que venir, por mi bebé.

ENTREVISTADOR: El bebé es muy importante para ti y quieres que nazca sano.

CLIENTE: Sí, se lo dije a mi marido y lo entiende pero con algunas cosas no me ayuda.

No quiere usar preservativos.

ENTREVISTADOR: Los preservativos son un problema. Podemos hablar de eso, de la medicación, de la dieta o de cualquier cosa que sea importante para ti.

CLIENTE: Quiero hablar de la medicación.

ENTREVISTADOR: Muy bien, de lo otro podemos hablar luego. La medicación es importante para ti.

CLIENTE: Sí, eso, sé que es muy importante. ¿Pasa algo si me salto alguna dosis?

ENTREVISTADOR: Explícame qué dificultades tienes.

CLIENTE: No quiero que mi madre se entere. Escondo la medicación, pero siempre se fija en lo que hago.

ENTREVISTADOR: Así que a veces te es difícil tomar la medicación cuando toca.

CLIENTE: Sí, quiero hacerlo, por mí y por el bebé, y a veces me mira de una forma muy rara.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo te la podrías tomar sin que te viera?

CLIENTE: Cuando voy al lavabo.

ENTREVISTADOR: Muy bien. ¿Cuándo más te la podrías tomar?

CLIENTE: Después de que se haya ido a dormir.

ENTREVISTADOR: Pues parece que podría funcionar. Creo que, con sólo estas dos opciones, ya puedes tomar la medicación cuando necesitas tomarla y, quizás, incluso hay más posibilidades. ¿Qué te parece?

CLIENTE: No me quiero saltar las dosis. Sé cómo funciona.

ENTREVISTADOR: ¡Bien! Tienes razón, es muy importante tomarlas con regularidad y creo que has pensando en un buen plan. ¿Podríamos hablar ahora sobre tu marido y los preservativos?

CLIENTE: De acuerdo.

Una buena EM es sencilla y hábil, pero no necesariamente fácil. Estas dos conversaciones son breves, constan de unas 10 interacciones cada una. Reflexione sobre lo siguiente:

- ¿Cuán implicada está la paciente en cada conversación? ¿Cómo de bien escucha el entrevistador el punto de vista de la paciente? ¿Cómo cree que se siente ella al final de cada conversación?
- En cada una de las conversaciones sobre el cambio, ¿cómo se ha determinado el foco y por quién?
- ¿Hay discurso de cambio? En caso afirmativo, ¿qué ha hecho el terapeuta para evocarlo y cómo ha respondido ante el mismo?
- ¿Cuán dispuesta estará la mujer a seguir con la conversación si el terapeuta dispone de tiempo?

Una mente despejada: «¿Qué pasa con mi experiencia interna?»

Las cuestiones prácticas que hemos planteado hasta ahora en el capítulo han girado en torno a la definición, los límites entre los procesos y la brevedad. Quizás le hayamos dejado con la impresión de que la práctica de la EM es compleja y cerebral y que consiste en aprender y aplicar estrategias clínicas específicas. Nuestra experiencia es que cuanto más se esfuerce en hacerlo, más difícil puede llegar a ser. Si está centrado en el discurso interno sobre cómo usar las técnicas, lo más probable es que no esté lo suficientemente vinculado con el cliente ni le esté prestando la atención suficiente. Más que una astucia deliberada, lo que necesita es una actitud emocional consciente, reflexiva y sensible. En pocas palabras: una «mente despejada».

Gran parte de esta habilidad depende de su capacidad para contenerse ante distracciones o incluso provocaciones, y de la conciencia de que el cliente cuenta con una fuerza interna que responde a la guía serena y deliberada. Las distracciones son abundantes y pueden afectar a su estado emocional. Cómo las gestione puede ser crítico para su progreso.

Por otro lado, no se amilane cuando el cliente le lance obstáculos. Límitese a seguir avanzando con una mente serena y despejada. Un colega se encontró ante uno de estos momentos críticos durante una entrevista sobre la pérdida de peso. La conversación hubiera podido tomar rápidamente una dirección muy distinta, pero no lo hizo. Fue así:²

ENTREVISTADOR: Perder peso es muy importante para usted.

CLIENTE: Sé que debería hacer algo al respecto, quiero decir, que sí, quiero perder peso de verdad.

ENTREVISTADOR: ¿Cuán segura está de poder conseguirlo?

CLIENTE: Bufff, no sé, dejémoslo. Es imposible. [Momento crítico, en el que el entrevistador podría haberse retirado.]

ENTREVISTADOR: ¿Cómo *sería* el éxito para usted?

CLIENTE: Comer sano sería una costumbre, la norma, en lugar de la excepción.

ENTREVISTADOR: Una rutina que encajara bien con usted.

CLIENTE: No puede ser demasiado radical, tendría que ser gradual y agradable...

La conversación siguió generando rutas constructivas hacia el cambio, a pesar de que la cliente parecía haber cerrado la puerta al discurso de confianza («No, dejémoslo. Es imposible»). Ilustra muy bien cómo la congruencia con la EM supone combinar la actitud y la técnica. En este caso, la primera es una actitud de aceptación, curiosidad y compasión; la segunda, una intervención deliberada, una pregunta («¿Cómo sería el éxito para usted?») basada en la convicción de que la clienta cuenta con los recursos, el conocimiento y la competencia necesarios.

RECUADRO 23.2. Reflexión personal: la experiencia interna de la EM

Durante treinta años, he contado con múltiples oportunidades para reflexionar sobre el mundo interno, la fenomenología de la práctica de la EM. En mi caso, este proceso reflexivo empezó cuando mis colegas noruegos me pidieron que verbalizara lo que sucedía en mi mente durante las consultas y que explicara qué intentaba hacer y qué no en cada momento (capítulo 27).

Lo primero que diría es que, cuando practico la EM, soy feliz. Me emociona saber que la persona sentada frente a mí tiene un potencial para el cambio y, al mismo tiempo, no saber exactamente adónde nos llevará el proceso. Es un reto, pero ya no lo siento como un trabajo, y tampoco me aburre. Cuando practico la EM me siento tan alerta y vivo como pueda estar. En parte creo que es por todo lo que sucede bajo la superficie de la EM. Una vez que Steve me observó durante una entrevista, me dijo: «¡Miller, eres un pato!». Sabía que no se refería a mis raíces en la Universidad de Oregón. «¿Un pato?»

«Sí, un pato. En la superficie, parece que te deslizas despacio, ligero y sin esfuerzo, pero bajo el agua, mueves las patas sin parar.»

Y en cierto modo es así. No se trata de un proceso angustioso ni agotador. Normalmente estoy muy relajado, incluso cuando me graban en vídeo. Sin embargo, soy muy consciente de lo que sucede y (una vez que hemos enfocado) de hacia dónde me dirijo, de dónde está el horizonte del amanecer. Hay varias cosas que no abandonan mi conciencia. Como directiva fundamental, estoy con la persona en el presente, le presto atención y no dejo que mi conciencia se desvíe hacia la elaboración de planes u otras distracciones. Al mismo tiempo recuerdo lo que ya ha sucedido y anoto mentalmente lo que la persona ha dicho. También clasifico lo que he escuchado y guardo en las palabras de la propia persona los fragmentos (como el discurso de cambio) que parecen especialmente importantes. No siempre respondo a ellos inmediatamente; creo que es sensato no abalanzarse sobre lo que parece importante. Lo dejo reposar durante un rato y dejo que el proceso se despliegue por sí mismo. Ya volveré luego. Por eso puede parecer que me he perdido algo (y a veces es así). «¿Por qué no has respondido a eso enseguida?» No suelo tener prisa. Ya volveré a ello cuando parezca oportuno y, probablemente, será antes que después.

Creo que la experiencia interna de la mejor EM es la sensación de aunar el pasado, el presente y el futuro. Escucho y atiendo a lo que la persona dice en ese preciso instante, y ajusto mi trayectoria en consecuencia. Lo escucho en el contexto de lo que ya ha sucedido y junto las piezas como las flores de un ramo. Y también soy consciente de la dirección, de la brújula que me dice hacia dónde me dirijo y cómo llegar. ¡Cómo no va a ser una experiencia extraordinaria!

WRM

DISTRACCIONES AJENAS A LA ENTREVISTA

Hay distracciones ajenas a la entrevista y a la persona concreta con la que está conversando. Malas noticias, conflictos en casa o en el trabajo, presiones de tiempo pueden llevarle a iniciar la entrevista con un estado emocional más o menos alejado del idóneo. A nosotros nos resulta útil dedicar unos minutos antes de la entrevista a centrarnos en la persona o en la tarea en cuestión. Puede tratarse de una meditación en silencio (recuadro 2.3 en el capítulo 2) o, sencillamente, de revisar las notas de las sesiones anteriores. Algunos terapeutas tienen una breve lista de recordatorios-guía y la repasan antes de iniciar la entrevista. El contenido de la lista dependerá de lo que más necesite recordar en el momento concreto de aprendizaje y práctica de la EM en que se encuentre. Algunos ejemplos:

- Escuchar y reflejar.
- Afirmar cuando la persona avanza.
- Atender al discurso de cambio.
- Evocar la motivación, el conocimiento y los recursos de la propia persona.
- Resistirme al reflejo de corrección.

DISTRACCIONES RELATIVAS A LA ENTREVISTA

Otras amenazas a una mente despejada surgen directamente de la entrevista y de lo que el cliente dice. Que las palabras del cliente generen en usted una reacción emocional no es un problema en sí mismo. El problema es cómo la entiende y cómo responde en esa situación. Reflexione sobre las siguientes preguntas y deténgase a pensar y a responder a cada una.³ ¿Qué podría decir un cliente durante una sesión para que usted se:

- Enojase?
- Preocupase?
- Aburriese?
- Entusiasmase?
- Alarmase?
- Sintiera cuestionado?

¿Y qué podría decir el cliente que:

¿Le confortara?

¿Le incitara a rescatarlo?

¿Le recordara por qué le gusta su trabajo?

Si pone por escrito algunas de las respuestas del cliente que podrían suscitar estas reacciones en usted, es probable que detecte algún patrón.

Ahora piense en cómo respondería a cada una de estas situaciones si diera rienda suelta a sus emociones. ¿Se pondría a la defensiva? ¿Sucumbiría al reflejo de corrección? ¿Dejaría volar la mente a otras situaciones o preocupaciones similares? ¿Tiene algún «mensaje pregrabado» que pudiera ponerse en marcha? En el capítulo 11 hemos explicado que decidir cuánto de nuestra respuesta inmediata compartimos con el cliente es cuestión de criterio profesional.

Sin embargo, en términos generales aconsejamos contención cuando el cliente activa emociones negativas. Las respuestas al discurso de mantenimiento y a la discordancia que hemos presentado en el capítulo 15 parten idealmente de una actitud serena, curiosa y reflexiva que pone el bienestar del cliente por delante y por encima de todo. Cuando se centra en entender la estructura de referencias del propio paciente es muy posible que su propio estado emocional cambie y se sienta más curioso y reflexivo. Esto permite a la EM avanzar a través de las respuestas de cada momento en lo que sucede entre el cliente y usted.

Puntos clave

- ✓ La EM es una combinación de (1) una comprensión activa del marco de referencias interno del cliente; (2) un foco de cambio claro; y (3) evocar la motivación para el cambio del propio cliente. Si procede, también puede incluir un proceso de planificación colaborativo.
- ✓ La EM puede practicarse con integridad y facilitar el cambio del cliente, incluso en consultas relativamente breves.
- ✓ Los cuatro procesos de la EM son como escalones, por lo que se puede subir o bajar con flexibilidad en respuesta a la situación inmediata.
- ✓ Una mente despejada facilita la práctica habilidosa de la EM.

CAPÍTULO 24

APRENDER ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Necesitamos conocimiento y necesitamos habilidad. Podemos adquirir conocimiento con tan sólo leer un libro. No podemos adquirir habilidad de un libro: debemos practicar una y otra vez.

PAUL EKMAN

No podemos enseñar. Sólo podemos aprender.

MONTY ROBERTS

A veces nos preguntan cuántas horas de formación hacen falta para aprender EM. En cierto modo, es como preguntar cuán larga es una soga o cuántas horas de práctica hacen falta para aprender a tocar un instrumento musical. ¿Cuántas hacen falta para qué propósito? ¿Qué nivel de habilidad es necesario en un contexto o aplicación concretos? ¿Cuánto hay que aprender para que empiece a marcar una diferencia para el cliente? No se trata de llevar a cabo una formación de una duración determinada y ya está. Aprender EM es un proceso continuado y es mucho más que una adquisición de conocimientos. Cuando se aprende a pilotar un avión, se empieza por unas horas de clases teóricas pero, al final, uno empieza a pilotar de verdad, bajo supervisión. Con la práctica y el *feedback* cada vez se hace mejor.

El valor del *feedback*

El *feedback* es de una importancia fundamental. Una de las conclusiones más contrastadas de la investigación en psicoterapia es que los resultados de los terapeutas con muchos años de práctica no son, en promedio, mejores que los que acaban de empezar. Por el contrario, una de las conclusiones más contrastadas en medicina es el efecto de la experiencia. Un cirujano que ha practicado la misma operación dos mil veces es mejor que otro que la haya practicado sólo dos: mejores resultados y menos complicaciones y efectos adversos. ¿Qué diferencia a un psicoterapeuta de un cirujano? Los cirujanos reciben *feedback* constantemente. Casi nunca ejercen tras puertas cerradas y, cuando hay complicaciones o efectos adversos, lo saben casi inmediatamente.¹

Al igual que sucede con el aprendizaje de un deporte o de un instrumento musical, hay diferencias individuales muy significativas en relación con la velocidad a la que se aprende la EM. Hemos trabajado con personas que la asimilan muy rápidamente y con las que es como meter un pez en el agua. La comprenden de forma intuitiva y, una vez expuestas a las ideas y a los ejemplos, la dominan con rapidez. También hemos conocido a personas a quienes les resulta muy difícil aprender a practicar la EM. Quizás creen que la dominan, pero tras muchas horas de formación y de acompañamiento, apenas demuestran habilidad. Ambos extremos son excepciones. La mayoría de personas adquieren habilidad con la práctica guiada, y no hemos encontrado relación entre los años de educación posgraduada y la capacidad para aprender EM (Miller *et al.*, 2004; cf. Hartzler y Espinosa, 2011; Naar-King, Outlaw, Green-Jones y Wright, 2009). ¡Hasta las personas con másteres y posgrados pueden aprender!

El *feedback* es fundamental para cualquier tipo de aprendizaje, y el *feedback* inmediato es aún más útil. Es muy difícil aprender tiro con arco en la oscuridad. Cuesta mucho aprender si no recibimos información precisa sobre si las flechas se han acercado a la diana o no. Si no contamos con un *feedback* fiable, podemos practicar durante décadas y no mejorar demasiado.

La ventaja de aprender EM es que una vez que aprendemos a qué debemos atender, los clientes nos proporcionan un *feedback* inmediato. Al igual que un cirujano, podemos evaluar el progreso a lo largo de una sesión y predecir el resultado más probable de la misma. Cuando aprendemos a escuchar con empatía (capítulo 5), cada reflejo que ofrecemos genera *feedback* por parte del cliente, que nos indica si hemos acertado o no. Cuando escuchamos discurso de cambio, sabemos que la EM va por buen camino, y si nos hemos desviado, los clientes también nos lo hacen saber rápidamente. Una de las claves reside en saber que, de todas las cosas que nos dicen los clientes, el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento son señales especialmente importantes que nos indican qué hacer a continuación, del mismo modo que cuando pulsamos una tecla del piano, sabemos inmediatamente de si se trata de la nota correcta o no.

El *feedback* es fundamental en todos los tipos de aprendizaje. Es muy difícil aprender tiro con arco en la oscuridad.

Al igual que existen músicos autodidactas, hay personas que tienen suficiente con el *feedback* inmediato de los clientes para aprender EM. Sin embargo, la mayoría de personas necesitan algo más que leer un libro sobre la EM o asistir a un taller de dos días para que su nivel de habilidad aumente significativamente (Madson *et al.*, 2009; Miller y Mount, 2001; Miller *et al.*, 2004). Esto no es específico de la EM, sino que parece ser cierto del aprendizaje de nuevas habilidades terapéuticas en general (Fixsen, Naoom,

Blase, Friedman y Wallace, 2005; Miller, Sorensen, Selzer y Brigham, 2006). Cuando deseamos aprender a practicar un deporte o a tocar un instrumento musical, solemos contratar a un entrenador o profesor con un nivel de habilidad superior al propio, para que nos dé *feedback* y nos haga sugerencias específicas para mejorar. Nunca le diríamos a un entrenador de tenis que no nos mirase o a un profesor de piano que no nos escuchase tocar.

Del mismo modo, la formación en EM tiene que basarse en la observación directa, que normalmente se lleva a cabo mediante la grabación de sesiones. No es por casualidad que la mayoría de profesionales se refieran como «práctica» a la actividad que llevan a cabo en sus consultas y, al igual que el tiro con arco en la oscuridad, las prácticas sin *feedback* tienen muy pocas probabilidades de mejorar. Aprendimos hace mucho tiempo que, cuando supervisábamos a terapeutas en formación, uno de los aspectos en los que podíamos ser más útiles tenía que ver con lo que *no* oían durante la sesión. Por lo tanto, no bastaba con que el aprendiz saliera de la sesión y explicase lo que había sucedido. El problema de las «prácticas privadas» es, precisamente ese: ¡que son privadas! Como formadores, teníamos que estar en la sala, aunque fuera indirectamente, a partir de grabaciones de vídeo o de audio. Incluso una pequeña cantidad de *feedback* experto puede mejorar significativamente la práctica de la EM (Miller *et al.*, 2004).

La formación en EM tiene que basarse en la observación directa.

Un menú para aprender

La EM no es una técnica única, sino más bien una colección integrada de habilidades de entrevista. Podemos pensar en tareas de aprendizaje concretas que se correspondan con las habilidades nucleares de la EM (Miller y Moyers, 2006). Se nos ocurren, como mínimo, 12 tareas de este tipo:

- Comprender el espíritu subyacente con que se practica la EM: colaboración, aceptación, compasión y evocación (capítulo 2).
- Adquirir habilidad y sentirse cómodo con la escucha reflexiva (capítulo 5) y con las habilidades PARS centradas en el cliente (capítulo 6).
- Identificar las metas de cambio hacia las que avanzar (capítulo 9).
- Intercambiar información y ofrecer consejo de forma congruente con el estilo de EM (capítulo 11).
- Ser capaz de reconocer el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento (capítulo 12).
- Evocar discurso de cambio (capítulo 13).
- Responder al discurso de cambio de un modo que lo consolide (capítulo 14).

- Responder al discurso de mantenimiento y a la discordancia de un modo que no lo amplifique (capítulo 15).
- Suscitar esperanza y confianza (capítulo 16).
- Establecer un marco temporal (capítulo 19) y negociar un plan de cambio (capítulo 20).
- Consolidar el compromiso (capítulo 21).
- Integrar de un modo flexible la EM con otras habilidades y prácticas clínicas (capítulo 25).

No hemos numerado las tareas, porque no necesariamente se aprenden en orden, y los terapeutas llegan a la EM con habilidades ya desarrolladas en una o varias de estas áreas. Algunos componentes pueden aprenderse independientemente de los demás. Por ejemplo, se puede aprender a identificar el discurso de cambio en un taller o leyendo. Se trata de una tarea basada sobre todo en el conocimiento, aunque es mucho más fácil reconocer el discurso de cambio en una transcripción que en el rápido flujo de conversación durante una consulta clínica.

Algunas de las tareas son fundamentales y resulta difícil desarrollar otras hasta que estas se hayan consolidado. La escucha reflexiva es un buen ejemplo de ello. Al principio, a uno le cuesta acordarse de reflejar y de realizar bien una escucha reflexiva en lugar de, por ejemplo, formular una pregunta. Es un esfuerzo. Con la práctica y el *feedback* inmediato que ofrecen las personas con que se conversa, formular reflejos cada vez resulta más fácil. Entonces, a medida que acumulamos práctica y obtenemos buenos resultados con los clientes, la escucha empática empieza a resultar más natural. Se convierte en la respuesta por defecto, en lugar de hacer preguntas o de aconsejar. Siempre se puede volver a la escucha reflexiva y, en el peor de los casos, es muy poco probable que haga ningún daño. Para algunos, no sólo se convierte en algo fácil, sino en una alegría, en un privilegio. Aunque, por suerte, no hace falta alcanzar este nivel de competencia antes de empezar a practicar la EM, es importante que los reflejos surjan con cierto nivel de comodidad y naturalidad. Hasta que uno no es capaz de mantener con naturalidad una conversación basada en la escucha reflexiva, es difícil dar el siguiente paso, evocar, donde hay que usar estratégicamente las habilidades PARS para suscitar y reforzar el discurso de cambio. Del mismo modo, es preciso contar con un objetivo de cambio y ser capaz de reconocer el discurso de cambio cuando ocurre, antes de poder evocar y responder al mismo de forma diferencial. Una pregunta razonable durante el proceso de aprendizaje es: «¿Cuál sería para mí un buen siguiente paso para desarrollar y sentirme cómodo con el estilo clínico de la EM?».

Siempre se puede volver a la escucha reflexiva y, en el peor de los casos, es muy poco probable que haga ningún daño.

Codificar

Aunque el *feedback* subjetivo del formador es valioso, disponemos de sistemas de codificación que proporcionan un *feedback* más fiable y objetivo sobre la práctica de la EM (Madson y Campbell, 2006; Moyers, Martin, Catley, Harris y Ahluwalia, 2003; Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson y Miller, 2005). Estos sistemas ofrecen la ventaja de que identifican áreas específicas de mejora. En www.motivationalinterviewing.org/library encontrará varios instrumentos de codificación de EM (en inglés).

Algunos sistemas, como la Integridad del Tratamiento con Entrevista Motivacional (MITI, en inglés), se centran exclusivamente en las respuestas del entrevistador, e incluyen tanto puntuaciones globales como recuentos de respuestas específicas, para documentar la fidelidad de la intervención (Hendrickson *et al.*, 2004; Moyers, Martin *et al.*, 2005). Otros codifican únicamente lo que dice el cliente y se centran sobre todo en el discurso de cambio y de mantenimiento (Glynn y Moyers, 2010). Otros sistemas más complejos, como el Código de Habilidades en EM (MISC) cuantifican tanto las respuestas del entrevistador como las del cliente y, por lo tanto, permiten investigar el proceso terapéutico (Baer *et al.*, 2004; Daepfen, Bertholet, Gmel y Gaume, 2007; Moyers *et al.*, 2003; Welch *et al.*, 2003). Para establecer y mantener la fiabilidad del codificador, todos estos sistemas de codificación requieren una formación sustancial y un buen control de calidad. Los formadores expertos en EM suelen utilizar sistemas de codificación como estos, a partir de los que ofrecen *feedback* (www.mi-campus.com).

Sin embargo, también puede usar estrategias más sencillas cuando escuche sus propias sesiones de EM, algo que le recomendamos encarecidamente. En plena consulta clínica, la mente está ocupada en varias tareas simultáneas. Escuchar la sesión más adelante puede revelar información y patrones no aparentes durante la primera experiencia de la sesión. Además de escuchar sus propias sesiones sin más, hay otras tareas estructuradas que pueden ayudarle a atender al proceso y no sólo al contenido de la narración del cliente.

- Cuente sus reflejos. ¿Son sencillos (básicamente, repiten lo que la persona ha dicho) o complejos (hacen algún tipo de suposición)? Lleve la cuenta de ambos. Cuando no tenga claro si un reflejo es simple o complejo, cuéntelo como simple. Ofrecer más reflejos complejos que simples es uno de los objetivos de aprendizaje.
- Cuente sus preguntas. ¿Son abiertas (proporcionan un abanico amplio de respuestas) o cerradas (respuesta corta, sí/no, retórica, etc.)? Lleve la cuenta de ambos tipos. Formular más preguntas abiertas que cerradas es otro objetivo de aprendizaje.
- Cuente tanto los reflejos (R) como las preguntas (P). ¿Qué proporción de R frente a P presenta su intervención? La mayoría de terapeutas que aprenden EM hacen demasiadas preguntas. Otro de los objetivos de aprendizaje es alcanzar una proporción R:P de un mínimo de 2:1, es decir, dos reflejos por cada pregunta.

- Atienda al discurso de cambio y al discurso de mantenimiento. Lleve la cuenta de ambos y calcule la proporción entre ellos. Si la frecuencia es aproximadamente la misma, es señal de ambivalencia y no predice el cambio, pero durante la sesión de EM la balanza suele inclinarse hacia el discurso de cambio. Cuando el discurso de cambio aparece, ¿qué ha hecho usted justo antes? ¿Cuáles de las cosas que hace parecen evocar discurso de cambio? Recuerde que el discurso de cambio suele aparecer entrelazado con el de mantenimiento, y que lo más probable es que deba escuchar muy atentamente para detectarlo.
- ¿Qué ha dicho usted inmediatamente *después* de la verbalización del discurso de cambio? Cuento sus respuestas PARS: preguntas abiertas que piden elaboración, afirmación, reflejo y sumario (capítulo 14).
- Determine si alguna de sus respuestas no es congruente con un estilo de EM, como dar consejo sin permiso, confrontar o discutir con el cliente u otras respuestas derivadas del «reflejo de corrección». ¿Cómo ha respondido el cliente?

No atienda a todo esto a la vez. Elija una o dos tareas que le parezcan importantes y registre las respuestas mientras escucha sus sesiones. Intente fijarse un objetivo de cambio específico, como aumentar la proporción de reflejos frente a preguntas, y utilice los recuentos para evaluar su progreso.

Comunidades de aprendizaje

Aprender en grupo suele ser más divertido que aprender solo. Aunque no todo el mundo tiene acceso a un formador experto en EM, lo que sí puede ser más sencillo es encontrar colegas que también estén interesados en desarrollar sus habilidades en EM. Hemos estado experimentando con estas comunidades de aprendizaje como recurso para apoyar la formación continuada. No hace falta que haya un experto identificado, aunque hay grupos que invitan a formadores expertos de vez en cuando. La idea es generar aprendizaje entre iguales y fomentar la reflexión sobre preguntas como:

- «¿Cómo podría aplicar la EM en esta situación concreta?»
- «¿Cuál sería un buen siguiente paso en la práctica de la EM?»
- «¿De qué otra manera podría haber respondido en este momento de la sesión?»
- «¿Debería probar con la EM en esta situación?»
- «¿Qué respuestas del entrevistador tienen más probabilidades de evocar un discurso de cambio?»

Creemos que, al igual que sucede con el *coaching* por ejemplo, escuchar a otros practicar la EM es un recurso de aprendizaje fundamental. Al igual que practicar las habilidades juntos. Hablar *sobre* la EM no suele promover tanto aprendizaje como practicar las habilidades en el seno de una comunidad de aprendizaje. Recomendamos que todas las reuniones incluyan la escucha de sesiones grabadas y ejercicios prácticos.

Algunos de los terapeutas que han organizado comunidades de aprendizaje como estas nos dicen que aguardan las reuniones como una de las experiencias más satisfactorias de la semana o del mes. A continuación encontrará algunas sugerencias para la práctica de las habilidades en comunidades de aprendizaje.

1. Céntrense en una habilidad o tarea concreta. Si están intentando aumentar la proporción de reflejos complejos, céntrense en eso. Un capítulo de este libro o de otro (p. e., Rosengren, 2009) les proporcionará abundante material para debatir y practicar.
2. Intenten usar el «*real play*» en lugar del «*role play*». Es decir, pídanle al colega que hace de «cliente» que hable de algo real, por ejemplo un cambio que realmente desee o esté pensando en hacer. Esto tiende a favorecer un aprendizaje mayor que las escenas ficticias. Uno de los motivos para ello es que ni siquiera los actores con experiencia responden como personas reales: hacen un papel y se ciñen a él. Aunque hemos utilizado actores en nuestra investigación y, ciertamente, esto permite que los terapeutas en formación pongan a prueba sus habilidades, la verdad es que los actores muy pocas veces responden tal y como lo haría una persona real. Del mismo modo, cuando los terapeutas hacen de cliente ficticio, suelen caer en la tentación de representar al «cliente diabólico», el más difícil, intratable y desmotivado que puedan concebir. ¡Pocos clientes son tan difíciles como los que representan los terapeutas durante los *role plays*! Aprender es muchísimo más fácil cuando alguien responde *in vivo*, en lugar de representar un papel.
3. No dejen que la práctica se alargue demasiado antes de pararse a comentarla. Diez minutos suelen ser suficientes para que la práctica sea útil sin aburrir a los observadores.
4. Den a los observadores algo que hacer mientras miran. Si hay más de uno, pueden usar distintas tareas de codificación de la lista que hemos presentado antes, para que puedan proporcionar *feedback* desde distintas perspectivas.
5. Una vez finalizada la práctica, la primera persona en comentarla debe ser la que ha ejercido de entrevistador. ¿Qué ha experimentado durante la entrevista? A continuación, el «cliente» debería comentar su experiencia de la conversación. Si se ha tratado de *real play*, resulta muy sencillo. ¿Qué han experimentado durante la entrevista? ¿Qué ha resultado especialmente útil? Entonces, los observadores pueden explicar qué han visto. Si han utilizado un instrumento estructurado de codificación, comenten sus observaciones objetivas. Cuando comenten la práctica observada, céntrense en lo positivo. De hecho, valoren la posibilidad de ceñirse estrictamente a lo positivo. ¿Qué han observado que les ha gustado? ¿Qué ha parecido especialmente efectivo? ¿Qué habilidades específicas de EM han visto? Es muy fácil (y desmoralizador) que los observadores hagan muchas críticas y sugerencias específicas: «Bueno, yo lo habría dicho así...». Eviten el reflejo de

corrección. La mayoría de las preferencias de estilo no resultan demasiado útiles. Hay muchas maneras correctas de practicar la EM. Por ejemplo, nosotros dos la practicamos de manera muy distinta pero, en esencia, hacemos lo mismo. ¿Qué ha habido de *bueno* en lo que han observado?

6. Si alguien va a hacer una recomendación o va a sugerir algo, limítense a una cosa. Cambiar una cosa en la siguiente práctica ya es mucho. Un buen entrenador de tenis probablemente no haría cinco sugerencias al jugador para aplicar en el siguiente servicio.

Otro de los elementos que han añadido los participantes en comunidades de aprendizaje es la observación y el debate sobre vídeos de formación. También han instaurado clubes de lectura en los que los participantes se turnan para presentar la investigación más reciente publicada.

Algo que tener en cuenta es que si el aprendizaje se lleva a cabo únicamente en grupos de iguales, es muy fácil desviarse sin darse cuenta y, cuando las personas intentan aprender EM de forma autodidacta, pueden aparecer variantes extrañas. Es aconsejable establecer supervisiones periódicas con un observador/formador con experiencia. En www.motivationalinterviewing.org encontrará a profesionales integrados en la red MINT de formadores en entrevista motivacional.

Algunas directrices para la formación

Este apartado va dirigido especialmente a las personas que toman decisiones y deciden políticas y que organizan formación en EM. Al igual que sucede con la propia práctica de la EM, hay varios estilos y preferencias a la hora de llevar a cabo la formación. ¿En qué consiste la formación más avanzada en EM? ¿Qué directrices van apareciendo a partir de la cada vez más abundante investigación sobre la formación y la práctica de la EM que puedan informar a quienes desean aplicar la EM en un sistema o grupo concreto?

FORMACIÓN INICIAL

Una de las cosas que está relativamente clara a estas alturas es que no es muy probable que la formación autodidacta o la asistencia a un único taller aumenten la competencia de forma significativa. ¿Quiere que su personal *conozca* la EM, o quiere que realmente sean capaces de practicarla de forma eficaz? Tanto la lectura de un libro como la asistencia a un único taller pueden aumentar el conocimiento de la EM, pero la probabilidad de que instilen habilidad es muy escasa. Lo que es peor, sabemos de primera mano que si sugerimos que los participantes adquirirán la competencia suficiente con sólo asistir a nuestro taller, es muy probable que *crean* erróneamente que han

aprendido. En una primera evaluación de nuestro taller de dos días, los participantes apenas mostraron una mejora de sus habilidades y, ciertamente, no la suficiente para que marcara una diferencia en la respuesta de sus clientes. Sin embargo, lo que sí conseguimos fue reducir significativamente su interés en seguir formándose en EM (Miller y Mount, 2001). ¿Por qué? No fue porque la EM no les gustase ni la considerasen poco eficaz. Fue porque creían que ya la habían aprendido.

Nos detendremos unos instantes para repetir que hay personas extraordinarias que asisten a un taller y «lo pillan». De algún modo, estos prodigios son capaces de integrar lo que han aprendido y demostrar una práctica de la EM razonablemente buena e incluso brillante en ocasiones. No sabemos por qué sucede, pero resulta fascinante. Parece que las personas que ya son razonablemente hábiles en la escucha reflexiva aprenden EM más rápidamente (Miller, Moyers, Arciniega, Ernst y Forcehimes, 2005; compare Miller *et al.*, 2004, con Moyers *et al.*, 2008). Por lo tanto, no es que durante los talleres no se aprenda nada; lo que sucede es que, en general, no debería esperarse adquirir competencia plena por el mero hecho de asistir a un taller, por bueno que sea, del mismo modo que no esperaríamos aprender a tocar el piano en dos días. Un taller introductorio es sólo el principio de la formación en una nueva habilidad clínica.

FORMACIÓN CONTINUADA

Antes, las adicciones se trataban sobre todo en programas para pacientes ingresados que, por accidente histórico, tendían a durar veintiocho días. Una de las cosas que se hizo evidente fue la importancia de la atención posterior, es decir, la atención a pacientes ambulatorios una vez que habían vuelto a sus comunidades y donde, en definitiva, era la propia persona quien debía mantenerse abstinentes. Sin esa atención posterior, el tratamiento durante el ingreso era como el trabajo en un taller de reparaciones: entraban, se los arreglaba para que volvieran a funcionar y se los devolvía a la carretera. Este sistema funciona razonablemente bien cuando hablamos de coches o de huesos rotos, pero no tanto cuando se trata de cambiar la conducta. Del mismo modo, es poco probable que la «formación con ingreso» breve cambie mucho la conducta en la consulta.

Lo que se necesita es una formación continuada a lo largo del tiempo y, tal y como acabamos de explicar, el aprendizaje exige *feedback* individual. Por lo tanto, nuestra recomendación no es tanto que se asista a más talleres, sino que se siga una formación continuada basada en el *feedback* de sesiones observadas. No tiene por qué ser exhaustivo. En un estudio, concluimos que bastaba con seis sesiones de supervisión experta de media hora de duración y por teléfono para que los terapeutas en formación alcanzaran un nivel suficiente para utilizar la EM de forma satisfactoria en un ensayo clínico, mientras que nuestro taller no bastó por sí solo (Miller *et al.*, 2004). La formación adquirida sólo con un taller introductorio no suele generar, por sí sola, mucho

beneficio. En realidad, tampoco podemos decir cuánta formación necesitará una persona concreta para adquirir la competencia necesaria. Es cuestión de formarse hasta alcanzar una competencia determinada, no de cursar unas horas de formación establecidas (Martino, Canning-Ball, Carroll y Rounsaville, 2011).

Otro objetivo de formación sensato es que en la organización haya alguien competente en EM, para que pueda proporcionar un apoyo continuado y formar al personal nuevo. Esto facilita sobremanera la formación/ supervisión continuada, con el objetivo de una mejora continua de la calidad de la habilidad clínica. Además, habría que contar con el tiempo y el apoyo administrativo necesario para sustentar una comunidad de aprendizaje continuo como el que hemos descrito antes.

MANTENIMIENTO DE LAS HABILIDADES

Muchas profesiones requieren que los profesionales que las practican se recertifiquen periódicamente, para demostrar que mantienen al día sus habilidades. Los especialistas médicos, los pilotos de avión, los bomberos y los socorristas no pueden seguir ejerciendo a no ser que actualicen y demuestren periódicamente sus habilidades. Los pilotos deben demostrar su pericia en condiciones complicadas. Los paramédicos y los socorristas deben demostrar que saben practicar la resucitación cardiopulmonar.

Y es por un buen motivo. Las habilidades tienden a oxidarse con el tiempo. Las personas desarrollan sus propias variaciones o, sencillamente, se olvidan de cuestiones clave. Además, es importante mantenerse al día de los avances. La investigación en EM avanza rápidamente y ahora se sabe mucho más de lo que sabíamos hace sólo diez años, cuando escribimos la segunda edición. Demostrar que se es capaz de proporcionar un servicio no garantiza que se haga en la práctica o que esas mismas habilidades sigan ahí al cabo de unos años. La autopercepción y los autoinformes no son fiables, por lo que los programas de recertificación suelen incluir la observación por parte de terceros.

Precisamente por eso alentamos la observación directa de la práctica como norma. Esto se acepta más en algunos contextos profesionales que en otros. Los profesionales de la medicina y los pilotos de avión están acostumbrados a que los observen, forma parte habitual de su trabajo. En otros contextos, la consulta tras puertas cerradas ha sido la norma, y hay poco más que las notas del caso para auditar lo que sucede. Esto último inhibe el aprendizaje del terapeuta y la mejora continuada en la organización.

A veces, se cree que la confidencialidad del cliente impide la observación directa o grabar las sesiones. Lo importante, en este caso, es obtener el consentimiento explícito. Las sesiones no deben observarse ni grabarse sin el conocimiento y el consentimiento del cliente. Sin embargo, hemos observado que la mayoría de clientes acceden a que las sesiones se graben en vídeo o en audio siempre que se garantice la confidencialidad. El consentimiento escrito debería ser revocable, incluir una explicación del uso o usos que se va a dar a la grabación, especificar cómo se protegerá la confidencialidad e indicar

cuándo y cómo se destruirán las grabaciones. Los clientes también pueden solicitar que la grabación se interrumpa durante un periodo concreto, aunque en la práctica sucede muy pocas veces.

El desarrollo de la habilidad clínica no es un suceso único y circunscrito en el tiempo, sino un proceso continuado. Ayudar al personal a continuar mejorando sus habilidades clínicas beneficiará a todas las partes implicadas. Tal y como hemos explicado antes, los sistemas de codificación facilitan una evaluación más estandarizada que las impresiones subjetivas. Ciertamente, la práctica experta se compone de mucho más de lo que pueden recoger estos sistemas de codificación estructurados, pero al menos ofrecen una base para el desarrollo de las habilidades.

CONTENIDO DE LA FORMACIÓN

¿Qué habría que incluir en una formación de EM? De nuevo, aquí deseamos ser conservadores y no alejarnos de lo que la investigación ha demostrado que es más importante. Sugerimos que cualquier programa de formación, independientemente de su formato, debería contener cuatro componentes generales (recuadro 24.1).

RECUADRO 24.1. Cuatro componentes generales de la competencia en EM



Conocimiento de la EM y su espíritu

El conocimiento actualizado de la EM es fundamental. El propósito principal de este libro es proporcionar esa base. Un taller introductorio también puede ofrecerla, asumiendo que el formador se mantenga al día de los avances en este campo. Desde el punto de vista del entrevistador en formación, estas son algunas de las preguntas clave que hay que abordar:

- «¿Qué es la EM?»
- «¿Cómo puede ayudarme en mi trabajo cotidiano?»
- «¿Cuáles son las pruebas de su eficacia?»
- «¿Cómo funciona?»
- «¿En qué se diferencia de lo que hago ahora?»
- «¿Quiero seguir aprendiendo cómo hacerlo?»

Una introducción a la EM debería incluir no sólo conocimiento teórico, sino una demostración del método. Aunque puede hacerse mediante uno de los numerosos vídeos formativos disponibles, los formadores también deberían poder demostrar su capacidad en EM en directo y adaptarse a las dificultades o poblaciones relevantes para los participantes. Por eso insistimos en que, antes de formar a otros, uno mismo ha de ser muy competente en la práctica de la EM. La formación debe centrarse no sólo en la técnica, sino también en el espíritu subyacente a la práctica de la EM.

Vincular

Un segundo elemento imprescindible de la formación en EM es el desarrollo de las habilidades terapéuticas centradas en el cliente, que en los capítulos anteriores hemos plasmado como PARS. Se trata de habilidades clínicas útiles en sí mismas y son cruciales para la práctica de la EM. Estamos especialmente convencidos de la importancia de la empatía precisa como habilidad clave para facilitar el cambio en el cliente. En este caso, la habilidad consiste en ser capaz de practicar las PARS cómodamente y bien, sin necesidad de utilizarlas orientadas a un objetivo.

Enfocar y evocar

El método se convierte inequívocamente en EM cuando añadimos un foco claro y el componente de la evocación orientada a objetivos. A veces, la importancia de estos dos procesos se pasa por alto durante la formación en EM. Aquí, la habilidad consiste en encontrar un foco claro y en reconocer, evocar y responder al discurso de cambio de modo que lo reforcemos. Durante la formación a grupos de terapeutas y a la hora de aprender estas habilidades, una mayor homogeneidad en cuanto a los contextos asistenciales o especialidades clínicas puede resultar especialmente útil.

Planificar e integrar

Otro de los componentes cuya importancia se subestima a veces es el proceso de planificación en la negociación de un plan de cambio. Las habilidades necesarias incluyen la planificación temporal, el desarrollo de un plan de cambio, evocar el compromiso con el cambio e integrar la EM con el resto de habilidades clínicas necesarias para la ejecución del cambio. Uno de los objetivos en este aspecto es aplicar la EM con flexibilidad y junto a otras habilidades clínicas, para facilitar el cambio.

No todo el mundo necesita los cuatro componentes de la formación. Por lo tanto, si hay posibilidad de personalizarla, vale la pena evaluar las habilidades actuales del participante en cada uno de los cuatro componentes. Esta evaluación exige necesariamente la observación de sesiones de práctica. Si las habilidades de vinculación centradas en el cliente ya son sólidas, tiene sentido que se pase al elemento de enfocar y de evocar. Para que la evocación tenga sentido, hay que contar con un conocimiento previo de qué es la EM. La planificación puede aprenderse como una habilidad independiente, pero integrar la EM con las habilidades clínicas habituales es más fácil cuando uno ha adquirido ya un nivel razonable de habilidad y comodidad con el proceso de evocar.

Una formación en EM debe cubrir como mínimo estos cuatro componentes. Aunque la EM es mucho más que eso, la investigación ha demostrado con claridad que son fundamentales. Entender el estilo y el espíritu global de la EM, y no sólo las técnicas, es muy importante. El estilo empático y centrado en el cliente es fundamental. La práctica de la EM puede influir en el discurso de cambio y el de mantenimiento, y la proporción relativa entre ambos predice el resultado que obtendrá el cliente. Decir que sí a un plan de acción específico aumenta significativamente las probabilidades de que se lleve a cabo.

Puntos clave

- ✓ La EM no es una técnica, sino un conjunto integrado de habilidades de entrevista.
- ✓ El *feedback* y el acompañamiento de un experto son importantes en el aprendizaje de la EM y deben basarse en la práctica supervisada.
- ✓ El desarrollo de habilidades en EM no es un acto único sino un proceso continuado.

CAPÍTULO 25

APLICAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Lo más importante en este mundo no es tanto dónde estamos, sino adónde nos dirigimos.

OLIVER WENDELL HOLMES

Actúa como si lo que hicieras fuera importante. Lo es.

WILLIAM JAMES

Con frecuencia nos preguntan «¿Puedo aplicar la EM en mi trabajo?». La EM se ha aplicado a un abanico de contextos amplísimo y, por lo tanto, nuestra respuesta suele ser algo parecido a «Prueba (y explícanos cómo te va)». Si conocemos investigación relevante sobre la aplicación de la EM en tal o cual contexto o población, también la compartimos. En www.motivationalinterviewing.org encontrará una completa bibliografía (en inglés) sobre las aplicaciones de la EM.

Sin embargo, con frecuencia no nos plantean una pregunta cerrada a la que podemos contestar con un sí o un no. La pregunta abierta subyacente es «¿Cómo puedo adaptar la EM a este problema, situación o entorno?». ¿Tiene sentido en este contexto? ¿Qué cambios podrían ser necesarios? ¿Qué es crucial mantener y qué puede modificarse sin perder la esencia o el impacto de la EM?

De esto trata este capítulo: de las aplicaciones y las adaptaciones de la EM. Empezaremos por una serie de preguntas sobre las que puede reflexionar cuando se plantee la aplicabilidad de la EM, tanto si va a atender a clientes, pacientes, alumnos, personas en prácticas, profesionales en supervisión o familias.

1. ¿Se dan (o deberían darse) conversaciones sobre el cambio?
2. ¿Los resultados de las personas a las que atiende se verán influenciados por el alcance de los cambios que lleven a cabo en sus vidas o conductas?
3. ¿Parte de su trabajo consiste (o debería consistir) en alentar esos cambios en las personas?
4. ¿Las personas a las que atiende suelen mostrarse reticentes o ambivalentes a la hora de hacer cambios?

5. ¿La utilización, la adherencia y la retención son cuestiones importantes en el servicio que proporciona?
6. ¿El personal tiene dificultades o se queja de personas «desmotivadas», «resistentes» o «difíciles»?

Las respuestas afirmativas a estas preguntas sugieren que la EM podría encajar en su contexto. Esto no garantiza que la EM resulte útil o efectiva en su trabajo; sencillamente le da un motivo para valorar la posibilidad de que la EM encaje con las necesidades o dificultades de su servicio.

Otra de las cosas que hay que considerar es la bondad del ajuste. Es posible haber respondido que sí a las seis preguntas anteriores y trabajar en un entorno donde la EM no encaje. Por ejemplo, imagine un servicio donde el punto de vista dominante incluya premisas como estas:

- «Nosotros somos los expertos y tenemos que llevar las riendas.»
- «No tenemos tiempo para escuchar a la gente. Tenemos demasiadas cosas que hacer.»
- «No vamos a perder el tiempo con personas que ni siquiera están motivadas.»
- «Nuestros clientes están en negación, son deshonestos, están desconectados de la realidad y son incapaces de cambiar por sí solos. No tiene sentido escucharles.»
- «El único lenguaje que entienden es que se lo pongamos bien claro, los asustemos y, entonces, les digamos lo que deben hacer.»
- «No van a cambiar hagamos lo que hagamos y por mucho que nos esforcemos.»

Este tipo de filosofía de servicio es tan opuesta a los principios subyacentes que hemos descrito en el capítulo 1 que, de hecho, no esperaríamos que un servicio así se mostrara muy interesado o receptivo a la EM. Por supuesto, el cambio de cultura es posible. La persona responsable de la contratación puede ejercer un impacto considerable en el clima futuro a medida que el personal se va renovando. Sin embargo, si el clima actual es como el que acabamos de describir, no es muy probable que recibieran la EM con los brazos abiertos.

Nos apresuramos a añadir que esto no significa que la EM no pueda ejercer un papel aquí ni ser beneficiosa. Con sólo una persona que trabajase con este estilo centrado en el cliente ya se podría marcar una diferencia, sobre todo si esa persona trabajara en las fases iniciales del servicio. Esta fue nuestra experiencia en un programa de tratamiento residencial del alcoholismo, de veintiún días de duración y bastante confrontativo: añadir una única sesión de EM poco después del ingreso (en un ensayo aleatorizado) duplicó las tasas de abstinencia tras el alta en comparación con el tratamiento habitual (Brown y Miller, 1993). El personal del programa (que no sabía a qué grupo se había asignado a los pacientes) otorgó puntuaciones más elevadas en relación con la motivación y la adherencia, y predijo una mejor evolución (y acertaron) para los pacientes que habían recibido una sesión de EM. Incluso una única persona puede marcar una diferencia.

Con que sólo una persona trabajase con este estilo centrado en el cliente ya se podría marcar una diferencia.

Formatos

En la mayoría de estudios de resultados, la EM se ha llevado a cabo en consultas individuales y cara a cara. ¿Se puede aplicar la EM de forma efectiva en otros formatos?

TELÉFONO Y VIDEOCONFERENCIAS

La EM es una conversación sobre el cambio, y ahora es posible mantener conversaciones a distancia. Algunas tecnologías sólo ofrecen la parte auditiva, mientras que otras ofrecen también la visual. Docenas de estudios han llevado a cabo EM por teléfono u otros medios de comunicación auditivos, por ejemplo, para promover el ejercicio físico (Ang, Kesavalu, Lydon, Lane y Bigatti, 2007; Bennett, Lyons, Winters-Stone, Nail y Scherer, 2007; Van Keulen *et al.*, 2011), la criba de cáncer colorrectal (Wahab *et al.*, 2008), la adherencia a la medicación (Berger, Liang y Hudmon, 2005; Cook, Emiliozzi, Waters y El Hajj, 2008), cambios en la alimentación (Campbell *et al.*, 2009; Resnicow *et al.*, 2001; Van Keulen *et al.*, 2011), la deshabituación tabáquica (Persson y Hjalmarson, 2006; Severson *et al.*, 2009, y la donación de sangre (Sinclair *et al.*, 2010). El contacto visual añade señales no verbales y posiblemente aumenta la satisfacción del cliente (Baca y Manuel, 2007), aunque no está claro que aumente el impacto de la EM.

TERAPIA DE GRUPO

En interés de la eficiencia, las sesiones de terapia pueden ser en grupo, en lugar de individuales. ¿Es la EM eficaz también en un contexto grupal? Si las intervenciones grupales logran resultados similares a las individuales, el formato de grupo podría resultar ventajoso en relación con el coste-efectividad (Sobell, Sobell y Agrawal, 2009).

Trasladar la EM del contexto individual al grupal no es un proceso automático. Recomendamos encarecidamente que los entrevistadores afinen bien sus habilidades en EM individual antes de intentar practicarla en grupos, porque la gestión de las dinámicas de grupo añade complejidad.

Si evocar y verbalizar discurso de cambio es un elemento importante para la eficacia de la EM, uno de los primeros retos que plantea el contexto grupal es el tiempo durante el que cada interviniente tendrá la palabra. Necesariamente, cada miembro del grupo dispondrá de menos tiempo para hablar y recibirá menos atención personal que si se

tratase de una EM individual. Por lo tanto, las personas tienen menos oportunidades para verbalizar su propio discurso de cambio. Además, las dinámicas grupales pueden alterar la probabilidad de aparición del discurso de cambio.

Los clientes pueden reforzarse mutuamente el discurso de mantenimiento, y dicha confabulación en pro del *statu quo* puede hacer que el grupo acabe siendo contraproducente y obtenga resultados menos favorables que la ausencia de tratamiento o el tratamiento estándar (Brown *et al.*, 2007; Walters, Ogle y Martin, 2002). Por lo tanto, una de las claves reside en disponer el grupo de modo que se maximicen las oportunidades de que todos los miembros generen y exploren discurso de cambio.

Hay evidencias razonables de que la EM puede practicarse de forma efectiva en el formato grupal (Bailey, Baker, Webster y Lewin, 2004; LaBrie *et al.*, 2008; Santa Ana, Wulfert y Nietert, 2007; Schmiede, Broadbush, Levin y Bryan, 2009), aunque la investigación aún está en una fase relativamente temprana. Nuestra interpretación de la literatura existente es que la EM grupal tiende a ofrecer resultados menos predecibles que la EM individual, aunque, ciertamente, hay variabilidad en ambas modalidades. Se sabe relativamente poco de los «ingredientes activos», los mediadores y los moderadores de la eficacia en la EM grupal (LaChance, Feldstein, Ewing, Bryan y Hutchinson, 2009; Webber, Tate y Quintiliani, 2008). Wagner e Ingersoll (2012) ofrecen un sumario actualizado del conocimiento y la experiencia en EM grupal, junto a directrices para llevarla a cabo.

FORMATOS ESCRITOS

¿Puede la EM practicarse en formatos escritos, mediante material impreso o programas informáticos interactivos? Aunque la investigación en este aspecto también es muy reciente, algunos de los primeros resultados son alentadores.

Uno de los instrumentos escritos más evaluado es la aplicación informática del «chequeo del bebedor», el prototipo de la terapia de estímulo de la motivación (Squires y Hester, 2004; Walker, Roffman, Picciano y Stephens, 2007; Walters, Hester, Chiauuzzi y Miller, 2005). En el seguimiento a los doce meses tras el chequeo completado por ordenador, se informó de una reducción sostenida en el consumo de alcohol y en los problemas asociados (Hester, Squires y Delaney, 2005). Se ha informado de resultados positivos con un programa informático que incluye un elemento de EM en la deshabituación tabáquica (Hollis *et al.*, 2005), la reducción de conductas sexuales de riesgo (Kiene y Barta, 2006) y la depresión y el uso de marihuana (Kay-Lambkin, Baker, Lewin y Carr, 2009). También se ha explorado la intervención basada en ordenador para reducir el consumo de drogas durante el embarazo (Ondersma, Chase, Svikis y Schuster, 2005; Ondersma, Svikis y Schuster, 2007). Un estudio aleatorizado que comparaba el *feedback* administrado en persona y el *feedback* administrado por ordenador concluyó

que la intervención en persona obtenía un cambio de conducta significativo en comparación con los grupos de control, mientras que la versión informatizada no (Wagener *et al.*, 2012).

Es poco probable que las intervenciones informatizadas ejercieran efecto por que expresaran empatía o evocaran discurso de cambio. Es probable que uno de los ingredientes activos del formato de chequeo sea que proporciona *feedback* personalizado, lo que, a su vez, puede activar el cambio (Agostinelli *et al.*, 1995; Juárez *et al.*, 2006). Las intervenciones informatizadas basadas en la EM pueden ofrecer resultados intermedios entre la intervención en persona y la ausencia de intervención (Barnet *et al.*, 2009). El *feedback* motivacional también puede ofrecerse mediante cartas personalizadas (Agostinelli *et al.*, 1995; Miller *et al.*, 2004; Van Keulen *et al.*, 2001).

También es posible diseñar material impreso con propósitos terapéuticos específicos (Christensen, Miller y Muñoz, 1978). Se reconocen ampliamente los beneficios terapéuticos potenciales de escribir un diario evocador (Pennebaker, 1997; Proffoff, 1975), y tiene efectos similares a los de hablar durante la terapia (Donnelly y Murray, 1991, Murray y Segal, 1994). Los diarios interactivos son un método específico que suscita las respuestas escritas del cliente mientras lee información relevante (Parr, Haberstroh y Kottler, 2000; Proctor, Cowin, Hoffmann y Allison, 2009). Ensayos controlados con delincuentes han informado de reducciones en la reincidencia cuando se usa la técnica del diario interactivo (Loudenburger, 2008; Proctor, Hoffman y Allison, 2012). Este tipo de material interactivo puede diseñarse específicamente para evocar el discurso de cambio del cliente y aumentar la motivación para el cambio (p. e., Miller y Mee-Lee, 2010; Parks y Woodford, 2005). Estos materiales también pueden presentarse en formato interactivo en línea (Childress, 1999).

CONSULTAS DE FAMILIA

¿Es posible incluir a uno o más miembros de la familia en una entrevista motivacional? Las intervenciones basadas en la EM han incorporado la opción de incluir a una persona significativa (PS) para apoyar la motivación para el cambio (Longabaugh *et al.*, 2005; Miller, Zweben *et al.*, 1992; Tevyaw, Borsari, Colby y Monti, 2007; UKATT Research Team, 2001; Zweben, 1991). Esto puede aumentar el apoyo social que recibe el cliente durante su proceso de cambio y también puede ofrecer información importante que el cliente no verbalizaría solo (Burke, Vassilev, Kantchelov y Zweben, 2002). Una de las dificultades cuando se incluye a una PS es cómo gestionar la interacción durante la sesión, de modo que la PS no suscite discurso de mantenimiento en el cliente ni lo ponga a la defensiva. Con frecuencia, la historia es que la PS ha defendido el cambio y el cliente ha argumentado en contra y la dinámica puede reproducirse con gran facilidad durante la sesión a no ser que se tomen medidas

específicas para impedirlo. Practicar la EM con ambas partes puede acentuar el cambio positivo. Se pueden establecer normas básicas al principio, para guiar la participación de la PS y del cliente (p. e., no culpabilizar; centrarse en el cambio positivo...).

También es posible practicar la EM con el objetivo de mejorar la relación, en lugar de que uno de los miembros de la pareja sea el cliente identificado (Burke *et al.*, 2002). Entonces, estaríamos interviniendo con los dos miembros de la pareja. Se ha adaptado el enfoque MET de proporcionar *feedback* personalizado en combinación con la EM a varias intervenciones con familias (Connell y Dishion, 2008; Cordova, Warren y Gee, 2001; O’Leary, 2001; Rao, 1999; Roffman *et al.*, 2008; Slavet *et al.*, 2005; Uebelacker *et al.*, 2006; Van Ryzin, Stormshak y Dishion, 2012).

COMBINAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON OTROS TRATAMIENTOS

¿Cómo encaja la EM con el resto de lo que hace? Limitar su ejercicio profesional a la EM no tendría sentido, ya que no es más que una herramienta clínica para el problema concreto de ayudar a las personas a avanzar desde la ambivalencia hacia un cambio duradero. Casi todos los tipos de consulta incluyen otras tareas y habilidades clínicas importantes, algunas de las cuales se centran más en dirigir o en acompañar que en guiar.

Una manera de pensar en cómo integrar la EM en el abanico más amplio de la consulta es un modelo de alternancia. Usamos la EM cuando la dificultad reside en la motivación para el cambio y la dejamos cuando hay que activar otras tareas (Miller y Moyers, 2006). En un estudio en el que preseleccionamos a terapeutas con una elevada habilidad empática, concluimos que asimilaban de forma muy natural los elementos de la EM en un tratamiento combinado, pero parecían tener dificultades para pasar a un estilo más directivo en los elementos más conductuales (Miller, Moyers *et al.*, 2005). En un modelo de alternancia, pasaríamos con flexibilidad de la EM a otros estilos y viceversa, en función de la tarea clínica del momento. La consulta podría empezar con una EM y luego pasar a otras estrategias, una vez que el cliente estuviera preparado para pasar a la acción (Longabaugh *et al.*, 2005; Miller, 2004). Si luego volvieran a aparecer obstáculos motivacionales, recuperaríamos la EM.

Sin embargo, a veces los clínicos con experiencia en EM quedan insatisfechos con este modelo. «En realidad, jamás salgo de la EM», afirman. No es sólo que guarden la EM en la reserva, por si volvieran a necesitarla. Su experiencia es que, de algún modo, la EM se ha integrado y ha imbuido toda su práctica clínica. Se ha convertido en un estilo clínico desde el que abordan varias tareas del tratamiento. Más que algo específico que hacen en un momento dado, la EM se ha convertido en una manera de hacer las cosas, de trabajar.

Este segundo modelo, al que llamamos integrador, encaja mejor con nuestra comprensión actual de la EM en cuatro procesos clínicos. Vincular, enfocar y planificar (entendido de forma amplia de modo que incluye la ejecución) son procesos que

aparecen en muchos contextos asistenciales distintos. El proceso de evocar, que quizás sea más específico de la EM, resulta adecuado cuando hay que reforzar la motivación para el cambio y, al igual que sucede con el resto de procesos, hay momentos en que se necesita y momentos en que no. La práctica de la EM tal y como la hemos descrito supone un movimiento flexible entre estos cuatro procesos. Por lo tanto, no se trata de entrar y salir de la EM, sino de entrelazar ágilmente los procesos en respuesta al estado inmediato del cliente.

Otro aspecto de este modelo integrativo es el espíritu subyacente de la EM (capítulo 1), que puede mantenerse en una amplia variedad de aplicaciones específicas. Esta *Menschenbild* y la concepción de uno mismo como facilitador de la dinámica de cambio no es algo que pueda activarse y desactivarse con facilidad. La actitud mental y emocional de colaboración, aceptación, compasión y evocación puede ser una base sólida para la buena práctica en general. Y creemos que este es otro motivo por el que los clínicos no perciben que «enciendan» o «apaguen» la EM cuando avanzan junto al cliente en el proceso de cambio.

El estilo de la EM parece ser compatible con una amplia variedad de prácticas clínicas. Cuando la EM se combina con otro tratamiento activo, la eficacia de ambos puede aumentar (Hettema *et al.*, 2005; Westra, 2012). Con diferencia, la combinación más habitual hasta la fecha ha sido la de la EM con métodos cognitivo-conductuales (p. e., Ali, Hagshenas, Reza, Ira y Maryam, 2011; Arkowitz y Westra, 2004; DiLillo, Siegfried y West, 2003; Kertes, Westra, Angus y Marcus, 2011; Longabaugh *et al.*, 2005, Merlo *et al.*, 2010; Parsons, Golub, Rosof y Holder, 2007; Runyon, Deblinger y Schroeder, 2009; Smith, Heckemeyer, Kratt y Mason, 1997). Este tipo de combinaciones híbridas plantean retos específicos a la hora de garantizar la fidelidad al tratamiento (Haddock *et al.*, 2012). También es posible combinar la EM con intervenciones educativas (Gance-Cleveland, 2007; Leak, Davis, Houchin y Mabrey, 2009; Sherman *et al.*, 2009), farmacológicas (Anton *et al.*, 2005; Heffner *et al.*, 2010), de salud pública (Thevos, Kaona, Siajunza y Quick, 2000), gestión de casos (Robles *et al.*, 2004) o de otro tipo. Clínicamente, estas integraciones pueden resultar más lógicas que la comparación o incluso confrontación entre la EM y otros enfoques, aunque la EM es una condición de comparación adecuada en ensayos clínicos para determinar si otros tratamientos mejoran respecto a un tratamiento activo más mínimo (p. e., Davidson, Gulliver, Longabaugh, Wirtz y Swift, 2007).

El estilo de la EM parece ser compatible con una amplia variedad de prácticas clínicas.

Distintas funciones y contextos

La EM se ha usado sobre todo en contextos de tratamiento en los que un profesional de la salud (p. e., trabajador social, psicólogo, farmacéutico, fisioterapeuta...) habla con pacientes acerca del cambio. Últimamente, las aplicaciones de la EM se han ido ampliando para incluir otros contextos asistenciales. A continuación reflexionaremos brevemente sobre estas adaptaciones más recientes.

COACHING

El *coaching* (entrenamiento, en inglés) es el proceso de ayudar a alguien a adquirir una habilidad, y es un elemento habitual en muchas profesiones. Los «*coaches* de vida» ofrecen ayuda en una amplia variedad de temas:

El proceso de *coaching* aborda los proyectos personales específicos; los éxitos profesionales; y la situación general y las transiciones en la vida personal del cliente, en sus relaciones o en su vida profesional, a partir del examen de lo que sucede en este momento, del análisis de cuáles pueden ser los obstáculos y dificultades, y de la elección de un curso de acción para que la vida del cliente sea lo que quiere que sea. (Extraído de <www.lifecoaching.com> el 12 de agosto de 2011.)

En este aspecto, el *coaching* y la EM pueden tener mucho en común. Los procesos de vincular, enfocar y planificar son evidentes en descripciones como la que acabamos de leer, y el proceso de evocación de la EM parece encajar de forma natural. Un «*coach* de vida» puede estar certificado por una de varias asociaciones y puede tener o no formación en EM. Profesionales de la salud, como las enfermeras, también pueden proporcionar *coaching* para el cambio de conducta (Bennett *et al.*, 2005; Borrelli *et al.*, 2005; Butterworth, Linden, McClay y Leo, 2006), del mismo modo que los psicólogos (Passmore, 2007; Passmore y Whybrow, 2008).

Sin embargo, los métodos de aplicación del *coaching* son tan variados y, a veces, tan inespecíficos como los de las terapias y psicoterapias. Ciertamente, encontramos paralelismos entre el propósito general del *coaching* (ayudar a las personas a llevar a cabo cambios positivos en su vida) y el estilo de comunicación de la EM (Antiss y Passmore, 2012; Lawson, Wolever, Donovan y Greene, 2009; Mantler, Irwin y Morrow, 2010; N. H. Miller, 2010; Newnham-Kanas, Morrow e Irwin, 2010). Butterworth (2007) observó que «hasta la fecha, el *coaching* para la salud basado en la entrevista motivacional es la única técnica que se ha descrito de forma completa y que ha demostrado con solidez una relación causal e independiente con resultados de conducta positivos» (p. 299).

En general, los *coaches* (y aquí incluimos también a los entrenadores deportivos) se mueven entre un estilo directivo y de guía. (Pocos entrenadores deportivos adoptarían un estilo de acompañamiento.) Es posible que la EM resulte útil cuando el *coaching* se centra más en la orientación y en sacar a la luz el mejor rendimiento posible de la persona o del equipo, en lugar de adoptar un estilo muy directivo y autoritario. Las

buenas prácticas en la enseñanza, el *coaching* y la salud exigen activar en la persona sus propias experiencias de aprendizaje de un modo que, con frecuencia, se parece mucho a la EM.

EDUCACIÓN

El ámbito educativo es una de las áreas donde se ha empezado a aplicar la EM más recientemente, aunque cuenta con una larga historia de estilos educativos socráticos y centrados en la persona (Rogers, 1980b). Se han descrito adaptaciones de la EM para evitar el abandono escolar en la educación secundaria (Atkinson y Woods, 2003) y la depresión (Connell y Dishion, 2008); para reducir las faltas de asistencia injustificadas (Enea y Dafinoiu, 2009); mejorar los hábitos de estudio y las notas (Daugherty, 2009); abordar el consumo de tabaco (Bolger *et al.*, 2010; Harris *et al.*, 2010), de alcohol (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight y Marlatt, 2001; Burke, Da Silva, Vaughan y Knight, 2005; Scholl y Schmitt, 2009; Tevyaw *et al.*, 2007) y de marihuana entre los alumnos (Swan *et al.*, 2008; Walker *et al.*, 2006); prevenir la obesidad (Flattum, Friend, Neumark-Sztainer y Story, 2009); en la gestión de las aulas (Reinke, Herman y Sprick, 2001); y en la gestión de las medidas disciplinarias (Kelly y Lapworth, 2006; LaBrie, Lamb, Pedersen y Quinlan, 2006).

A partir de la lista anterior, se habrá dado cuenta de que estos primeros intentos de aplicar la EM en el entorno educativo tienden a la gestión de problemas. Sin embargo, aún queda por explorar la extraordinaria compatibilidad entre la EM y las buenas prácticas en la promoción del desempeño y de la salud emocional en términos más generales. El potencial de la EM para informar las prácticas educativas cotidianas nos abre una vía muy prometedora.

INTERVENCIONES BREVES

Con frecuencia nos preguntan si es posible hacer una EM en tan sólo unos minutos. En cierto modo, es como preguntar si es posible tocar el piano durante cinco minutos. Aunque no bastaría para dar un gran concierto, ciertamente se puede tocar un instrumento o practicar el estilo de la EM en el tiempo que se tenga disponible, por breve que sea. Y no es sólo que sea posible, sino que si sólo dispone de unos minutos para hablar del cambio de conducta, tiene muchas más probabilidades de lograr algo con la EM que si amenaza con el dedo (Soria *et al.*, 2006). Se ha informado de ejemplos de consultas relativamente breves con EM que han dado como resultado cambios de conducta en contextos muy diversos, como atención primaria (Aharonovich *et al.*, 2006; Barkin, 2008; Bernstein *et al.*, 2005; Butler *et al.*, 1999; D'Amico, Miles, Stern y Meredith, 2008; Hollis *et al.*, 2005); psiquiatría (Brown *et al.*, 2009; Graeber, Moyers,

Griffith, Guajardo y Tonigan, 2003; Hulse y Tait, 2002); odontología (Koerber, Crawford y O'Connell, 2003; Weinstein, Harrison y Benton, 2004); atención prenatal (Handmaker y Wilbourne, 2001; Valanis *et al.*, 2001); desintoxicación (Stotts *et al.*, 2001); intercambio de agujas (Stein, Charuvastra, Maksad y Anderson, 2002); donación de sangre (Sinclair *et al.*, 2010); servicios de emergencias (Bernstein y Bernstein, 2008; Bernstein, Bernstein y Levenson, 1997; Longabaugh *et al.*, 2001; Monti *et al.*, 1999; Neighbors, Barnett, Rohsenow, Colby y Monti, 2010; Spirito *et al.*, 2004); departamentos de urgencias (Monti *et al.*, 2007; Schermer *et al.*, 2006) y consultas telefónicas (Bell *et al.*, 2005; Valanis *et al.*, 2003). Aunque se ha explorado menos, la EM también podría ofrecerse como intervención breve en otros servicios asistenciales, como servicios sociales, programas de atención al empleado, farmacias y servicios legales.

SISTEMA PENITENCIARIO

El sistema correccional es otra de las áreas donde el uso de la EM se está extendiendo rápidamente (McMurran, 2009; McMurran y Ward, 2004; Walters, Clark, Gingerich y Meltzer, 2007). Se han descrito aplicaciones en la gestión de la libertad condicional (Clark, 2005; Clark, Walters, Gingerich y Meltzer, 2006; Harper y Hardy, 2000; Walters, Vader, Nguyen, Harris y Eells, 2010); de la reclusión (Farbring y Johnson, 2008; Rosen, Hiller, Webster, Staton y Leukefeld, 2004; Slavet *et al.*, 2005; Stein *et al.*, 2006); centros de menores y de atención a la infancia (Feldstein y Ginsburg, 2006; Hohman, 1998; Hohman y Matulich, 2010; Patel, Lambie y Glover, 2008) y rehabilitación de infractores (Birgden, 2004; Dia, Simmons, Oliver y Cooper, 2009; Easton, Swan y Sinha, 2000; Kistenmacher y Weiss, 2008; LaChance *et al.*, 2009; Mann y Rollnick, 1996), además de en la promoción de la salud de policías y bomberos (Anshel y Kang, 2008; Elliot *et al.*, 2007).

Uno de los objetivos primordiales de los sistemas correccionales es, obviamente, el cambio de conducta, por lo que las intervenciones efectivas a la hora de promover el cambio son cruciales. ¿Hay algún motivo para pensar que, como grupo, los delincuentes respondan a las intervenciones para el cambio de una manera distinta al resto de la población? Una de las cosas que hay que tener en cuenta es que, como se han visto privados de otras libertades, es posible que muestren un nivel de reactancia superior al habitual y que se resistan a enfoques confrontativos que limitan aún más su autonomía. Los estudios han demostrado que las personas con niveles de reactancia elevados responden mejor a la EM que a estilos más directivos (Grodin, 2006; Karno y Longabaugh, 2005a, 2005b; Karno, Longabaugh y Herbeck, 2009). Teniendo esto en cuenta, la EM podría ser un estilo especialmente adecuado para trabajar con delincuentes.

Existe una hipótesis contraria, según la cual las personas antisociales no responderían a la EM, porque supuestamente son incapaces de establecer relaciones terapéuticas. Un estudio (Rosenblum *et al.*, 2005) concluyó que la terapia cognitivo-conductual había sido más efectiva que un tratamiento grupal de estímulo de la motivación basado en la teoría de la autodeterminación en una pequeña muestra de personas con trastorno de personalidad antisocial. Otros estudios no han corroborado esta predicción (Project MATCH Research Group, 1998b) y han sugerido que las personas antisociales pueden responder mejor a la EM que a un enfoque más confrontativo (Grant *et al.*, 2009; Woodall, Delaney, Kunitz, Westerberg y Zhao, 2007).

Los profesionales que trabajan en sistemas correccionales suelen ejercer funciones duales y posiblemente contradictorias en relación con los presos (capítulo 10). Una de ellas es fomentar el cambio de conducta, y parece que llevarla a cabo en el marco de una relación de colaboración con los presos sería lo más eficaz. Sin embargo, al mismo tiempo, los profesionales que trabajan con presos suelen tener que garantizar que se cumplan las normas y realizar informes, lo que puede generar una relación de confrontación. Creemos que estas funciones son compatibles cuando ambas partes entienden con claridad las limitaciones y los deberes de los profesionales y estos últimos pueden adquirir, y adquieren, habilidad en la práctica de la EM (Hartzler y Espinosa, 2011). Las contingencias «si-entonces» de la función normativa no son incompatibles con el mensaje «Quiero hacer todo lo que pueda para ayudarte a conseguir la libertad». Al igual que sucede cuando se trabaja con otras poblaciones, el profesional que aplica la EM con presos asume que estos tienen motivaciones inherentes para el cambio positivo. Es muy posible que, si el entrevistador defiende los cambios, consiga evocar oposición o silencio pasivo, mientras que la EM busca y refuerza la motivación para el cambio del propio preso. Los primeros resultados sobre la disminución de la reincidencia entre los delincuentes que recibieron EM son alentadores (Antiss, Polaschek y Wilson, 2011).

ORGANIZACIONES

Al igual que sucede en los correccionales, la *Menschenbild* con que los directivos de una organización miren a sus subordinados es muy importante. En su clásico *El lado humano de la empresa* (2006), publicado originalmente en 1960, McGregor comparaba lo que denominó Teoría X y Teoría Y de la motivación de las personas en el lugar de trabajo. La primera, la Teoría X, asume que los trabajadores son holgazanes y están desmotivados, que no les gusta trabajar y que aplican la ley del mínimo esfuerzo. Por lo tanto, los jefes de la Teoría X tienden a mostrarse vigilantes, escépticos y desconfiados y recurren con frecuencia a las amenazas, la coerción, la supervisión restrictiva y los castigos y las recompensas para conseguir que los trabajadores hagan lo que, de otro modo, evitarían hacer. Por el contrario, la Teoría Y mantiene que los trabajadores cuentan con un talento y una creatividad sin explotar, que les suele gustar su trabajo y que son

capaces de autogestionarse y autodirigirse. El trabajo del jefe de la Teoría Y consiste en ofrecer a sus trabajadores el entorno laboral adecuado que estimule su responsabilidad, motivación y compromiso.

Resulta que ambas teorías tienden a ser profecías autocumplidas, y las empresas de éxito reconocieron hace ya mucho tiempo las ventajas de las organizaciones de la Teoría Y a la hora de inspirar productividad, creatividad y compromiso. Aunque McGregor y Edwards Deming fueron los primeros en describir estas ideas (Walton, 1986), fue en Japón donde se aceptaron y se aplicaron con mayor rapidez para transformar la economía.

Los jefes, supervisores de libertad condicional o terapeutas que entienden su trabajo desde el marco de la Teoría X acaban inmersos en una lucha de poder, en un combate de boxeo o en un juego del gato y el ratón. Uno tiene que *hacer* que la persona vea, cumpla y cambie. Como a los seres humanos les repele que los controlen, la respuesta natural es que cumplan lo menos posible, eviten, evadan y hagan gala de su autonomía. Esto, a su vez, confirma que la Teoría X ofrece una visión correcta de la naturaleza humana. No es muy divertido ser un supervisor de la Teoría X y es muy fácil acabar quemado. Si se asesora desde la óptica de la Teoría X, los clientes tienden a ponerse a la defensiva y a mostrarse resistentes, enfadados, opositivos y reticentes a volver o a cambiar. Por el contrario, si se asesora desde la óptica de la Teoría Y, tienden a mostrarse más abiertos, inquisitivos, motivados, cómodos, implicados y dispuestos a cambiar.

La EM tiene muchas similitudes con la Teoría Y y con la indagación apreciativa, una filosofía de cambio organizacional colaborativo diseñada para evocar recursos y posibilidades (Cooperrider y Whitney, 2005; Madsen, 2009). En lugar de que sea un experto ajeno a la organización quien aporte las soluciones, las suscita el propio sistema, y la clave está en la escucha de calidad. La EM también utiliza métodos que se utilizan habitualmente en la mediación y en la resolución de conflictos, donde la vinculación, el enfoque, la evocación y la planificación son procesos familiares.

Cuando la EM se usa en el contexto organizacional, hay que tener en cuenta la posibilidad de un conflicto de funciones parecido al que puede darse en el sistema penitenciario. ¿En aras del bienestar de quién estamos trabajando? Aplicar la EM en el sistema educativo o correccional o en la empresa para que las personas sean más «manejables» no es congruente con el espíritu de compasión de la EM que hemos descrito en el capítulo 2.

Organizaciones religiosas

La EM también puede ser útil en organizaciones religiosas. La mayoría de las religiones del mundo ofrecen un modelo de lo que significa vivir una vida buena y alientan a las personas a que maduren hacia unos principios y valores determinados (Kass y Lennox, 2005). Sin embargo, estos contextos suelen pasar por alto los métodos

basados en la evidencia para ayudar a las personas a cambiar, en parte por la desconfianza recíproca entre la psicología y la religión (Delaney, Miller y Bisono, 2007; Miller y Martin, 1988). En las culturas donde la religión es un elemento crucial de la identidad personal y comunitaria, las organizaciones religiosas pueden ser una base sólida desde la que promover el cambio de conducta en lo concerniente a la salud (p. e., Resnicow *et al.*, 2002, 2004). Es posible practicar un estilo comunicativo centrado en la persona en contextos religiosos (Buber, 1971; Buber, Rogers, Anderson y Cissna, 1997; Merton, 1960; Miller y Jackson, 1995), y la EM suele ser compatible con la concepción religiosa de la naturaleza humana (p. e., Martin y Sihm, 2009; Miller, 2000).

Adaptar la entrevista motivacional a poblaciones especiales

La posibilidad de aplicar la EM a poblaciones específicas puede generar varias preguntas. Ahora nos centraremos en dos cuestiones ilustrativas: la práctica de la EM con personas con déficits cognitivos y la adaptación de la EM a distintas culturas.

DÉFICIT COGNITIVO

¿Puede la EM ayudar a personas que han sufrido lesiones cerebrales o un ictus, a personas con esquizofrenia o dificultades de aprendizaje o a ancianos con déficit cognitivo? ¿Cuáles son las necesidades específicas de estos grupos? ¿Tienen dificultades con la motivación para el cambio? ¿A qué cambios se enfrentan y cómo suelen abordarse en la práctica?

La tendencia cuando se trabaja con personas a las que se ha diagnosticado un déficit cognitivo es adoptar un estilo muy directivo: cuanto mayor es el déficit, mayor es la inclinación a resolverles los problemas. Visitar unas pocas residencias de ancianos permite comprobar el uso institucional del reflejo de corrección, que se enfrenta a los heroicos esfuerzos de los residentes por proteger la dignidad y la autonomía que conserven. Las necesidades y las aspiraciones de las personas con déficit cognitivo son muy parecidas a las del resto de personas. Las abundantes peticiones para que se trate a estas personas como mínimo con el mismo respeto y compasión con que se trata a personas con menos déficit están absolutamente justificadas. Son múltiples las personas que defienden un enfoque más centrado en la persona que respete la necesidad de dignidad y autonomía de los pacientes. La atención centrada en la persona no es lo mismo que la EM, pero constituye una base excelente desde la que practicarla.

¿Qué función podría desempeñar la EM a la hora de ayudar a las personas a adaptarse a cambios de circunstancias, síntomas difíciles y limitaciones cognitivas? Se está generando literatura sobre el uso de la EM en distintos grupos de personas con varios tipos de déficit cognitivo. De momento, los estudios han tendido a centrarse en

poblaciones en el extremo de mayor severidad del espectro, aunque la mayoría de personas experimentan déficits más modestos. Aun así, si se demuestra que la EM puede ser beneficiosa incluso con déficits mayores, será muy revelador.

Es posible que las personas con distintos tipos de déficit cognitivo no respondan tan bien a la EM como a enfoques más concretos. En este aspecto, existen dos amplios tipos de evidencias que son relevantes aquí. El primer tipo de investigación examina el déficit cognitivo como un moderador de la respuesta a distintos tratamientos. De momento, no se han encontrado medidas cognitivas que predigan una respuesta diferencial a la EM. En un gran ensayo multicéntrico, se predijo que los pacientes obtendrían peores resultados con la MET que con dos tratamientos más intensivos y estructurados si (1) tenían un déficit cognitivo mayor o (2) presentaban un nivel conceptual (más concreto) inferior de funcionamiento cognitivo (Project MATCH Research Group, 1997a). No se confirmó ninguna de las dos hipótesis (Allen, 2001; Donovan, Kivlahan, Kadden y Hill, 2001). Otros estudios han concluido que no existe relación entre el funcionamiento cognitivo y los resultados de la EM (Aharonovich, Brooks, Nunes y Hasin, 2008), aunque estos estudios examinan los efectos principales del déficit cognitivo, más que una interacción diferencial con la EM. En segundo lugar, y más allá de los estudios de respuesta diferencial en base a la función cognitiva, la EM se ha puesto a prueba específicamente en varias poblaciones con déficits cognitivos. A continuación presentaremos brevemente la investigación al respecto.

Hay motivos para anticipar que la EM pueda ser especialmente útil con personas que padecen déficits cognitivos y que suelen presentar dificultades en una o más de estas áreas: atención, velocidad de procesamiento, memoria y funciones ejecutivas (inicio de la motivación, inhibición, flexibilidad de pensamiento, metacognición y autoconciencia). Las técnicas de EM pueden compensar de forma natural varios de estos problemas habituales. Los reflejos y los sumarios repiten información clave y deberían facilitar la atención y la memoria. Evocar discurso de cambio (frente a enfoques psicoeducativos) también podría facilitar la memoria, porque el material procede del propio paciente y se procesa en mayor profundidad. Los reflejos también pueden reforzar la metacognición y la autoconciencia, con lo que se minimiza la oposición habitual tras las lesiones cerebrales. En general, la EM busca explícitamente mejorar la motivación y la planificación de la acción, lo que debería paliar los problemas de iniciación. Para las personas que son muy concretas y tienen problemas para planificar, una planificación de la acción más cuidadosa (p. e., poniendo por escrito las metas específicas y las intenciones de ejecución) puede facilitar el recuerdo y el cumplimiento del plan. Finalmente, la EM tiende a ser breve y precisa. Las personas con lesiones cerebrales suelen cansarse con rapidez y tienen dificultades sobre todo con la fatiga y la sobreestimulación cognitivas. La EM también puede evitar problemas en este aspecto.¹

De momento, la literatura es alentadora (Suárez, 2011). Un ensayo aleatorizado con 411 pacientes concluyó que las probabilidades de que los que habían recibido cuatro sesiones de EM poco después de un ictus agudo estuvieran deprimidos o hubieran fallecido un año después eran significativamente menores (Watkins *et al.*, 2007, 2011). Del mismo modo, los pacientes asignados aleatoriamente para recibir una serie de breves sesiones de EM telefónicas tras el tratamiento agudo de lesiones cerebrales traumáticas, mostraron mejoras significativas en la función cognitiva, el estado de ánimo y el bienestar a lo largo de un año de seguimiento (Bell *et al.*, 2005; Bombardier *et al.*, 2009). El consumo de alcohol es otro de los problemas habituales antes y después de las lesiones cerebrales traumáticas y, en un diseño de cohortes, la EM aumentó significativamente la abstinencia de alcohol un año después del alta (Bombardier y Rimmele, 1999). Para terminar, en un pequeño estudio piloto no controlado con delincuentes con dificultades de aprendizaje, se informó de un aumento significativo de la motivación para el cambio y de la autoeficacia tras tres sesiones motivacionales en grupo (Mendel y Hipkins, 2002).

APLICACIONES TRANSCULTURALES

¿Cuán efectiva es la entrevista motivacional cuando cruza fronteras? A veces, nos comentan que «las personas de nuestra (o esa) cultura prefieren que se les hable directamente y que les digan lo que han de hacer». Fíjese en la diferencia entre el grupo de «nuestra» cultura y el de «esa» cultura. Una perspectiva parte desde el interior de una cultura y la otra desde los esfuerzos para comunicarse y superar diferencias culturales. Con frecuencia, ambas comparten cierta frustración o escepticismo sobre si la EM puede funcionar con un subgrupo concreto. A veces, lo que preocupa es que el proceso de escuchar y evocar pueda resultar demasiado lento o sutil para un grupo específico. Por supuesto, se trata de una pregunta fácil de comprobar y que presupone dicotomías dudosas: la homogeneidad de las personas que componen los grupos, y que las únicas alternativas son, o bien decir a la gente qué debe hacer (estilo directivo), o bien dejar que las personas decidan por sí solas (estilo de acompañamiento). Por el contrario, la EM parte de un estilo de guía que proporciona información, otorga libertad de elección y ayuda a las personas a decidir qué puede ser lo mejor para ellas. Ciertamente, no se trata de sentarse y dejar que la conversación acabe en caída libre.

Creemos que la percepción de la necesidad que tiene un grupo concreto de que se le diga qué ha de hacer tiene que ver más con los profesionales que con los clientes. Sí, es obvio que los clientes difieren en sus preferencias con relación a los estilos directivo, de guía o de acompañamiento, y la EM se adapta a estas preferencias. La idea de que todos los integrantes de un grupo concreto necesitan o prefieren un mismo estilo de comunicación subestima la heterogeneidad intragrupo y suena a estereotipo. La EM se adapta a las diferencias, no las asume.

Una manera muy sencilla de resolver la cuestión de qué prefieren las personas es preguntárselo. Y lo más probable es que descubra que no se trata tanto de un rasgo de personalidad o cultural como de una cuestión de contexto, lo que incluye la gravedad del problema en cuestión y de la confianza que tengan en usted en tanto que profesional.

La investigación publicada hasta la fecha resulta muy alentadora y apenas plantea alarmas sobre la aplicabilidad transcultural de la EM. El método clínico de la EM se ha aplicado a dificultades tan diversas como la promoción de prácticas de seguridad con el agua potable en pueblos de Zambia (Thevos *et al.*, 2002; Thevos, Quick y Yanduli, 2000); la reducción de las relaciones sexuales sin protección (Golin *et al.*, 2012); el aumento del consumo de frutas y verduras a través de iglesias afroamericanas (Resnicow *et al.*, 2001, 2005); y la promoción de análisis de VIH entre nativos americanos (Foley *et al.*, 2005) y la adherencia al tratamiento del sida (Hill y Kavookjian, 2012); y la promoción de la deshabituación tabáquica entre los padres de niños enfermos en Hong Kong (Chan *et al.*, 2005). Todas estas aplicaciones están alejadas de la consulta tradicional del profesional, y se inspiran en los esfuerzos para evitar las prácticas jerárquicas más habituales que caracterizan la educación bienintencionada de todo el mundo: decirle a la gente qué debe hacer, con la esperanza de que cambie.

La EM se adapta a las diferencias, no las asume.

La gran variedad de culturas e idiomas en que se practica la EM es otro motivo para el optimismo en relación con la transferibilidad de la EM a otras culturas. Los libros sobre la EM se han traducido a un mínimo de veintidós idiomas y hay formadores de EM que hablan al menos cuarenta y cinco idiomas distintos y viven en los cinco continentes.

Aunque los procesos de vinculación varían de una cultura a otra, la escucha está en el corazón de casi todas ellas. La escucha de calidad viaja bien. Cuesta imaginar que haya personas que no valoren ser bien recibidas, escuchadas, comprendidas, afirmadas y reconocidas como seres humanos autónomos. En nuestra experiencia, se valora de forma universal. La EM reconoce a las personas como expertas en sí mismas, lo que es una manera mucho mejor de aconsejar superando diferencias culturales que asumir que conocemos la identidad del otro. Un metaanálisis de ensayos clínicos concluyó que el tamaño del efecto de la EM se duplicaba cuando se trataba a personas pertenecientes a minorías étnicas en Estados Unidos (fundamentalmente afroamericanos e hispanos) en comparación con la población caucásica mayoritaria (Hettema *et al.*, 2005; *cf.* Lasser *et al.*, 2011). Los nativos americanos que participaron en un ensayo mostraron un cambio significativamente mayor tras un tratamiento basado en la EM que tras dos psicoterapias con las que se comparó (Villanueva, Tonigan y Miller, 2007).

Muchos aspectos de la EM pueden tener matices culturales, y es posible que los terapeutas procedentes del mismo contexto sean los mejor preparados para gestionarlos. Las normas culturales de cortesía pueden afectar a cómo y cuándo se pasa de vincular a enfocar o de evocar a planificar. El proceso de evocar se ancla en el lenguaje y las costumbres que las personas suelen usar cuando solicitan y negocian el cambio. El proceso cocreativo de planificación se verá afectado por los conceptos de tiempo, causación y agencia personal. Por eso, quizás sea ventajoso que el entrevistador comparta el origen étnico del cliente (Field y Caetano, 2010). Sin embargo, los procesos nucleares funcionan bien en distintas culturas y se basan en gran medida en universales semánticos.

RECUADRO 25.1. Entrevista motivacional a través de intérprete

Hemos tenido la experiencia de practicar y enseñar EM a través de un intérprete que traduce entre nuestro inglés y otro idioma. Algunas de las limitaciones son consecuencia directa de la interrupción que supone la interpretación. Los reflejos empáticos suelen suceder inmediatamente a la afirmación del cliente. Cuando se trabaja con intérprete, el cliente dice algo, el intérprete lo traduce y, entonces, uno contesta y el intérprete nos traduce. Por precisa que sea la interpretación, la demora puede entorpecer la comunicación. La situación se complica más si el intérprete no entiende lo que uno está haciendo. Por ejemplo, una vez, tras oír un reflejo absolutamente perfecto, el intérprete rió al entrevistador: «¡Ya ha dicho eso antes!». Si el intérprete no entiende la intención del entrevistador al plantear una pregunta o al reflejar un aspecto concreto del discurso del cliente, la EM puede torcerse rápidamente. Por eso, si alguna vez necesita llevar a cabo una EM mediante un intérprete, convendría que fuera uno que conociera, o incluso supiera practicar, el estilo de la EM.

¿La entrevista motivacional funcionaría con...?

Aunque la EM se ha utilizado en una amplia diversidad de temas y contextos, aún hay aplicaciones sobre problemas o poblaciones específicas acerca de las que todavía no disponemos de demasiada investigación. Desde un punto de vista científico, debemos ser modestos a la hora de afirmar la eficacia en ausencia de investigación sólida. Sin embargo, la gran cantidad de datos positivos sugiere que la EM puede resultar útil en campos aún por comprobar. Nuestro consejo es «Pruébalo», en lugar de asumir a priori que la EM no puede ser beneficiosa ante un cliente o un rasgo cultural concreto. Al principio, nosotros mismos nos mostrábamos escépticos ante el impacto que pudiera ejercer la EM sobre adolescentes, personas con esquizofrenia o lesiones cerebrales o madres en remotos poblados africanos. Pruebe. Si sus esfuerzos parten de la compasión y de la consideración, es poco probable que cause ningún daño si explora el potencial de la EM para ayudar a las personas a cambiar.

Y a nuestro consejo de «Pruébalo» añadimos el recordatorio de que adquirir habilidad en la EM exige tiempo. Los esfuerzos apresurados con poca formación no suelen producir buenos resultados. Podríamos comparar la EM de baja calidad con medias dosis de vacunas o de antibióticos: la idea está bien, pero falta potencia.

Puntos clave

- ✓ Más allá de las consultas presenciales, parece que es posible adaptar la EM a formatos telefónicos o de videoconferencia, a familias y grupos y, posiblemente, a aplicaciones informáticas o impresas.
- ✓ La EM puede combinarse o integrarse con una variedad de otros tratamientos activos, lo que puede aumentar la eficacia de ambos.
- ✓ La EM también se ha adaptado a varios contextos relacionales como el *coaching*, la educación, las intervenciones breves, el sistema penitenciario y las organizaciones.
- ✓ La EM sigue extendiéndose, y abarca cada vez a más poblaciones especiales y culturas diferentes.

CAPÍTULO 26

INTEGRAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Id solos e id más rápido; id juntos e id más lejos.

Refrán sotho-tswana (sur de África)

Seamos el cambio que queremos ver en el mundo.

MAHATMA GANDHI

¿Cómo integrar la EM en un servicio en funcionamiento? Las posibilidades van desde que la usen un par de profesionales o formar en EM a todos quienes deseen aprenderla, hasta su aplicación generalizada en un servicio asistencial centrado en el cliente. No pretendemos presentarlo ni como una secuencia ni como un ideal, sino como un *continuum* de posibilidades de aplicación de la EM en un sistema asistencial. Es posible que el uso modesto por parte de algunos profesionales ya se adapte bien a las aspiraciones de su organización. Ayudar al personal a aprender EM también es posible, pero asumir que ya está todo hecho exige mucho más que ofrecer dos o tres talleres. Y una integración generalizada de la EM se centraría en la vinculación de los clientes y en todo su recorrido por el servicio y también en cómo el personal intercambia información y conversa sobre el cambio. La EM puede encontrar su sitio en los servicios asistenciales de cualquiera de estas maneras.

Aplicación limitada con una parte del personal

A veces, la primera aplicación de la EM en un sistema se centra en corregir una preocupación o actúa sobre un punto concreto del flujo asistencial. Por ejemplo, si durante el proceso de ingreso y evaluación inicial se pierde una proporción inaceptablemente elevada de clientes, podría ser beneficioso integrar la EM en las fases iniciales de la prestación del servicio. Es posible que la vinculación y la retención mejorasen si los clientes experimentaran una EM de calidad durante los primeros contactos con el programa. Instaurar la EM en este punto concreto del servicio requeriría formar en EM a las personas que llevan a cabo los ingresos y las evaluaciones iniciales.

Tal y como hemos explicado en el capítulo 24 y repetiremos más adelante en este mismo capítulo, la formación inicial no suele ser suficiente a no ser que se instauren sistemas de control y mantenimiento de la calidad.

Otra opción modesta consistiría en formar en EM a miembros seleccionados del personal. Creemos que lo mejor es que varias personas se formen a la vez, para que puedan trabajar juntas en la mejora continuada de sus habilidades. Se podría concebir con un enfoque de ensayo clínico y formar en EM a un equipo concreto, para luego medir si los resultados del servicio y de los clientes a los que atienden mejoran o no. ¿Quiénes serían buenos candidatos para esta formación? Clínicos especialmente interesados en aprender esta forma de trabajar, quizás después de haber participado en un taller introductorio. Recuerde que la efectividad de la EM depende de la fidelidad con que se aplica, por lo que no espere ver beneficios en los clientes hasta que el personal haya adquirido y consolidado un nivel razonable de habilidad en la práctica de la EM. Es muy poco probable que la evaluación prematura antes de haber llegado a este punto indique beneficio alguno.

En general, no recomendamos que se forme a uno o más trabajadores exclusivamente mediante un taller de EM, porque no es probable que proporcione muchos dividendos a cambio de la inversión de tiempo y recursos. Un poco de formación puede convencer al personal de que puede practicar la EM (o de que ya lo hacía), pero es poco probable que ni las habilidades prácticas ni los beneficios para los clientes aumenten mucho. Tampoco recomendamos enviar a un trabajador a esta formación inicial con la expectativa de que, cuando vuelva, podrá enseñar a otros, porque (1) la formación de los talleres no suele ser suficiente por sí sola para adquirir la competencia y comprensión de la EM necesarias para practicarla, y no digamos ya para enseñarla a otros; y (2) carecerá de compañeros con la misma formación con los que trabajar y seguir adquiriendo competencia.

Hacia la formación de todo el personal

Algunos programas y directivos deciden que sería conveniente que todos sus clínicos (y, en algunos casos, todo el personal) pudieran practicar la EM. Aunque habrá diferencias individuales en cuanto al potencial de aprendizaje de la EM, el objetivo habitual es que todo el personal incorpore este método a su abanico de habilidades clínicas.

Mientras escribíamos el libro, un organismo gubernamental se puso en contacto con nosotros, porque quería que todos los trabajadores de determinados servicios de atención mental se formaran en EM. Por supuesto, la intención no era que los terapeutas participasen en algún evento de formación aislado, sino que adquirieran la habilidad necesaria para mejorar los resultados de sus clientes. El plan inicial era que todos los terapeutas participasen en dos talleres: uno introductorio y otro avanzado. Con algo de

tiempo, esfuerzo y dinero, todos los profesionales habrían pasado por ambos talleres y hubieran podido demostrar su asistencia, pero ¿conseguirían así el objetivo que se habían propuesto?

LA FUNCIÓN DE LOS TALLERES

Al igual que todos los formadores en EM, ambos empezamos ofreciendo talleres clínicos de 1 o 2 días de duración. Se asumía que, tras haber completado el taller, los participantes estarían preparados para empezar a practicar la EM. Los cuestionarios posformación que rellenaban solían puntuar los talleres muy favorablemente y transmitían confianza en su capacidad para usar la EM. Sin embargo, tal y como hemos explicado en el capítulo 24, evaluaciones más cuidadosas de nuestra propia formación a partir de muestras de entrevistas antes y después de los talleres concluyeron que los cambios en habilidad eran muy modestos y que la probabilidad de que influyeran en los resultados de los clientes era muy baja.

Los talleres de formación son una buena manera de empezar, pero sólo son el principio. En general, lo que cabe esperar de un buen taller de EM es entrar en contacto con el propósito, el espíritu y los conceptos nucleares (saber algo *acerca de* la EM); empezar a reconocer cómo suena y cómo se experimenta la EM en acción; y un pequeño aumento de la habilidad para reconocer y practicar las habilidades pertinentes. La habilidad que se adquiere durante un taller es mayor que la que se logra de forma autodidacta leyendo libros o viendo vídeos sobre EM, pero aun así se trata de un incremento modesto (Miller *et al.*, 2004). Es posible que una buena analogía sea pensar en una introducción teórica al pilotaje de aviones. Aunque se aprendería algo y ese aprendizaje se reflejaría en las pruebas tras la formación, nadie se atrevería a subir a un avión pilotado por alguien que sólo hubiera recibido clases teóricas o se hubiera formado de forma autodidacta. Eso no es suficiente para adquirir ni mantener la habilidad.

En el capítulo 24, hemos descrito parte del contenido que creemos que debería incluirse en la formación inicial en EM. A ello, añadiremos ahora algunas recomendaciones acerca de la selección de formadores. En primer lugar, creemos que cualquier persona que quiera ayudar a otras a aprender EM debe haber alcanzado un nivel de habilidad razonable ella misma. A un profesor que *hable* de la EM en el marco de una asignatura de universidad quizás le baste con tener un conocimiento básico de la misma, pero si alguien pretende enseñar a otros a practicarla, debe ser capaz de demostrar su competencia inmediatamente. ¿Hay algún profesor de violín que no sepa tocarlo bien? En segundo lugar, facilitar el aprendizaje en otros requiere algo más que dominar la práctica. Un guitarrista extraordinario no necesariamente tiene las habilidades o la paciencia necesarias para enseñar a otros. La red MINT de formadores en entrevista motivacional se ha diseñado para ayudar a los formadores a seguir desarrollando sus habilidades para facilitar el aprendizaje de la EM (<www.motivationalinterviewing.org>).

Un formador experto hace mucho más que hablar sobre la EM y hacer demostraciones prácticas. Ahora, nos ruborizamos al recordar nuestra primera formación para formadores en 1993, en la que prescribimos una serie fija y secuencial de ejercicios, sin tener en cuenta las diferencias entre los participantes, los contextos de práctica y las áreas de dificultad. Era un principio, pero la buena formación en EM requiere el uso de varias estrategias de aprendizaje que combinan el «explicar, mostrar, probar» (describir, hacer una demostración y ofrecer amplias oportunidades para practicar y recibir *feedback*). En tercer lugar, tanto la investigación como la práctica de la EM evolucionan rápidamente, por lo que es importante que los formadores competentes se mantengan al día de los avances. Uno de los motivos principales que nos llevaron a escribir este libro fue precisamente este: la gran cantidad de conocimiento nuevo y de evoluciones en la EM que han surgido desde que publicamos la segunda edición.

Los talleres de formación son una buena manera de empezar, pero sólo son el principio.

Ciertamente, hay diferencias individuales respecto a la velocidad con la que se adquiere competencia en la práctica de la EM. Tal y como hemos explicado en el capítulo 24, una pequeña minoría adquiere una gran habilidad tras sólo el taller introductorio. La clave reside en proporcionar las oportunidades suficientes para que todos los participantes alcancen un nivel determinado de competencia práctica y que, a partir de ahí, mantengan esas habilidades a lo largo del tiempo. Los talleres casi nunca son suficientes. Ya no sugerimos que las personas que asisten a nuestros talleres serán competentes en EM al finalizarlos, sino que si hacemos bien nuestro trabajo, una vez finalizado el taller sabrán lo suficiente acerca de la EM para decidir si quieren seguir aprendiendo y para entender cómo pueden hacerlo.

FACILITAR LA FORMACIÓN CONTINUADA Y EL APOYO ENTRE IGUALES

Recomendamos al organismo gubernamental que hemos mencionado antes que abandonara el plan de que todos sus terapeutas participasen en dos talleres. Aunque habían empezado con los talleres introductorios, y ya estaba bien, les recomendamos que reasignaran los recursos que habían reservado para los talleres avanzados a ayudar a cada centro asistencial a desarrollar un programa interno de aprendizaje en EM. Idealmente, cada centro contaría con uno o dos trabajadores con las habilidades suficientes para ayudar a otros a adquirir y seguir desarrollando habilidades en EM.

Esta opción es atractiva por varios motivos. Los formadores internos conocen el servicio mucho mejor que cualquier formador externo y pueden responder a las necesidades y retos de aprendizaje a medida que aparecen. Incluso aunque inicialmente se formara a todo el personal, antes o después se contratará a trabajadores nuevos a los

que habrá que formar. Lo que es más, aprender EM no es algo puntual, sino un proceso continuo. Un formador externo proporciona eventos que empiezan y acaban, pero los formadores internos están ahí siempre. La calidad del compromiso entre los formadores y el personal en formación también facilita el aprendizaje y el establecimiento de relaciones profesionales continuadas. La imposición de formadores externos puede generar dificultades tanto a estos como al personal. Este problema puede ser especialmente agudo en sistemas grandes, donde las decisiones se toman alejadas de la práctica cotidiana, y los esfuerzos bienintencionados para formar a todo el personal pueden no lograr los efectos deseados. El motor que suele mantener en marcha el proceso de aprendizaje es la formación continuada y el apoyo entre iguales.

RECUADRO 26.1. Reflexión personal: carencias de un estilo formativo de arriba-abajo

Hace unos años, estuve encantado de poder unir esfuerzos con Carl Åke Farbring, un alto cargo de los servicios de justicia penal en Suecia. Diseñamos juntos un elaborado programa de formación en EM, en el que empezamos con un pequeño grupo de formadores expertos en EM, y nos centramos fundamentalmente en cómo enseñar a otros. A su vez, ellos proporcionaron talleres de formación a toda la jerarquía del sistema penitenciario, hasta llegar a los funcionarios de prisiones de primera línea. Unos años después, se hizo evidente que estas dosis de talleres de formación arriba-abajo apenas habían surtido efecto alguno. De hecho, costaba mucho detectar indicios de EM en la práctica cotidiana.

Entonces, iniciamos una formación más colaborativa, con formadores cercanos a los retos a que se enfrentaban a diario los funcionarios de prisiones. En lugar de intentar enseñar el método de la EM per se, nos centramos en las «conversaciones de pasillo cotidianas sobre el cambio». Diseñamos un DVD informatizado y de gran riqueza visual para ayudar a todo el personal a desarrollar estilos de comunicación más flexibles cuando intentaran fomentar el cambio. Los DVD se reproducían inmediatamente antes de que el personal se reuniera en pequeños grupos en forma de seminario, para comentar cómo se podría aplicar a su entorno diario el material que acababan de ver. Desde una de las prisiones, se nos informó con entusiasmo que el ambiente había mejorado mucho. Tal y como dijo el doctor Farbring: «Los funcionarios han notado que también nos importa su bienestar y que tratar a los prisioneros de otra manera también puede ayudarlos a ellos a sentirse mejor». SR

Entonces, ¿cómo puede un servicio adquirir experiencia en EM desde dentro? En lugar de contratar a un formador externo para intentar que todo el mundo alcance un nivel de práctica elevado, centre los recursos en desarrollar la experiencia de formadores internos. Durante las fases iniciales del aprendizaje (talleres preparatorios), identifique a las personas que parecen llevar algo de ventaja en el aprendizaje gracias a habilidades preexistentes (como la escucha reflexiva), el entusiasmo, la comprensión y/o la rapidez del progreso. Las personas que demuestren esta aptitud inicial para la EM pueden ser candidatos especialmente buenos para ayudar a otros miembros del personal a adquirir habilidades de EM. También se pueden tener en cuenta las dinámicas relacionales entre el personal: ¿hay algún clínico o supervisor a quien se respete y en quien se confíe

especialmente? Si estos líderes de opinión también muestran aptitudes para el aprendizaje de la EM, pueden convertirse en recursos clave a la hora de llevar la EM a todo el servicio. Una vez que hayan alcanzado un nivel de práctica razonable, podrán empezar a ayudar a otros a aprender las habilidades de EM (Ball *et al.*, 2006).

Otro recurso útil en el contexto de un servicio asistencial complejo es generar un entorno que promueva un debate continuado y constructivo sobre cómo seguir adquiriendo habilidades clínicas y mantenerlas con solidez. Un formador interno o un supervisor con experiencia en EM puede dirigir estos debates, que también pueden organizarse en forma de un grupo orgánico, reducido y relativamente informal de colegas que trabajan juntos para reforzar sus habilidades. Algunos servicios asignan un horario concreto para que los trabajadores se reúnan y comenten las dificultades clínicas a que se enfrentan, una situación potencialmente ideal para mejorar las habilidades de EM. Por ejemplo, el proyecto Family Nurse Partnership en el Reino Unido ofrece un aprendizaje continuado tras los talleres iniciales en EM a través de sesiones de apoyo entre iguales en las que se utiliza un manual con ejemplos de casos y directrices para simular la práctica. Si este aprendizaje se incluye en grupos de supervisión clínica ya existentes, es importante reservar el tiempo para el refuerzo de las habilidades de EM, porque este tipo de reuniones suelen consumir mucho tiempo con detalles administrativos.

Tal y como hemos explicado en el capítulo 24, uno de los requisitos clave para el aprendizaje es la observación directa de la práctica de la EM, normalmente mediante grabaciones. El supervisor o el formador pueden llevar a cabo las observaciones y, una vez que el grupo cuente con la suficiente formación en EM, los terapeutas también pueden observar y aprender de cómo trabajan los demás y seguir así desarrollando sus habilidades en un grupo de apoyo. Es normal que si hace mucho tiempo que no han tenido observadores, los terapeutas se sientan amenazados. Por lo tanto, es importante que las discusiones sobre las prácticas observadas se guíen de un modo que facilite el aprendizaje y promueva la confianza (capítulo 24, «Comunidades de aprendizaje»). Generar un entorno que promueva la sensación de seguridad a la hora de exponer las habilidades clínicas ante los colegas es una inversión que da grandes frutos. Aunque en las sesiones de supervisión también pueden usarse las prácticas simuladas para adquirir habilidad en EM, la capacidad de demostrar una habilidad durante una simulación no garantiza que luego se utilice en la práctica.

Mejorar las conversaciones sobre el cambio en todo el servicio

Más allá de formar al personal en EM, algunos programas aspiran a proporcionar un servicio global más centrado en la persona y congruente con el espíritu subyacente a la EM que hemos descrito en el capítulo 2. Esto abarca no sólo lo que sucede durante las consultas clínicas, sino también lo que los clientes experimentan desde el momento en que entran en contacto con el servicio: por teléfono o por Internet, con el personal de

recepción y los administrativos, en cualquier tipo de correspondencia e incluso lo que se desprende del diseño físico del espacio. ¿En qué medida comunica todo esto respeto, colaboración y aceptación? Diseñar servicios que transmitan este espíritu requiere tener en cuenta cómo el personal habla con los clientes y entre sí. Es importante determinar cómo piensan, hablan entre ellos y se comprometen todos los trabajadores con el cambio, y este es precisamente uno de los motivos por los que las dosis de formación de arriba-abajo no consiguen generar el impacto deseado. Aunque no tenemos intención de adentrarnos en el mundo del cambio organizacional, un tema que muchos otros ya han tratado con gran habilidad, ahora hablaremos de cómo se podría alinear mejor la comunicación dentro y fuera de las consultas clínicas, para que la EM y otros métodos puedan extenderse en el contexto de un servicio asistencial de tal modo que todos los participantes aborden el cambio de un modo provechoso.

La vida en el interior de una consulta clínica es, con frecuencia, una función de las fuerzas que operan fuera de la misma. El modo en que las personas hablan del cambio entre ellas es un hilo que hilvana prácticamente todas las relaciones. Los estilos de conversación en distintos contextos pueden sonar de un modo muy parecido, con procesos de comunicación paralelos que operan a distintos niveles del servicio. Por ejemplo:

La vida en el interior de una consulta clínica es, con frecuencia, una función de las fuerzas que operan fuera de la misma.

«Lo que tienes que hacer ahora es...» (¿Se lo dice el supervisor al terapeuta o el terapeuta al cliente?)

«Se lo he dicho muchísimas veces, pero no me hace caso.» (¿Habla de un colega o de un cliente?)

«Deje que le explique cómo se hace.» (¿Un jefe a su subordinado o un terapeuta a un cliente?)

«Ese hombre es imposible. Es muy obstinado y se niega a cooperar.» (¿Habla de un colega, de un supervisor o de un cliente?)

Por supuesto, hay veces en que es fundamental transmitir información clara, ya nos encontremos en la consulta o nos dirijamos al servicio en general, y los jefes cuentan con una posición de poder y son responsables de las personas a las que supervisan. También asumimos las limitaciones de un estilo de EM a la hora de gestionar una clínica, un servicio asistencial o un sistema, y también que hay veces en que es necesario adoptar un estilo directivo. La EM empezó como un método de consulta clínica, y la relación supervisor-empleado no es un contrato terapéutico. El estilo directivo y las responsabilidades asociadas al mismo tienen su función. Si, por ejemplo, la manera de trabajar de un empleado no es eficaz o puede resultar perjudicial para los clientes y el trabajador no responde a un estilo de guía, el deber del supervisor es intervenir de manera directiva, como sucede con las personas que supervisan a cirujanos o a pilotos de avión.

Sin embargo, lo habitual es que haya margen de mejora en cómo se da la comunicación en un servicio. Esta fue una de las aspiraciones iniciales de la EM: encontrar una manera mejor de conversar sobre el cambio. ¿Cómo pueden estas y otras características de la EM informar las interacciones que suceden fuera del contexto de las consultas clínicas?

CÓMO FACILITAR EL CAMBIO

Son varias las aportaciones de la EM que pueden ayudar a informar las conversaciones sobre el cambio que se dan en el conjunto del servicio. Estas son algunas:

1. Cómo hablan las personas acerca del cambio es importante. Más allá del contenido concreto, hay elementos estilísticos de la comunicación que tienen efectos predecibles sobre el resultado y que pueden promover la discordancia o la armonía.
2. Las comunicaciones que evocan o exacerban el discurso de mantenimiento tienen pocas probabilidades de promover el cambio.
3. La primera respuesta refleja de corregir, solucionar o hacer que el cambio suceda puede no ser la mejor opción.
4. La escucha es una herramienta muy potente que puede facilitar el cambio por sí misma. Si nos acercamos a las personas con respeto e interés, en lugar de con un estilo autoritario-directivo, tenemos más probabilidades de conseguir colaboración y cambio.
5. La ambivalencia es habitual y normal. Tanto el personal como los clientes suelen mostrarse ambivalentes ante los cambios a que se enfrentan.
6. La vinculación es importante y constituye los cimientos de la comunicación colaborativa.
7. Las necesidades y motivaciones propias de la persona constituyen la base del compromiso y promueven mejores resultados de cambio.
8. La calidad de las relaciones interpersonales reúne todos estos aspectos. Si la comunicación sobre el cambio mejora, la discordancia tiende a disminuir, la ambivalencia y la ambigüedad se vuelven más tolerables y los cambios se logran mejor.

Estas aportaciones sobre los aspectos interpersonales del cambio no son exclusivas de la EM. Descansan sobre una sólida base de conocimientos procedentes de la educación, la crianza de los hijos, el *coaching*, la práctica clínica y la gestión de personas.

Considere los ejemplos del recuadro 26.2 sobre procesos positivos paralelos de comunicación orientada al cambio. En cada una de estas situaciones se aborda el cambio de una manera parecida. El aliento de la enfermera resuena con las habilidades de

andamiaje que la madre utiliza para ayudar a su hijo a aprender a autorregularse. A lo largo de toda la lista, nos encontramos con personas que trabajan de un modo colaborativo; que consideran al otro como una fuente de conocimiento y sabiduría; que transmiten respeto por la autonomía del otro y activan sus recursos; y que evitan aportar el conocimiento que sin duda poseen. Estas son muchas de las cualidades que hemos destacado en el capítulo 2 cuando hemos hablado del espíritu de la EM. Es más, es muy probable que si estas conversaciones continuaran, el discurso de cambio aparecería de forma natural. ¿Qué efectos podrían ejercer estas actitudes hacia el cambio si estuvieran consolidadas y extendidas en un contexto asistencial?

RECUADRO 26.2. Comunicación positiva en paralelo en distintas funciones

Una madre joven habla sobre «Me he dado cuenta de que si me contengo, no le doy las respuestas y le cómo ayuda a su hijo a dejar espacio para pensar, es asombroso..., ¡encuentra una solución!» aprender a resolver problemas:

Una enfermera habla con una «Aunque las dificultades te resulten algo abrumadoras, crees que madre joven que se muestra probablemente podrás superarlas. ¿Cómo podrías hacerlo?» ambivalente ante un cambio:

Un supervisor habla con una «Se me han ocurrido algunas ideas, pero me gustaría saber qué piensas tú enfermera sobre su carga de acerca de cómo podríamos gestionar mejor la acumulación de casos.» trabajo:

Un jefe habla con un grupo de «No es fácil ver cómo avanzar con tantos recortes. ¿Cómo podría supervisores: ayudarlos?»

El director de un servicio «El nuevo año nos brinda la oportunidad de reflexionar sobre cómo asistencial escribe a todo el podríamos mejorar nuestro servicio durante el año que empieza. personal: Explicadme las ideas que tengáis y yo os explicaré lo que sé sobre el presupuesto.»

Un alto funcionario habla ante «Necesitamos acelerar el proceso de entrada de datos en el sistema y una convención de directores queremos recurrir a vuestra experiencia, para que nos ayudéis a pensar en de servicios asistenciales: cómo podríamos conseguirlo.»

El parecido entre los estilos comunicativos dentro y fuera de la consulta no es casual. ¿Qué visión normativa tiene el servicio acerca de la naturaleza humana? Si el personal se une alrededor del valor de promover la autonomía y la colaboración y de la creencia en que el otro tiene la capacidad de aprender y cambiar, la EM no resultará extraña. Es posible que ni la enfermera ni el supervisor conozcan la EM, pero también es muy probable que se muestren receptivos a aprender cómo usar habilidades de conversación para sacar lo mejor de sus clientes. Durante las interacciones cotidianas, es habitual descubrir que una actitud colaboradora tiene más éxito que una exigente a la

hora de conseguir cooperación y cambio a largo plazo. Entonces, ¿por qué este enfoque del cambio no se usa de un modo más generalizado en el contexto de los servicios asistenciales?

ABUSO DEL ESTILO DIRECTIVO

A veces, el estilo directivo resulta esencial para gestionar una clínica y proteger el bienestar de los clientes. Además, este estilo puede practicarse con tacto, claridad y oportunidad, además de estar enmarcado en un contexto general de apoyo y colaboración. Sin embargo, puede acabar usándose en exceso y acabar convertido en el estilo de interacción dominante en la organización. Por ejemplo, es fácil imaginar las situaciones del recuadro 26.2 socavadas por el uso de un estilo directivo y el reflejo de corrección, quizás por el deseo de resolver el problema con rapidez y o por la sensación de estar bajo presión. La madre le diría al niño qué debe hacer, la enfermera aconsejaría a su cliente sobre cómo gestionar su vida, el supervisor diría qué hacer con la acumulación de casos, etc. Cómo se aborda el cambio es importante. Si pregunta a los trabajadores de servicios asistenciales qué es lo que menos les gusta cuando se introducen cambios en su servicio, es posible que aparezca un tema recurrente: solemos sentirnos ambivalentes ante el cambio y no nos gusta que los de arriba nos digan lo que debemos hacer. Las personas quieren participar en los cambios que las atañen y necesitan tiempo para asimilar, reflexionar y avanzar. El cambio sin vinculación puede percibirse como una obligación y suele evocar discordancia.

La mayoría de servicios asistenciales suelen estar en algún punto intermedio entre las situaciones polarizadas del estilo «Hazlo y punto» y un estilo de guía y colaboración. Con frecuencia, percibimos la tensión a la hora de equilibrar estos estilos en las personas que aprenden EM. Un terapeuta nos dijo:

«Las cosas en la clínica son muy difíciles. Todos tenemos mucho trabajo y apenas tenemos tiempo para reunirnos, no digamos ya para practicar las habilidades. Cuando estoy con los clientes y una vez que he completado la evaluación inicial que debo hacer, pasar a una EM es muy difícil. Siempre voy acelerado.»

El uso de la palabra «integrar» en el título del capítulo es intencional: deseábamos sugerir una alineación colaborativa de la EM en el marco de un servicio ya centrado en el cliente. Imponer la EM desde arriba choca con el estilo y el espíritu de la EM. Una de nuestras maneras menos favoritas de empezar una formación es cuando nos encontramos con un grupo de profesionales a quienes se ha dicho que van a aprender EM, tanto si les gusta como si no. Por el contrario, si distintos niveles de la jerarquía se ponen de acuerdo, resulta mucho más fácil promover una sensación de responsabilidad compartida y de colaboración creativa durante la aplicación. A veces el cambio es inevitable y eso es algo que los jefes saben muy bien, pero, al igual que sucede con la EM, es mucho más fácil hacerlo con y para las personas, no a o sobre ellas.

Ahora nos centraremos en las ayudas conceptuales y los aspectos prácticos que pueden ayudar a corregir un uso excesivo del estilo directivo y a avanzar hacia conversaciones acerca del cambio más constructivas en toda la organización y hacia una mejor integración de la EM a la hora de tratar a los clientes.

TRES ÁREAS DE MEJORA

Las tres áreas siguientes destacan por su potencial para mejorar las conversaciones acerca del cambio que suceden dentro y fuera de la consulta.

Plantar los pies con firmeza en el estilo de guía

En el capítulo 1 hemos descrito cómo usar con flexibilidad el *continuum* de estilos de comunicación dirigir-guiar-acompañar. Hay momentos en que lo necesario y pertinente es dirigir, ya se trate de educar a los hijos, gestionar personal, enseñar o llevar a cabo una consulta. Hay otras en que el estilo de acompañamiento es el mejor y, entonces, nos limitamos a escuchar sin otro objetivo que estar ahí y proporcionar apoyo y comprensión. La EM se halla a medio camino, en el estilo de guía, y recurre mucho al acompañamiento y muy poco al estilo directivo. Un terapeuta que se estaba formando en EM lo explicaba así: «Tengo los pies plantados firmemente en el estilo guía y me muevo hacia los lados cuando lo necesito». Aunque hablaba de su trabajo clínico, podríamos aplicar esta actitud a la mejora de todo el servicio.

El exceso de trabajo es una espada de doble filo. En el mejor de los casos, uno es eficiente y productivo; en el peor, respondemos a la presión estresándonos. Se tiende a creer que cuando hay poco tiempo para aplicar el cambio necesario, el estilo directivo es esencial para «ponerse manos a la obra». Aunque entendemos la lógica subyacente, cuestionamos lo acertado de asumir que decir a la gente lo que ha de hacer es una manera eficiente (y no digamos ya eficaz) de promover el cambio. El estilo directivo suele evocar discordancia y reactancia, por lo que, de hecho, tiende a reducir las probabilidades de que el cambio suceda verdaderamente. Irónicamente, el uso de un estilo directivo suele justificarse con un «Hago mi trabajo».

«Mi misión como trabajadora social es proteger a los niños. Les digo a los padres lo que deben hacer y se supone que ellos deben hacerlo.»

«Como educador en diabetes, tengo que asegurarme de que los pacientes entienden algunos aspectos clave y les advierto de lo que les sucederá si no controlan el azúcar en sangre.»

«Les digo a mis empleados qué espero de ellos y las consecuencias de no cumplir con ello. Soy el supervisor; si no les gusta, que busquen otro trabajo.»

Es como si hubiera una lista de los conocimientos que han de transmitirse y de las instrucciones que hay que dar a la gente. (A veces, la lista existe físicamente.) «Yo ya se lo he dicho, he hecho mi trabajo.» Por supuesto, la cuestión es si el trabajo de uno consiste en comunicar datos o en promover el cambio. Los sermones son notoriamente ineficaces como motores del cambio en conductas problemáticas instauradas, como el consumo excesivo de alcohol (Miller, Wilbourne y Hettema, 2003), y son pocos los programas de formación para trabajadores especializados que se basan únicamente en la transmisión de información. (Imágineselo: «Ya le he explicado cómo funcionan los mandos del avión. Ahora ya puede despegar».) Tanto si somos médicos, padres, funcionarios de libertad condicional, profesores o jefes, nuestro trabajo consiste en facilitar el aprendizaje y el cambio. El apego inflexible al estilo directivo no suele ser eficaz y puede llegar a ser perjudicial para todos los implicados. Un líder de aplicación de procedimientos en el gobierno nos dijo:

«Me decepciona mucho ver cómo hablan algunos jefes a su personal médico. No tolerarían que se hablase así a los clientes. Entonces, ¿por qué hablan de este modo a sus colegas?»

Si los jefes y los supervisores asimilan las habilidades que proponen a los terapeutas y empiezan a usar los estilos de guía y de acompañamiento de forma preferente para la resolución de problemas, el ambiente en las reuniones y en las conversaciones puede mejorar significativamente. La misma tolerancia a la ambivalencia y la contención a la hora de dirigir que tan útiles resultan con los clientes, pueden ser muy efectivas también fuera de las consultas. Refinar la comunicación de esta manera no es lo mismo que aprender o practicar la EM, pero instaurar un estilo de guía en todo el servicio puede constituir una plataforma sistémica sólida sobre la que la EM y la atención centrada en el cliente pueden florecer. Uno de los efectos de utilizar un estilo de guía en la gestión podría ser el aumento de la vinculación entre el personal y la sensación de que a uno se le aprecia y se le respeta por su trabajo.

La tolerancia a la ambivalencia y la contención a la hora de dirigir pueden ser muy efectivas también fuera de la consulta.

La vinculación mejora los resultados

La vinculación de los clientes suele ser un buen termómetro del funcionamiento de la relación terapéutica o del servicio (S. D. Miller *et al.*, 2005, 2006). La cruz de la moneda, que todos los terapeutas conocen bien, es la frustración de ver que los clientes abandonan a distintas alturas del proceso. Veamos un ejemplo, que apunta a varias áreas de mejora en la vinculación:

«Un joven entra a la primera visita enfadado y frustrado, porque todos le echan la culpa de todo a él, a su consumo de drogas y a su “mala conducta”. Había tenido una primera cita programada, a la que llegó agitado y abrumado y, después de esperar durante una hora en la sala de espera junto a otros clientes, la recepcionista le hizo algunas preguntas con brusquedad y vio brevemente a un trabajador social y al coordinador del servicio. Esta es la segunda vez que viene, el terapeuta lleva a cabo la evaluación inicial rutinaria, que dura unos treinta y cinco minutos y luego intenta hablar con él sobre objetivos de tratamiento, por ejemplo dejar de consumir drogas. El joven sigue tan resistente y enfadado como al principio.»

Si, tal y como afirman muchos terapeutas, los primeros momentos de la sesión son cruciales, es fácil ver varias maneras de mejorar la vinculación en la situación que acabamos de presentar. ¿Se habrá sentido muy respetado mientras esperaba una hora, agitado y a la vista de los demás? ¿Se habrá sentido muy acogido por las personas con las que ha hablado? ¿Le han escuchado y han mostrado interés por lo que le preocupa a él? No se trata sólo de comunicar mejor: la experiencia de la sala de espera podría mejorar, quizás, con tan sólo reordenar las sillas.

El intercambio de información es todo un arte

Es posible que una de las mayores aportaciones que la EM puede hacer para mejorar un servicio asistencial tenga que ver con cómo se intercambia la información. Las interacciones entre terapeuta y cliente pueden caracterizarse por la sobrecarga de información. Se redactan memorandos, protocolos, directrices, algoritmos y evaluaciones, porque se asume que si las personas reciben información cuyo contenido es correcto, todo irá bien. Podríamos caricaturizar el equivalente clínico pensando en un terapeuta que cree que basta con «abrirle el cráneo» al paciente y meterle toda la información para activar el cambio. Uno de los puntos de partida de la EM fue cómo ofrecer a los clientes el resultado de la evaluación (Miller y Sovereign, 1989; Miller *et al.*, 1988), que también impulsó la estructura preguntar-informar-preguntar que hemos descrito en el capítulo 11, y que los jefes y supervisores podrían adoptar también con facilidad. La integración de la información puede entenderse como un proceso en lugar de como un evento puntual; un proceso que requiere consideración por ambas partes.

El énfasis en *cómo* intercambiar la información nos plantea un reto con los clientes, por ejemplo, ¿cómo podemos integrar la evaluación en una conversación cuyo propósito es vincular (capítulo 9)? Si hablamos del servicio en su conjunto, requiere evitar abrumar al personal con información y darse cuenta de que tanto la palabra escrita como la hablada tienen el poder de promover el cambio... o no. La EM nos ha enseñado que proporcionar información es una actividad relacional, no una mera transacción que hay que llevar a cabo. El recuadro 26.3 ofrece algunas sugerencias sobre cómo mejorar las conversaciones sobre el cambio como parte del cambio de cultura.

Una visión más amplia

Hemos hablado de cómo la EM podría aplicarse para mejorar las conversaciones acerca del cambio en un servicio asistencial. Obviamente, hay aspectos mucho más generales que también pueden comunicar aceptación, compasión y el deseo de evocar el conocimiento y la creatividad de cada persona. ¿Cuál es la misión del servicio y qué valores lo impulsan? ¿Cómo se determinan y se cambian los procedimientos? ¿Qué transmite la disposición del espacio físico? El hilo de la comunicación hilvana todos estos aspectos del servicio.

RECUADRO 26.3. Ejemplos para mejorar las conversaciones acerca del cambio

Con los clientes

Los pies Utilice los tres estilos de comunicación Evite recurrir en exceso al estilo directivo y opte plantados en función de las necesidades que por el de acompañamiento antes de intentar resolver con firmeza manifieste su cliente. El estilo de guía los problemas. Así mejorarán tanto el vínculo como en el estilo suele evocar discurso de cambio y las relaciones de trabajo. Guíe, más que dirija, de guía ofrece una buena base para afinar sus cuando intente promover el cambio en otros. habilidades en EM.

La Tenga en cuenta el trayecto que el Piense en cómo podría mejorar la vinculación con vinculación cliente recorre en el servicio. ¿Cómo se los compañeros. Sus relaciones con ellos mejora los podría mejorar la vinculación? Tenga en constituyen los cimientos del servicio y de su resultados cuenta todas las conversaciones y propio bienestar. La escucha respetuosa y el interés procedimientos e incluso aspectos como por entender los puntos de vista de los demás son la disposición de la sala de espera. fundamentales para promover la colaboración.

El Evite llevar a cabo ninguna evaluación Evite la información unidireccional, que no intercambio antes de haber forjado un buen vínculo vinculará a los compañeros. Reflexione sobre cómo de con el cliente. Piense en maneras podría ayudarle la estrategia preguntar-informar-información creativas de realizar las evaluaciones, preguntar en su comunicación con los compañeros. es un arte para que la conversación no acabe dominada por un formulario (capítulo 9).

La EM no es la panacea ni una guía completa para el desarrollo organizacional, pero sí puede integrarse en un servicio. A medida que la EM pasa a formar parte de las buenas prácticas, puede informar también el estilo comunicativo del servicio en general. La mayoría de los servicios experimentan un cambio continuado, lo que puede suponer un reto, tanto para el personal como para los clientes a los que atienden. La EM proporciona una alternativa a la dependencia excesiva del estilo directivo.

Puntos clave

- ✓ La EM puede integrarse de varias maneras en un servicio asistencial, desde formar a unos pocos trabajadores a aplicarla en una parte específica del servicio o incluso infundir en toda la organización una perspectiva centrada en el cliente.
- ✓ Los talleres no suelen bastar para cambiar significativamente el modo de trabajar: las habilidades complejas requieren *feedback* y formación continuada.
- ✓ Los servicios asistenciales que promueven el cambio pueden verse beneficiados si pasan de depender en exceso del estilo directivo a usar más el estilo guía.

PARTE VII

EVALUAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

En este último apartado, abordamos la evaluación de los procesos, resultados y calidad de la EM. Revisar exhaustivamente la gran cantidad de ensayos clínicos sobre la EM superaría el objetivo del libro, y tampoco somos los más indicados para evaluar la evidencia con objetividad. Por lo tanto, en el capítulo 27 presentamos una breve historia de la evolución de la EM y de las líneas de investigación derivadas que han ido surgiendo. Una de las conclusiones más evidentes es la importancia que tiene la calidad de la práctica de la EM: en el capítulo 28 hablaremos de cómo evaluar la fidelidad para garantizar y mejorar la calidad del proceso y, de forma más general, abordaremos los factores que contribuyen a la efectividad de las conversaciones motivacionales.

CAPÍTULO 27

QUÉ HA CONCLUIDO LA INVESTIGACIÓN Y CÓMO HA EVOLUCIONADO LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Los datos son siempre amables. Todas las evidencias que podamos adquirir en cualquier área nos acercan mucho más a la verdad.

CARL ROGERS

Aprendamos a observar lo que nos es conocido hasta que vuelva a parecer nuevo.

G. K. CHESTERTON

Los creadores de frases significativas, inventos útiles o ideas potentes carecen de la capacidad de controlar los usos que otros darán a sus creaciones. No pueden imaginar qué futuro aguarda a lo que han puesto en movimiento.

ANNETTE GORDON-REED

Cuando pensamos en cuál sería el mejor modo de resumir las conclusiones a las que ha llegado la investigación sobre EM, nos decidimos por uno de nuestros instrumentos preferidos: contar su historia. El desarrollo de la EM se ha entretejido desde el principio con los hallazgos procedentes de la investigación y que, en ocasiones, han sido sorprendentes. La historia del desarrollo de la EM es también la historia de un animado baile entre la investigación y la práctica y de cómo la una informa a la otra y viceversa. Por lo tanto, empezaremos desde el principio y concluiremos el capítulo con nuestra opinión personal acerca del estado de la investigación hasta la fecha. Para facilitar la narración, empezamos en primera persona del singular (WRM).

La evolución de la entrevista motivacional

ALBUQUERQUE

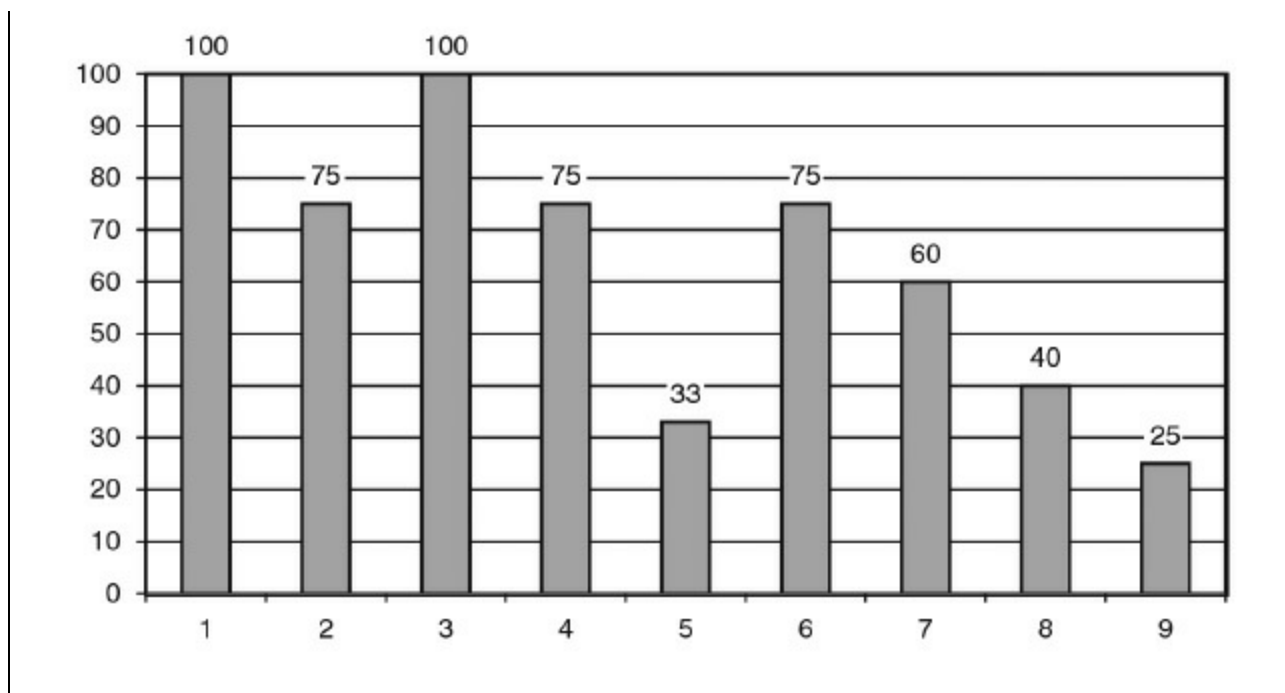
Cuando emprendí mi carrera de investigación en la Universidad de Oregón y luego como docente en la Universidad de Nuevo México, mi foco de atención era el tratamiento del consumo excesivo de alcohol. Mis estudios no daban los resultados esperados y empecé a preguntarme por qué. Para mi tesis doctoral, había comparado tres

terapias de conducta para ayudar a bebedores a moderar su consumo de alcohol (Miller, 1978). La menos intensiva (e intrusiva) de las tres era tan eficaz como la más intensiva y, además, también encontré evidencias no esperadas en relación con una guía de autoayuda (Miller y Muñoz, 1976) que distribuíamos una vez que acabábamos el tratamiento. La mitad de los clientes recibió la guía inmediatamente, mientras que la otra mitad (elegida aleatoriamente) no la recibió hasta la visita de seguimiento, tres meses después. Para mi sorpresa, quienes la habían recibido inmediatamente siguieron reduciendo el consumo de alcohol durante los tres meses siguientes, mientras que el resto mantuvieron un consumo equiparable al del final del tratamiento.

Y esto nos sugirió el siguiente estudio (Miller, Gribkov y Mortell, 1981). ¿En qué medida responderían mejor las personas si las trataba un terapeuta, en lugar de trabajar solas con la guía de autoayuda? La respuesta volvió a sorprendernos: no mejoraba en nada. Los bebedores que acudían a una única consulta y volvían a casa con materiales de autoayuda reducían significativamente la ingesta de alcohol y en un promedio equiparable al de los que recibían diez sesiones ambulatorias con un terapeuta. Esto me pareció tan sorprendente que repetimos tres veces más el estudio, con variaciones, en Nuevo México; obtuvimos el mismo resultado en todas ellas (Harris y Miller, 1990; Miller y Taylor, 1980; Miller *et al.*, 1980). ¿De verdad la terapia no marcaba una diferencia respecto a la autoayuda?

De nuevo, obtuvimos un indicio de una fuente inesperada. Cuando estudié en la Universidad de Oregón, entré en contacto tanto con terapias conductuales como con la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1959, 1980b). A mi entender, ambas encajaban de forma natural, por lo que cuando empecé a formar a terapeutas en Nuevo México, les enseñaba tanto la empatía precisa (el habilidoso estilo de escucha desarrollado por Carl Rogers) como técnicas conductuales. Durante los estudios, nos asegurábamos de mantener la fidelidad al tratamiento observando las sesiones a través de un espejo, y documentábamos no sólo la adherencia a los procedimientos de la terapia conductual, sino también la calidad de la empatía precisa mediante una escala desarrollada por el grupo de investigación de Rogers (Truax y Carkhuff, 1967). En esa época, una de mis colaboradoras importantes era una entusiasta alumna de licenciatura, Cheryl Taylor, que me ayudaba a coordinar los estudios. Una vez que habíamos recogido los datos de seguimiento, analizábamos las tasas de éxito de los nueve terapeutas que se habían asignado aleatoriamente a los pacientes (Miller *et al.*, 1980). Aunque los nueve terapeutas llevaban a cabo la misma terapia conductual, estructurada y guiada por el manual, el porcentaje de éxito con los pacientes variaba mucho. El terapeuta asignado al paciente era, con diferencia, lo que más influía en el resultado. Entonces, ordenamos a los terapeutas en función del nivel de escucha empática que habían mostrado con los pacientes. Y esto es lo que vimos:

PORCENTAJE DE RESULTADOS POSITIVOS POR TERAPEUTA



Todos los pacientes que habían trabajado con el terapeuta que, en opinión de todos nosotros, había mostrado el nivel más elevado de habilidad empática (#1) consiguieron gestionar mejor su consumo de alcohol. Por el contrario, sólo el 25 por ciento de los que habían trabajado con el terapeuta menos empático había logrado buenos resultados. La correlación no era perfecta, pero sí muy significativa ($r = 0,82$). Pudimos predecir dos terceras partes de la variación en el consumo de alcohol de los clientes a los seis meses (unidades de bebida estándar consumidas semanalmente) a partir de lo bien que su terapeuta les había *escuchado*. Este efecto era mucho mayor que cualquier otra diferencia observada en los tratamientos. Incluso en las visitas de seguimiento al cabo de un año ($r = 0,71$) y de dos ($r = 0,51$), pudimos predecir cuánto estarían bebiendo los clientes en función de una única habilidad terapéutica: la empatía precisa (Miller y Baca, 1983). Un año después, otro grupo publicó un estudio que informaba de la misma relación significativa entre los resultados de los clientes y la habilidad del terapeuta en la terapia centrada en el cliente (Valle, 1981). Los que trabajaban con terapeutas que puntuaban bajo en habilidades centradas en el cliente recayeron hasta cuatro veces más en comparación con los clientes del mismo programa que habían tenido terapeutas con grandes habilidades centradas en el cliente.

Y con estos resultados tan sorprendentes en mente me embarqué en un año sabático en 1982. Sin duda, influyeron en mi reflexión posterior acerca de la EM.

NORUEGA

Todo empezó en una barbería en Noruega. Era otoño de 1982 y me había tomado un año sabático de la Universidad de Nuevo México. Vivía con mi esposa, Kathy Jackson, en la Clínica Hjeltestad, cerca de Bergen, donde también trabajaba. Lo que antes había sido la barbería se había convertido en un encantador despacho para mí con vistas al bosque. Fueron seis meses idílicos, durante los que quien quisiera ponerse en contacto conmigo sólo podía hacerlo por teléfono o correo postal. Mis deberes oficiales consistían en dar clases sobre métodos cognitivo-conductuales para el tratamiento de la adicción, pero el director de la clínica, el doctor Jon Laberg, me preguntó si estaría dispuesto a reunirme regularmente con su equipo de jóvenes psicólogos, muchos de los cuales se habían licenciado recientemente, para hablar de temas relacionados con el tratamiento y la investigación. Accedí rápidamente y esas reuniones informales se convertirían en una de las experiencias más importantes y productivas de toda mi carrera.

Con mis datos más recientes sobre la importancia de la empatía precisa (Miller *et al.*, 1980), empecé a enseñar al grupo las habilidades de la escucha reflexiva. Esto nos llevó a conversaciones y a ejercicios prácticos sobre la aplicación de estas habilidades al tratamiento del alcoholismo. Los psicólogos noruegos hacían de clientes a los que estaban atendiendo y planteaban cuestiones clínicas que les resultaban especialmente complejas. Yo intentaba ayudarlos como si estuviera en mi consulta. Participaban activamente y reflexionaban sobre lo que sucedía durante estas interacciones, centrándose sobre todo en el proceso. Con frecuencia, me interrumpían para formular preguntas analíticas sobre el mismo.

«¿Qué está *pensando* ahora?»

«Acaba de formular una pregunta. ¿Por qué ha preguntado precisamente eso?»

«Ha reflejado lo que su cliente acaba de decir. De todas las cosas que podría haber destacado, ¿por qué ha reflejado *eso*? ¿Y por qué ha reflejado, en lugar de responder de otro modo?»

En su intento de entender por qué yo hacía lo que hacía clínicamente, me obligaron a reflexionar sobre ello y a verbalizarlo en mayor profundidad. Entonces, empecé a formular algunas normas de decisión que parecía usar en la práctica, a pesar de que hasta entonces no había sido consciente de ellas. Por ejemplo, al contrario de lo que se solía hacer en los programas de tratamiento de adicciones en la época, no confrontaba ni me mostraba en desacuerdo con la «resistencia» del cliente, sino que respondía de otro modo (normalmente con escucha reflexiva) que parecía reducir la resistencia. También parecía ordenar la conversación de tal manera que era el propio cliente, y no yo, quien verbalizaba los argumentos en favor del cambio.

Me resulta muy difícil separar mi aportación a estas conversaciones de la contribución interactiva por parte de mis colegas noruegos. Lo que sí es seguro es que no llegué a Hjeltestad con una visión previa de este enfoque. Tom Barth, uno de los participantes importantes en este proceso, recuerda que el grupo trajo a las conversaciones la influencia del equipo de terapia familiar de Palo Alto (California), con el que también había aprendido durante mis prácticas allí. No cabe duda de que lo que

sucedió en la barbería fue extraordinariamente interactivo y dio lugar a un proceso que no creo que ninguno de nosotros hubiera podido desarrollar por separado. Literalmente, evocaron la EM en mí, y me parece un eco magnífico.

Literalmente, evocaron la EM en mí.

Durante las semanas de ese otoño, tomé notas de las conversaciones y empecé a poner por escrito algunos de los principios clínicos que emergían de los ejercicios prácticos. Al cabo de unos meses, los englobé en una descripción funcional a la que llamé «entrevista motivacional» y que repartí entre el grupo y envié a algunos colegas, a los que pedí comentarios (Moyers, 2004). No tenía intención de publicar el artículo; al fin y al cabo, no contábamos con evidencias científicas de que fuera a funcionar. Tampoco se había derivado de ninguna teoría psicológica concreta. Era producto de la práctica intuitiva y de la reflexión. Uno de los colegas a quienes envié el documento era Ray Hodgson, que entonces editaba la revista británica *Behavioural Psychotherapy*. Para mi sorpresa, Ray me escribió para decirme que quería publicarlo en forma de artículo, si podía reducir la longitud del escrito a la mitad. Lo hice, lo hizo (Miller, 1983) y pensé que, probablemente, esa sería la última vez que oiría hablar del tema.

EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

Durante la década de 1980, el modelo transteórico (MTT) del cambio también estaba en pleno desarrollo y ganaba impulso (Prochaska y DiClemente, 1984). Las ahora familiares etapas del modelo transteórico del cambio en psicoterapia (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983) subrayaban la necesidad de que los clínicos fueran flexibles y utilizaran los métodos adecuados al nivel de disposición al cambio del cliente en cada momento. La mayoría de terapias cognitivo-conductuales están diseñadas para la etapa de acción, cuando los clientes ya están dispuestos a cambiar, pero ¿qué podemos hacer por los clientes que se hallan en las fases anteriores de precontemplación, contemplación y preparación? La EM, en tanto que herramienta clínica, se conceptualizó precisamente para estos clientes «menos dispuestos», un paralelo que ya establecí en el artículo original sobre la EM (Miller, 1983). Posteriormente, durante la tercera Conferencia Internacional sobre el Tratamiento de las Conductas Adictivas, reunida en Escocia y liderada por Nick Heather, se presentó el MTT a un público internacional y se conceptualizaron intervenciones clínicas en función de la fase o fases en las que podrían ser más aplicables (Miller y Heather, 1986, 1998). La EM parecía encajar conceptualmente con el MTT y proporcionaba un ejemplo necesario de cómo trabajar con clientes menos preparados para el cambio.

¿Sería posible evocar motivación para el cambio en los clientes, del mismo modo que mis colegas habían evocado en mí la idea de la EM? ¿Qué mejor fuente de motivación puede haber que uno mismo? El primer paso consistió en explorar qué habían aprendido ya otros acerca de la motivación para el tratamiento. Pude llevar a cabo la mayoría de toda la lectura durante la segunda mitad de mi año sabático de la Universidad de Stanford, en 1983. Esto fue mucho antes de la era de las búsquedas electrónicas de literatura y aún escribía con máquina de escribir, por lo que tuve el placer de perderme entre los estantes de Stanford en busca de revistas y monografías, y de tomar notas a mano sentado en los antiguos escritorios de madera de la biblioteca. La revisión de la literatura resultante (Miller, 1985b) me convenció de que el foco clínico en la negación y la motivación como rasgos de los clientes era erróneo. Muy al contrario, estaba claro que la motivación del cliente era un proceso dinámico que respondía a diversas influencias interpersonales, como el consejo, el *feedback*, el establecimiento de objetivos, las contingencias y la capacidad percibida para elegir entre alternativas.

De nuevo en la Universidad de Nuevo México, el grupo empezó a reflexionar sobre cómo combinar el estilo clínico de la EM y la literatura científica sobre lo que influye en la motivación para el tratamiento en una forma de intervención específica que pudiéramos probar en ensayos clínicos. Gayle Benefield Sovereign, otra capaz alumna de licenciatura, fue mi ayudante de investigación principal cuando aún no habíamos conseguido becas para financiar los estudios. Desarrollamos el «chequeo del bebedor» (DCU, en inglés), diseñado como una intervención breve de umbral bajo para bebedores. Esperábamos que el DCU aumentara la probabilidad de buscar ayuda para resolver los problemas con el alcohol.

Describimos el DCU por primera vez en 1988, y consistía en una evaluación exhaustiva del consumo de alcohol y de los posibles problemas asociados, en la que utilizábamos medidas sensibles a niveles bajos de afectación, y en una visita de devolución en la que repasábamos los resultados con un estilo congruente con la EM (Miller *et al.*, 1988). Lo publicitamos en la comunidad como una revisión gratuita para bebedores que quisieran saber si el alcohol les estaba perjudicando de algún modo. El anuncio especificaba que el chequeo no formaba parte de ningún programa de tratamiento y que el resultado sería información sanitaria que los clientes podrían usar como creyeran más conveniente. La respuesta fue sorprendentemente positiva. Todos quienes solicitaron el DCU tenían motivos para preocuparse, aunque la mayoría se describían como «bebedores sociales» y jamás habían buscado ayuda en relación con su consumo de alcohol.

Contrariamente a nuestras esperanzas, relativamente pocos (14 por ciento) habían solicitado ayuda seis semanas después de haber recibido el *feedback*. Sin embargo, el conjunto de participantes había reducido significativamente el consumo de alcohol y esa

reducción aún se mantenía en la visita de seguimiento dieciocho meses después, y fue confirmada por informes colaterales (Miller *et al.*, 1988). Un segundo estudio sobre el DCU obtuvo resultados similares, con reducciones aún más significativas en el consumo de alcohol y en su mayoría sin tratamiento adicional (Miller *et al.*, 1993). Por lo tanto, la expectativa de que el DCU provocaría la búsqueda de ayuda no se confirmó; pero sí que pareció motivar un cambio sostenido en la conducta de los participantes. Los que fueron asignados aleatoriamente a una lista de espera durante los estudios mostraron poco o ningún cambio a las seis semanas, pero sí una reducción sustancial tras haber recibido el DCU. Esto coincidía con nuestras conclusiones anteriores de que los bebedores respondían bien a una consulta inicial y al cambio autodirigido, incluso a lo largo de periodos de seguimiento prolongados (Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992). Otros habían informado de resultados parecidos con intervenciones breves en distintos países (Chick, Ritson, Connaughton, Stewart y Chick, 1988; Edwards *et al.*, 1977; Elvy, Wells y Baird, 1988; Heather, Whitton y Robertson, 1986; Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Hood y Trel, 1983). Revisamos 32 ensayos controlados y concluimos que las intervenciones breves para el consumo excesivo de alcohol son más efectivas que la ausencia de tratamiento, y que alcanzan con frecuencia un impacto similar al de intervenciones más intensivas (Bien, Miller y Tonigan, 1993). La revisión también apuntó a seis elementos comunes del tratamiento breve eficaz (*cf.* Miller y Sánchez, 1994), que resumimos en el acrónimo FRAMES:

Feedback de la situación individual en comparación con la norma
Responsabilidad para el cambio personal
Asesorar para el cambio
Menú de opciones entre las que elegir a la hora de emprender el cambio
Empatía del terapeuta
Soporte de la autoeficacia

Lo que había empezado como un interés por la motivación para el *tratamiento* se había ampliado y ahora abarcaba la motivación para el *cambio*.

AUSTRALIA

Armados con esta información, Kathy y yo solicitamos un año sabático y partimos rumbo a Australia, invitados por Nick Heather, que entonces dirigía el Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol en Sídney. Allí, tuve la suerte de conocer a Steve Rollnick, que estaba de excedencia desde Gales y que participaba en una investigación sobre terapia breve en el centro. Le sorprendió saber que yo era la persona que había escrito el artículo sobre EM y yo me sorprendí de que alguien lo hubiera leído. Steve me explicó que la EM se había convertido en un método de tratamiento de la

adicción popular en el Reino Unido y que cada vez recibía más demandas de formación en EM. «¡Y ni siquiera sé si lo hago bien! —me dijo—. Tienes que escribir más acerca de esto.»

Muy pronto se hizo evidente que Steve no sólo practicaba la EM con la misma actitud mental y emocional que yo, sino que también había desarrollado métodos muy útiles para enseñarla a clínicos. En Estados Unidos, este tipo de formación apenas había despertado interés, y escuchar sus ideas y sus experiencias fue fascinante para mí. Decidimos escribir sobre la EM juntos y el resultado fue la primera edición de *La entrevista motivacional* (Miller y Rollnick, 1991). Como ambos habíamos desarrollado la EM para ayudar a personas con problemas con el alcohol, el libro se centró en las adicciones, y algunos capítulos exploraron la posible utilidad de la EM en el tratamiento de otros problemas con drogas y con jóvenes y delincuentes.

EL PROYECTO MATCH

Mientras nosotros escribíamos en Sídney, el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos lanzaba lo que sería el mayor ensayo clínico aleatorizado sobre tratamientos de problemas con el alcohol. Lo llamaron Proyecto MATCH y tenía el objetivo específico de averiguar cómo asignar a cada cliente el tratamiento más adecuado para él o ella (Project MATCH Research Group, 1993). Una de las primeras tareas fue elegir y estandarizar los tres métodos de tratamiento que iban a compararse. La terapia cognitivo-conductual era una opción obvia, dados los datos de resultados y la orientación teórica de la mayoría de investigadores (Kadden *et al.*, 1992). En segundo lugar, y para contar con un contraste claro, se introdujo una terapia de facilitación con enfoque espiritual y basada en doce pasos, derivada de un tratamiento muy popular en Estados Unidos (Nowinski, Baker y Carroll, 1992). A partir de la investigación sobre los resultados de la terapia breve que acabamos de describir, el tercer tratamiento elegido fue una adaptación del chequeo de bebedores que combinaba el estilo clínico de la EM con un *feedback* de evaluación estructurado. Esto aportó una base teórica y un procedimiento distintos a los otros dos, y recibió el nombre de terapia de estímulo de la motivación (MET, en inglés; Miller, Zweben *et al.*, 1992). Para evitar un contraste demasiado acusado en las dosis de tratamiento (los otros dos tratamientos constaban de doce sesiones), la MET se alargó de dos sesiones a cuatro, espaciadas a lo largo de doce semanas. El siguiente proceso consistió en plantear hipótesis a priori acerca de qué tratamiento funcionaría mejor con qué tipo de clientes y por qué (Longabaugh y Wirtz, 2001).

Los resultados del Proyecto MATCH ya se han descrito y discutido ampliamente (Babor y Del Boca, 2003; Babor, Miller, DiClemente y Longabaugh, 1999). Aquí nos centraremos en que fue el primer ensayo clínico multicéntrico con una intervención basada en la EM. No se hicieron predicciones acerca de los resultados diferenciales de

los tres métodos de tratamiento y, de hecho, los resultados postratamiento no difirieron (Project MATCH Research Group, 1997a). A pesar de la diferencia en la intensidad del tratamiento (cuatro sesiones frente a doce), los clientes de los tres grupos presentaron reducciones significativas y duraderas en el consumo de alcohol y en los problemas asociados (Project MATCH Research Group, 1998a). Sí que hubo diferencias significativas en la efectividad de los terapeutas a la hora de practicar la MET, una vez controladas las variables de los clientes (Project MATCH Research Group, 1998c). El efecto de emparejamiento más sólido fue que los clientes más enfadados obtenían resultados especialmente buenos con la MET en comparación con los otros dos tratamientos (Karno y Longabaugh, 2004, 2005a, 2005b; Waldron *et al.*, 2001). Las personas que carecían de apoyo a la abstinencia en sus redes sociales obtuvieron mejores resultados con los doce pasos que con la MET, al parecer por el apoyo comunitario a la abstinencia que se encuentra en AA (Longabaugh *et al.*, 1998).

UNA DECISIÓN IMPORTANTE

En la década de 1990, nos planteamos si debíamos intentar mantener el control sobre la calidad de la práctica y la formación en EM. ¿Debíamos registrar el término «entrevista motivacional» para limitar su uso? Un colega de confianza nos instó a que lo hiciésemos y nos advirtió que nos arrepentiríamos si no ejercíamos cierto control de calidad sobre su utilización, algo cada vez más habitual con las terapias «de marca». Desde esta perspectiva, para poder decir que alguien practica o enseña la terapia de la marca X, debe seguir una formación establecida, quizás satisfacer varios criterios de calidad y certificarse con la organización que controle la marca.

Para bien o para mal, desde el principio tuvimos muy claro que no queríamos convertirnos en la policía de la EM. De hecho, nos parecía que contradecía directamente el espíritu y el estilo de la EM y que daba a entender que nosotros éramos los únicos árbitros de lo que constituye una buena práctica y formación en EM. Desde el inicio, la EM ha sido orgánica y ha surgido y evolucionado gracias a procesos colaborativos. ¡Resultaría irónico anquilosarla y exigir adherencia a un sistema preestablecido! Decidimos que nos centraríamos en promover la calidad de la práctica y la formación en EM, en lugar de impedir que la gente lo hiciera «mal».

Desde el inicio, la EM ha sido orgánica y ha surgido y evolucionado.

Sin embargo, nuestra decisión tiene un lado oscuro, tal y como nuestro colega nos advirtió en su momento. En 2007, otra persona intentó registrar «entrevista motivacional» como marca para un enfoque distinto y se ofreció a permitir que nosotros también la usásemos. Sin embargo, a estas alturas la opinión legal fue que el uso del

término estaba ya tan generalizado que no podía registrarse. Por lo tanto, cualquiera puede decir que usa o enseña EM. (Por supuesto, lo mismo puede decirse de otras orientaciones, como la psicoterapia «conductual», «cognitiva» o «psicodinámica».) Hemos encontrado prácticas, descripciones y formaciones de «entrevista motivacional» que apenas se parecen al método tal y como lo entendemos nosotros. También sabemos, por experiencia y gracias a la investigación, que quienes asisten a los talleres pueden salir convencidos de ser expertos en EM (o de que ya lo eran), cuando la práctica dice algo muy distinto (Miller y Mount, 2001; Miller *et al.*, 2004). Básicamente, hay poca relación entre la competencia autoinformada en EM y las medidas objetivas de habilidad basadas en la práctica observada. Obviamente, esto plantea preocupaciones graves acerca de la garantía de calidad.

A medida que distintos sistemas de tratamiento han decidido aplicar la EM y las entidades gubernamentales han buscado promover el uso de prácticas basadas en la evidencia, las partes interesadas preguntan, con toda la razón: «¿Cómo podemos saber que esta persona puede *hacer* EM o que eso es lo que hace de verdad?». Sin procedimientos para verificar la competencia y auditar la práctica, los profesionales sólo tienen que *decir* que practican un método basado en la evidencia (Miller y Meyers, 1995). En el capítulo 28 abordaremos esta cuestión tan compleja.

UNA DIFUSIÓN RÁPIDA

El interés por la formación clínica en EM creció rápidamente tras la publicación de la primera edición y pronto decidimos empezar a formar a otros formadores para satisfacer la demanda. En 1993, ofrecimos en Albuquerque la primera Formación para Nuevos Formadores (TNT), que hemos seguido ofreciendo anualmente desde entonces, alternando entre Norteamérica y Europa. Los formadores que habían completado la TNT empezaron a preguntar si podían reunirse de manera informal para compartir ideas y experiencias de formación además de la TNT anual. La primera de estas reuniones se celebró en Malta en 1997 y creció hasta convertirse en la red de formadores en entrevista motivacional (MINT), que en 2008 se registró formalmente como una entidad sin ánimo de lucro. En el momento de escribir este libro, más de 2.500 formadores han completado la TNT y enseñan en un mínimo de 45 idiomas distintos.

Durante esta época, el uso de la EM empezó a extenderse a otros ámbitos. Las aplicaciones al tratamiento de adicciones distintas al alcohol aparecieron muy pronto, centradas sobre todo en el consumo de heroína, marihuana, cocaína y estimulantes y en el juego patológico. Los ensayos sobre la aplicación de la EM en la prevención de la infección de VIH tuvieron éxito y pronto se generalizaron a otras intervenciones de salud pública, que llegaron hasta la promoción de la potabilización del agua en aldeas africanas (Thevos *et al.*, 2002; Thevos, Quick *et al.*, 2000). El paso a la aplicación a la medicina general fue muy corto, sobre todo en relación a la adherencia a la medicación y al cambio

de conducta para la gestión de enfermedades crónicas. Al principio nos mostramos algo reticentes a llamar «entrevista motivacional» a estas intervenciones tan breves (Rollnick, Mason y Butler, 1999), pero luego se hizo evidente que se trataba del mismo espíritu y método aplicado a contextos distintos (Rollnick *et al.*, 2008). Proliferaron los ensayos clínicos para poner a prueba varias aplicaciones de la EM en la promoción del cambio de estilos de vida para mejorar la salud.

¿En qué otras áreas esperan los profesionales un cambio de conducta ante el que los usuarios se muestran reticentes? La sociedad espera que los sistemas correccionales modifiquen la conducta de los delincuentes, ya que la gran mayoría de delincuentes que son encarcelados vuelven a la sociedad y, con frecuencia, lo hacen pronto. Los trastornos por abuso de sustancias son habituales entre los delincuentes, lo que ha impulsado el interés de los sistemas correccionales y de libertad condicional por la EM (McMurran, 2009; Walters *et al.*, 2007). Es habitual encontrar obstáculos motivacionales cuando se abordan la violencia familiar (Murphy y Maiuro, 2009), trastornos de alimentación (Schmidt y Treasure, 1997) y problemas de conducta en jóvenes (Naar-King y Suárez, 2011). En los sistemas educativos, la transición a niveles superiores de educación exige a veces un cambio de conducta sustancial (p. e., en los hábitos de estudio), que con frecuencia compite con las tentaciones que ofrece la mayor libertad. Se ha explorado la aplicación de la EM para prevenir el abandono escolar (Baer *et al.*, 2001; Daugherty, 2009; Schaus, Sole, McCoy, Mullett y O'Brien, 2009). Los profesionales de la odontología se esfuerzan en promover prácticas de salud dental (Almomani, Williams, Catley y Brown, 2009; Weinstein, Harrison y Benton, 2006; Yevlahova y Satur, 2009); los dietistas y los educadores de diabetes quieren facilitar cambios dietéticos saludables (Bowen *et al.*, 2002; VanWormer y Boucher, 2004). La EM se ha usado con éxito en la promoción de objetivos de salud tan diversos como la pérdida de peso (Armstrong *et al.*, 2011), la reducción de los niveles de A1C en diabéticos (Chen, Creedy, Lin y Wollin, 2012; Maclean *et al.*, 2012), la discapacidad asociada al dolor oncológico (Thomas *et al.*, 2012); en fisioterapia (Vong, Cheing, Chan, So y Chan, 2011) y con padres para reducir la exposición de niños asmáticos al humo pasivo (Borrelli, McQuaid, Novak, Hammond y Becker, 2010) y las horas de televisión (Taveras *et al.*, 2011). Los trabajadores sociales (Hohman, 2012), los psicoterapeutas (Engle y Arkowitz, 2006; Westra, 2012) y quienes trabajan con jóvenes (Jensen *et al.*, 2011; Naar-King y Suárez, 2011) se enfrentan también a la ambivalencia de sus clientes cuando intentan promover el cambio.

Por lo tanto, en nuestra segunda edición (Miller y Rollnick, 2002) ampliamos la aplicación de la EM al cambio de conducta en general y dejamos de limitarla al tratamiento de la conducta adictiva, donde se originó (aunque la mayoría de la literatura sobre ensayos clínicos se centran en este ámbito). Tal y como hemos reflejado en los capítulos anteriores de esta edición, ahora pensamos en un abanico de cambio aún más amplio, no centrado necesariamente en la «conducta», a no ser que entendamos el

término de una manera tan general que abarque toda la experiencia humana. Nos fascina observar cómo el ámbito de aplicación de la EM se expande sin cesar. También nos preocupa un poco.

Investigación sobre los resultados de la entrevista motivacional

Desde 1990, el número de publicaciones científicas sobre la EM se ha duplicado cada tres años, aproximadamente. En la actualidad, hay más de 1.200 publicaciones sobre este método de tratamiento, que incluyen más de 200 ensayos clínicos aleatorizados que abarcan una gran variedad de problemas, profesiones, contextos asistenciales y países. Los metaanálisis de la investigación sobre EM constituyen ya un cuerpo de literatura propio, y en el Apéndice B encontrará bibliografía al respecto.

No pretendemos llevar a cabo una revisión ensayo a ensayo sobre la ya inmensa literatura acerca de la eficacia y la efectividad de la EM. Tampoco vamos a seleccionar los estudios que arrojan una luz positiva sobre la EM. Lo que haremos a continuación es plasmar nuestra percepción del estado actual de la ciencia clínica sobre EM, con algunas observaciones acerca de los mensajes generales, las carencias metodológicas, la esperanza para la investigación futura y las implicaciones generales para la investigación en psicoterapia.

Los metaanálisis se centran en caracterizar los efectos promedio, y las conclusiones generales, hasta la fecha, establecen que la EM se asocia a tamaños de efecto de pequeños a medianos en una gran variedad de comportamientos. La gran mayoría de la evidencia concierne a las conductas adictivas. Creemos que, tras 200 ensayos clínicos, es justo decir que con la práctica de la EM sucede algo que se asocia positivamente a los resultados en comparación con la ausencia de intervención o con asesoramientos breves, y también cuando se añade a otro tratamiento activo.

Lo que también ha quedado claro es que el grado de variabilidad de los efectos entre estudios, centros y terapeutas es muy elevado. Varios ensayos clínicos, inclusive algunos nuestros, han concluido que la EM no ha ejercido un efecto significativo sobre las variables dependientes a priori (Carroll *et al.*, 2006; Carroll, Libby, Sheehan y Hyland, 2001; Miller, Yahne y Tonigan, 2003). El efecto del terapeuta sigue siendo significativo en ensayos bien controlados sobre intervenciones de EM, supervisadas de cerca y guiadas con un manual (Miller *et al.*, 1993; Project MATCH ResearchGroup, 1998c). Los ensayos multicéntricos también han detectado efectos de la interacción centro-tratamiento, lo que significa que la EM demostró una eficacia significativa en algunos centros y no en otros, a veces con un resultado global no significativo una vez que se hacía el promedio de los efectos de todos los centros (Ball *et al.*, 2007). Esto sucede incluso en ensayos controlados sobre fármacos, donde los contenidos de la cápsula son fijos (Anton *et al.*, 2006), pero la variabilidad del tamaño del efecto parece ser la norma, no la excepción, en la investigación sobre EM. Lo que todo esto nos sugiere es que el

terapeuta y los elementos contextuales del tratamiento influyen significativamente en la respuesta del cliente a la EM y que no basta con seguir un manual de tratamiento para estandarizar estos aspectos. Tal y como hemos mencionado antes, un metaanálisis concluyó que el tamaño del efecto promedio de la EM se reducía a la mitad cuando la intervención seguía un manual (Hettema *et al.*, 2005).

Nosotros creemos que esta variabilidad es atribuible, en parte, a las diferencias en la habilidad en EM del terapeuta. Muchos de los primeros estudios de resultados no incluyeron ninguna medida de la fidelidad del terapeuta a la EM. Otros se han basado únicamente en puntuaciones globales de adherencia (p. e., Chang *et al.*, 2011; Nuro *et al.*, 2005). La investigación del proceso terapéutico ha asociado los resultados del cliente a la habilidad del terapeuta en medidas de fidelidad a la EM (Daepfen *et al.*, 2010; Gaume *et al.*, 2009; Magill *et al.*, 2010; Moyers, Miller *et al.*, 2005; Pollak *et al.*, 2009, 2010; Smith, Hall, Jang y Arndt, 2009; Vader *et al.*, 2010), aunque otros estudios no han logrado encontrar esta relación (p. e., Thrasher *et al.*, 2006). Cabe decir también que justo ahora empezamos a entender qué aspectos de la práctica de la EM ejercen más influencia sobre los resultados de los clientes. Miller y Rose (2009) concluyeron que tanto los factores de la relación terapéutica como la habilidad específica para suscitar discurso de cambio contribuyen a la eficacia de la EM, pero es probable que haya aspectos de la práctica que también sean importantes y que aún no se hayan definido. Tampoco está claro qué nivel de fidelidad a la EM es «suficiente» para promover el cambio. En cualquier caso, no basta con limitarse a decir que en un estudio clínico se practicó EM. Es difícil interpretar los resultados independientemente de la información sobre la fidelidad a la EM, para la que se han desarrollado y evaluado varias medidas (Madson y Campbell, 2006; véase capítulo 28).

La EM ocupa una posición interesante en el debate actual sobre la importancia de los factores «específicos» en psicoterapia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Imel, Wampold y Miller, 2008), precisamente por la importancia que parecen tener en la EM los factores calificados de «generales». Por ejemplo, la calidad de la relación terapéutica ha sido siempre una de las preocupaciones centrales de la EM, con la empatía como un constructo clave. Si este tipo de factores «no específicos» o «comunes» ejercen una influencia significativa en el resultado del tratamiento, deberían entenderse, especificarse y enseñarse mejor (Norcross y Wampold, 2011). Eso es lo que Carl Rogers y sus alumnos intentaron hacer cuando plantearon hipótesis y midieron condiciones críticas para el cambio. (Rogers, 1959; Truax y Carkhuff, 1967). Parece que esta manera de estar con las personas tiene algo que promueve el cambio positivo en un amplio abanico de problemas clínicos, contextos y culturas (Rogers, 1980b). Del mismo modo, el propósito de la EM es influir en factores del cliente que se relacionan con resultados positivos, como la esperanza, la autoeficacia y la vinculación activa (Bohart y Tallman, 1999; Hubble *et al.*, 1999). Por lo tanto, se trata de algo más complejo que de una competición entre efectos «específicos» frente a

efectos generales de la EM. Lo que nos interesa es entender mejor qué elementos de esta manera de estar con las personas promueven un cambio positivo, les pongamos la etiqueta que les pongamos (*cf.* Wampold, 2007).

Tanto los factores de la relación terapéutica como la habilidad específica para suscitar discurso de cambio contribuyen a la eficacia de la EM.

Sospechamos también que es posible que la EM se vea beneficiada por un efecto comparativo. Quizás no sea casualidad que la EM surgiera en el ámbito de las adicciones en un momento en que las prácticas duras, confrontativas e incluso abusivas eran aceptables, si no la norma (White y Miller, 2007). En comparación con estos tipos de tratamiento tan reprobables, un enfoque terapéutico empático, compasivo y respetuoso y que apoya los recursos y la autonomía de las personas brilla con facilidad. La EM se ha consolidado en el cuidado de algunos de los miembros de nuestra sociedad más desatendidos y rechazados. También parece haberse consolidado en sistemas que han recurrido en exceso a una dirección autoritaria. Se ha demostrado que incluso el mero hecho de añadir una sesión preparatoria con un terapeuta de EM empático que no forma parte del tratamiento normal ha duplicado los resultados favorables (Aubrey, 1998; Bien, Miller y Boroughs, 1993; Brown y Miller, 1993). En contextos y poblaciones donde el tratamiento ya es más humano, la EM no supone un contraste tan radical. Tal y como hemos mencionado antes, un metaanálisis concluyó que el tamaño del efecto de la EM se duplicaba cuando quienes recibían el tratamiento pertenecían a las minorías de Estados Unidos en lugar de a la población blanca mayoritaria (Hettema *et al.*, 2005). Es posible que ser escuchados con empatía fuera una experiencia menos habitual para los primeros. En relación con esto, es posible que la formación en EM mejore los resultados si suprime respuestas antiterapéuticas. Uno de los primeros estudios concluyó que cuando la formación en EM producía aumentos modestos en las respuestas del terapeuta congruentes con la EM, pero no reducía las respuestas incongruentes con la EM, el cambio no bastaba para marcar una diferencia en la respuesta del cliente (Miller y Mount, 2001). Al parecer, hacen falta relativamente pocas respuestas directivas o de confrontación del terapeuta para suscitar una actitud defensiva en el cliente (Miller *et al.*, 1993). Es posible que uno de los «ingredientes activos de la EM» sea la reducción de las respuestas contraproducentes del terapeuta. Más allá de estos factores generales (pero cuantificables), también creemos que la eficacia de la EM se asocia significativamente a aspectos concretos del lenguaje. En múltiples replicaciones, estudios psicolingüísticos prospectivos han concluido que formas específicas del discurso del cliente durante el tratamiento (discurso de cambio) presagian un mayor cambio de conducta tras la EM (Amrhein *et al.*, 2003; Baer *et al.*, 2008; Gaume, Gmel y Daeppen, 2008; Hodgins, Ching y McEwen, 2009; Moyers *et al.*, 2007; Moyers, Miller *et al.*, 2005; Strang y

McCambridge, 2004) y también tras otras terapias (Aharonovich, Amrhein, Bisaga, Nunes y Hasin, 2008; Moyers *et al.*, 2007). Sería fácil obviarlo y considerarlo un factor del cliente (p. e., que los clientes «motivados» mejoran), pero el discurso de cambio (y su opuesto) se han asociado claramente a la conducta del terapeuta en estudios correlacionales (Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel y Daeppen, 2010; Miller *et al.*, 1993), secuenciales (Moyers y Martin, 2006; Moyers *et al.*, 2007) y experimentales (Glynn y Moyers, 2010; Patterson y Forgatch, 1985; Vader *et al.*, 2010). Los terapeutas pueden aprender a aumentar el discurso de cambio del cliente (Glynn y Moyers, 2010; Miller *et al.*, 2004). Que las prácticas terapéuticas congruentes con la EM faciliten el discurso de cambio en el cliente, lo que a su vez predice el cambio de conducta del cliente tras el tratamiento, consolida la relación de mediación. Por otro lado, cada vez hay más pruebas de que una relación terapéutica empática mejora significativamente este proceso (Gaume *et al.*, 2008; Moyers, Miller *et al.*, 2005). Aún queda mucho por aprender acerca de esto y sospechamos que estos procesos sustentan la eficacia no sólo de la EM, sino también de otras «terapias de discurso».

Varios estudios con ensayos multicéntricos han comparado la EM con tratamientos más extensos (en lugar de evaluar el valor aditivo de cada uno). Con frecuencia, estas comparaciones tipo «carrera de caballos» han encontrado una eficacia parecida a pesar de la diferencia en la intensidad del tratamiento. Así, la EM podría ser un «factor general» de control razonable y especificable con el que comparar otros tratamientos activos.

Tal y como hemos mencionado antes, se han publicado varios estudios que no han hallado efecto alguno de la EM. Algunos de ellos no medían la fidelidad de la aplicación del tratamiento. En otros, las medidas de garantía de calidad publicadas indicaban un nivel de habilidad (o, como mínimo, de meticulosidad) bajo por parte del terapeuta que aplicaba la EM. Con frecuencia, la formación de los terapeutas que llevan a cabo la EM ha sido demasiado breve para esperar que puedan ser competentes. No es sorprendente que la «EM» no sea eficaz si no se aplica con fidelidad.

Sin embargo, también ha habido ensayos donde tanto la formación como la fidelidad se controlaron muy bien y, aun así, no se concluyó que la EM tuviera efecto alguno. Tal y como hemos comentado en el capítulo 19, este estudio, que llevaron a cabo Miller *et al.* (2003), no halló muestras de eficacia, y los análisis retrospectivos (recuadro 19.1) que llevamos a cabo nos llevaron a concluir que habíamos sido demasiado estrictos con el manual para terapeutas utilizado, que impedía responder de forma adecuada a la reticencia de los clientes. Si nosotros, los progenitores de la EM, hemos tomado sin darnos cuenta decisiones poco adecuadas a la hora de elaborar los manuales para terapeutas, es probable que otros hayan hecho lo mismo. Esta restricción de la flexibilidad clínica puede explicar por qué el uso de un manual para terapeutas se asoció a tamaños del efecto significativamente menores para la EM (Hettema *et al.*, 2005).

Otra fuente potencial de variación en la eficacia de la EM es la naturaleza de la muestra tratada. Tres estudios han encontrado efectos no sólo nulos, sino adversos de la EM en clientes que estaban preparados para el cambio antes de la intervención (Project MATCH Research Group, 1997a; Rohsenow *et al.*, 2004; Stotts *et al.*, 2001). Quizás no quepa esperar que la EM (o, como mínimo, el proceso de evocación) beneficie a pacientes que ya llegan al tratamiento preparados para cambiar, porque la ambivalencia ya parece estar resuelta. También se ha hallado ausencia de efecto en poblaciones preseleccionadas por no haber respondido a varios intentos de intervención previos (p. e., Kuchipudi, Hobein, Flickinger e Iber, 1990; Welch, Zagarins, Feinberg y Garb, 2011). Las características de los clientes pueden moderar la eficacia de la EM (Ondersma, Winhusen, Erickson, Stine y Wang, 2009).

Los ensayos multicéntricos aportan otra pieza al rompecabezas. Los que comparan directamente intervenciones basadas en la EM con tratamientos más largos o más elaborados han concluido con frecuencia (Project MATCH Research Group, 1997a; UKATT Research Team, 2005), aunque no siempre (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004), que no hay diferencias significativas en la eficacia. Es decir, los resultados promedio de la EM eran tan buenos como los de otros tratamientos basados en la evidencia y más intensivos (*cf.* Bien, Miller y Tonigan, 1993). Tampoco se encontraron diferencias en la eficacia en varios ensayos multicéntricos en los que la EM o la MET competían con el tratamiento no controlado habitual (Ball *et al.*, 2007; Carroll *et al.*, 2001, 2009; Westerberg, Miller y Tonigan, 2000). Esto contrasta con conclusiones más positivas cuando la EM o la MET se han *añadido* al tratamiento habitual (Hettema *et al.*, 2005). Cuando estos grandes ensayos multicéntricos con conclusiones negativas se incorporen a los próximos metaanálisis, el tamaño de efecto promedio computado de la EM se reducirá, quizás hasta el punto de que se concluya que carece de efecto global alguno.

Entonces, ¿es que la eficacia de la EM se ha esfumado de repente? Hay un antiguo aforismo médico que aconseja: «Utiliza los tratamientos nuevos mientras aún funcionen», que refleja el efecto inespecífico del entusiasmo cuando se introduce cualquier tratamiento nuevo. Luego, se dejaría de aplicar el tratamiento que ya no resulta efectivo, en favor de la siguiente novedad. Aunque el aforismo tiene parte de verdad, el progreso de la ciencia es un proceso más acumulativo. Muchos ensayos aleatorizados, llevados a cabo por suficientes investigadores distintos que trabajan en países diferentes y tratan dificultades varias, han concluido que la EM es efectiva, lo que indica que sucede algo significativo. La variabilidad de su eficacia en función de los terapeutas, centros y estudios nos dice que aún no entendemos lo suficientemente bien qué sucede para producir el cambio cuando este ocurre.

Entonces, ¿qué es lo importante de la EM? A partir de todo lo que acabamos de exponer, concluimos que la investigación existente basta para apoyar como mínimo tres hipótesis. En primer lugar, parece evidente la importancia de la empatía del terapeuta, la

calidad y la naturaleza de la relación interpersonal descrita originalmente por Rogers (1959, 1965) y considerada con frecuencia un factor general o «inespecífico». Nosotros hemos tratado de forma más general del espíritu que subyace a la EM (Miller y Rollnick, 2002; Rollnick y Miller, 1995), que tiende a correlacionarse significativamente con la empatía. El nivel de empatía del terapeuta predice la variación en los resultados del cliente incluso cuando los terapeutas parecen ofrecer el «mismo» tratamiento. Ni siquiera una terapia guiada por manual es el mismo tratamiento si la practican dos terapeutas distintos (Miller *et al.*, 1980; Project MATCH Research Group, 1998c).

En segundo lugar, las diferencias en la eficacia de la EM pueden estar relacionadas con el nivel concomitante de respuestas no congruentes con la EM por parte del terapeuta (Baer *et al.*, 2012). Las respuestas confrontativas o directivas pueden evocar una actitud defensiva y discurso de mantenimiento (Glynn y Moyers, 2010; Miller *et al.*, 1993; Patterson y Forgatch, 1985) y, ciertamente, pueden intercalarse entre respuestas congruentes con la EM. Es muy posible que una de las cosas importantes en la EM sea no hacer lo que no se ha de hacer.

Por último, hemos revisado literatura que asocia la fidelidad a la EM con el aumento del discurso de cambio por parte del cliente, que a su vez predice el cambio posterior. Hemos descubierto que es posible que los terapeutas aprendan y demuestren niveles elevados de competencia en EM sin que eso ejerza un efecto significativo sobre el discurso de cambio del cliente (Miller *et al.*, 2004). Es posible que la EM no sea efectiva a no ser y hasta que el terapeuta sea capaz de reforzar el discurso de cambio del cliente.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LLEVAR A CABO INVESTIGACIONES SOBRE RESULTADOS

A partir de toda esta información, ofrecemos a nuestros colegas de investigación algunas sugerencias para los estudios futuros acerca de la eficacia de la EM. También pueden aplicarse a la investigación en psicoterapia en general.

1. Formen a los terapeutas hasta que alcancen una habilidad estándar antes de que puedan practicar la EM en un ensayo clínico. No hay una «dosis» mínima o suficiente de formación que garantice la competencia en EM. El único modo de documentar la habilidad en EM es la práctica observada. En el capítulo 28 sugerimos umbrales provisionales de competencia en la práctica de la EM, pero tal y como hemos mencionado antes, la cuestión de qué nivel de capacidad y en qué medidas de habilidad es suficiente aún no está clara. Establezca un criterio de competencia estándar para los terapeutas de EM en el ensayo clínico, y proporcione formación, *feedback* y apoyo hasta que todos los terapeutas lo hayan alcanzado.

2. Documenten la fidelidad de la práctica de la EM. Demostrar que los terapeutas *pueden* practicar la EM no significa que lo hagan en la práctica. Registren todas las sesiones mediante un instrumento de codificación fiable para controlar la calidad de la

EM. Así podrán informar del nivel real de fidelidad a la EM en el ensayo.

3. Practiquen el control de calidad de forma constante. No esperen a que el ensayo ya esté encaminado para empezar a comprobar la calidad de la EM. El control de la fidelidad debería ser inmediato y continuo. Pueden dar *feedback* a los terapeutas que no alcancen el umbral de calidad del desempeño requerido, formular un plan de acción correctiva y establecer un control estrecho, o incluso impedir que traten a más clientes hasta que vuelvan a demostrar que pueden practicar la EM al nivel de calidad necesario (Miller, Moyers, Arciniega *et al.*, 2005). En el capítulo 28 abordaremos la evaluación de la fidelidad.

4. Aunque es posible determinar la fidelidad al tratamiento midiendo únicamente las respuestas del terapeuta (Hendrickson *et al.*, 2004; Pierson *et al.*, 2007), esto sólo proporciona la mitad de la imagen. Si, por ejemplo, la eficacia del terapeuta depende de reforzar el discurso de cambio del cliente, es imposible medirlo a no ser que se observen también las respuestas del cliente. Los sistemas de codificación que documentan las respuestas tanto del terapeuta como del cliente permiten analizar no sólo los resultados, sino también los procesos. Una ventaja de esto es que si el ensayo no halla efecto de la EM, se puede determinar dónde se ha roto la cadena causal o, por el contrario, por qué ha tenido éxito la intervención (Longabaugh y Wirtz, 2001; Moyers *et al.*, 2009).

5. Esto a su vez nos lleva a otra recomendación: formular y luego comprobar predicciones a priori sobre cómo y por qué debería tener éxito o fracasar una intervención de EM a la hora de influir en los resultados del cliente. Cuando esto se añade al ensayo de resultados, el estudio no sólo aporta un más o un menos al «casillero de resultados» final (o tamaño del efecto metaanalítico), sino que aumenta el conocimiento sobre cómo los tratamientos influyen en los resultados.

6. Siempre que sea posible, midan los resultados finales que les importen. Quizás crea que una mayor motivación del cliente llevará a una mayor adhesión al tratamiento, lo que, a su vez, activará el cambio de conducta que facilita mejores resultados de salud. Sin embargo, si lo último no sucede, ¿le importan los eslabones anteriores? Y si el resultado deseado (en este caso, mejoría de salud) sucede, ¿importa que la puntuación de la motivación registrada no haya cambiado?

7. Si comparan la EM con otra intervención (inclusive el tratamiento habitual o un placebo), vale la pena documentar la fidelidad a la EM y los procesos en ambas condiciones experimentales. El discurso de cambio puede ocurrir en cualquier forma de tratamiento, y su asociación con el cambio del cliente no se limita a la EM (Moyers *et al.*, 2007). ¿Hasta qué punto los aspectos terapéuticos de la EM también aparecen y contribuyen a los resultados de las condiciones con las que se compara?

8. Sean precavidos si utilizan un manual para estandarizar la práctica de la EM. La flexibilidad es clave en la EM y hay que responder en el momento a lo que sea que plantee el cliente. Los manuales atan las manos de los terapeutas a la hora de cómo y cuándo responder, y es muy poco probable que den lugar a buenas prácticas. Los

terapeutas necesitan poder usar su criterio sobre cuándo y si deben persistir en ciertos aspectos de la intervención según cómo responda el cliente. La EM es, sobre todo, un estilo clínico y no se adapta bien a las presentaciones encorsetadas.

Durante todo el desarrollo de la EM hemos intentado, al igual que hizo Rogers, someter nuestros supuestos e intervenciones a la verificación científica. La mayoría de los cambios importantes que aparecen en este volumen son el resultado de las evidencias obtenidas por la investigación publicada desde la segunda edición. Tal y como suele suceder, la investigación no sólo ha proporcionado respuestas, sino también preguntas nuevas y mejores. Los ensayos clínicos más recientes siguen informando de efectos positivos de la EM en la promoción del cambio en cada vez más áreas. Al mismo tiempo, ha quedado clara la amplia variabilidad de la eficacia de la EM, cuyo tamaño de efecto varía sustancialmente entre estudios, terapeutas y centros en ensayos multicéntricos. Es muy posible que el uso consensuado de un manual para estandarizar la práctica no sea una buena idea cuando hablamos de EM, sobre todo si limita la capacidad del terapeuta de responder al cliente con flexibilidad.

Estamos seguros de que en el ámbito de lo que hemos llamado EM operan varios catalizadores del cambio muy potentes. Hay evidencias razonables que sustentan varios de ellos, como la escucha empática, reforzar el discurso de cambio y contener las respuestas antiterapéuticas que evocan una actitud defensiva e inhiben el cambio. También creemos que la mayoría de lo que puede conocerse acerca de la EM y del cambio está aún por descubrir. Creemos que los procesos terapéuticos que observamos y practicamos no son exclusivos de la EM y, en cierto sentido, tienen más que ver con la naturaleza humana en general. Y, sin embargo, al menos en parte, pueden especificarse, aprenderse y aplicarse para ayudar a las personas a cambiar. No nos preocupa que se llame EM o de otra manera. Nuestro interés ha sido siempre entender mejor cómo y por qué cambian las personas, y aprender a usar ese conocimiento para aliviar el sufrimiento humano.

Puntos clave

- ✓ La EM no se derivó de una teoría preexistente, sino que surgió de la práctica clínica que generó hipótesis comprobables.
- ✓ La efectividad de la EM varía ampliamente en distintos terapeutas, estudios y centros de un mismo estudio.
- ✓ La fidelidad al proceso es muy importante para entender los resultados de la EM y debería documentarse bien en estudios futuros con códigos observacionales fiables.

CAPÍTULO 28

EVALUAR CONVERSACIONES MOTIVACIONALES

Las personas no pueden beneficiarse de un tratamiento al que no han sido expuestas.

DEAN FIXSEN

Dudemos, dudemos, y no creamos sin experimentar.

WILLIAM BLAKE

Los capítulos anteriores, así como la investigación acerca de los resultados de la EM dejan claro que no hay una técnica única de EM que pueda dispensarse como los contenidos de una cápsula de medicación. Cómo se desarrolle la conversación es muy importante, y hay una gran variabilidad en los resultados en función de la naturaleza de la interacción.

En este último capítulo cerramos el círculo de la inquietud que nos trajo a la EM desde el principio: cuál es el mejor modo de gestionar las conversaciones sobre el cambio. A lo largo de los años, nos ha fascinado especialmente entender la dinámica de estas conversaciones. En este punto del libro, queremos centrarnos en cómo seguir aprendiendo de la experiencia, en cómo seguir estudiando las melodías y los ritmos de este baile. Además de que se trata de un buen tema general con el que concluir el libro, también tiene implicaciones directas para el control de calidad, y reflexionaremos sobre cómo responder a la pregunta: «¿Es esto una buena EM?».

El baile

Son muchos los factores que influyen en la belleza de un baile. La habilidad de los bailarines y cómo sus habilidades respectivas se combinan para formar un único movimiento fluido o narrar una buena historia es muy importante. Cada uno aporta algo importante al baile. La música también es importante, al igual que el tamaño y la naturaleza de la pista o de la sala, que proporcionan el contexto. Por otro lado, hay muchos tipos distintos de baile: el vaivén del chachachá, las líneas rápidas y fluidas de un vals, la estructura del *country*... En el tango, una persona dirige y la otra le sigue, no hay duda de ello. La música disco y la salsa son estilos más libres. En los concursos de baile,

los jueces se preguntan «¿Qué ha funcionado (o no) en este baile?». Aunque no queremos llevar la metáfora demasiado lejos, proporciona una estructura general desde la que reflexionar sobre las aportaciones de los bailarines, el contexto y el propio proceso de baile, y para plantearnos qué tipo de baile es la EM.

BAILARÍN 1: EL CLIENTE

Las personas llegan a las conversaciones sobre el cambio desde distintos puntos de partida. En función de la etapa vital, algunas llegan con más energía, perspectiva o experiencia que otras. En muchas culturas, hombres y mujeres bailan de forma distinta. Por ejemplo, en lo que concierne al estilo conversacional, los hombres estadounidenses tienden a interrumpir más y suelen escuchar menos bien que las mujeres.

La urgencia del cambio también es relevante. ¿Cuán severos son los problemas y las consecuencias de mantener la situación actual? Una de las aportaciones fundamentales del modelo transteórico del cambio es que las personas llegan a las conversaciones sobre el cambio con niveles distintos de disposición al mismo. Algunas llegan ya decididas y comprometidas con el cambio. Otras se muestran ambivalentes y menos dispuestas, y aun otras no ven motivo alguno para cambiar y es posible que incluso estén molestas por tener que mantener la conversación. Todos estos puntos de partida pueden influir sobre el curso de la conversación y sobre la probabilidad de que conduzca al cambio. Y, sin embargo, si algo hemos aprendido durante este viaje es que el punto de partida no es el final. No hace falta esperar, con la esperanza de que la persona llegue a estar dispuesta a cambiar.

No hace falta esperar, con la esperanza de que la persona llegue a estar dispuesta a cambiar.

BAILARÍN 2: EL ENTREVISTADOR

Otra influencia importante es la habilidad del entrevistador, al que podemos ver como el bailarín que «lleva» al otro. No hace falta llevar a la fuerza. De hecho, un buen baile no debería parecer una lucha de poder. ¿Qué capacidad tiene el entrevistador para bailar con muchas parejas distintas, no pisar los pies a nadie y guiar con suavidad el proceso del baile para que resulte placentero? Es obvio que la probabilidad de que la conversación conduzca al cambio tiene mucho que ver con las variaciones en la habilidad del entrevistador.

EL CONTEXTO

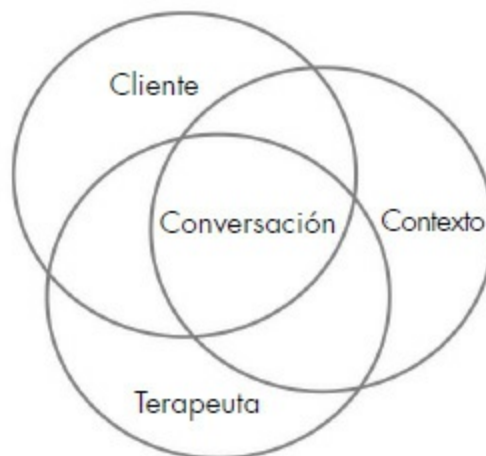
¿Dónde y por qué sucede esta conversación? ¿Qué música suena? El *heavy metal* no propicia bailar un vals. Hay contextos profesionales que constituyen grandes obstáculos a la hora de entablar una conversación constructiva acerca del cambio. Quizás no sea imposible, pero sí mucho más difícil. ¿Cuánto espacio hay para moverse? El contexto social del cliente también es importante. ¿Qué otros bailarines hay sobre la pista? ¿Cuánto apoyo proporcionan los familiares, amigos y compañeros del cliente?

EL PROCESO

Esto es a lo que hemos prestado más atención: el baile en sí mismo, el proceso de las conversaciones acerca del cambio. Dentro de los límites que impongan el contexto o la persona concreta, ¿qué puedo hacer yo para que vaya bien? Cuando los elementos se reúnen (los bailarines, la sala de baile y la música), ¿qué funciona (y qué no) en este tipo de baile específico? En la EM, la convergencia del cliente, el terapeuta y el contexto modela el proceso de la conversación (recuadro 28.1).

Obviamente, si queremos evaluar una conversación motivacional no basta con esperar fuera de la sala de baile y preguntar al bailarín 2 cómo ha ido todo. Por varios motivos, los informes acerca del propio desempeño en EM no suelen ser muy fiables. Cuando estamos inmersos en el proceso, se nos pasan cosas. A no ser que estén deprimidas, las personas tienden a sobrestimar su propio desempeño. Tanto si queremos juzgar la calidad del baile como si nuestra intención es ofrecer consejos útiles o, sencillamente, disfrutar del espectáculo, es imprescindible que observemos cómo sucede. No hay nada que pueda sustituir el ver (o como mínimo, el escuchar) cómo ha transcurrido la conversación. Estas observaciones son la única manera de decir a los demás (por ejemplo en un informe clínico o científico) lo que ha sucedido.

RECUADRO 28.1. Los elementos de una conversación



Y, sin embargo, limitarnos a observar también plantea sus dificultades. Es muy fácil quedar absorto en el baile, en el contenido de la historia del cliente y perderse detalles importantes del proceso. Además, existen sesgos observacionales en relación con qué es importante y a qué prestar atención. Por lo tanto, creemos que resulta muy útil contar con cierta estructura a la hora de observar.

La alegría de codificar

Antes de que empezásemos a hacerlo, pensábamos que codificar estructuradamente las conversaciones clínicas sería mortalmente aburrido. A grandes dosis puede serlo, y el nivel de tolerancia es distinto para cada persona. Sin embargo, no conocemos una manera mejor de introducirnos de lleno en lo que sucede durante las conversaciones acerca del cambio. Al igual que todo el mundo, disfrutamos sentándonos a apreciar la belleza del flujo de una conversación hábil, pero bajo la superficie hay mucho más que descubrir. A continuación presentamos lo que nosotros y otros hemos aprendido acerca de cómo documentar las conversaciones y aprender de ellas.

EL MATERIAL BRUTO

Probablemente, el material más utilizado sean las grabaciones de audio. No hay consenso acerca de cuánta información aportan las imágenes de vídeo. Por un lado, hay cosas que sólo pueden observarse en una pantalla: expresiones faciales, gestos, contacto visual, etc. A veces, las imágenes también ayudan a entender qué significan las palabras. Por el otro, hay codificadores que consideran que las imágenes son una distracción y que es más fácil centrarse en las palabras y en la melodía del discurso a partir de las grabaciones de sonido. Además, las grabaciones en audio y en vídeo no intimidan igual. Grabar en audio suele ser más sencillo, y tanto los clientes como los terapeutas tienden a estar más nerviosos ante una cámara. Un buen micrófono externo suele conseguir grabar un discurso más nítido que los incorporados en algún aparato, aunque la tecnología reciente ha mejorado muchísimo la calidad del sonido. Pruébalo antes de grabar. Esforzarse para entender una grabación es muy frustrante.

Transcribir una conversación grabada lleva el material bruto un paso más allá. Resulta mucho más fácil seguir una conversación grabada si se dispone de una transcripción que, además, permite un análisis paso a paso más detallado, y es la única manera de llevar a cabo ciertas codificaciones con fiabilidad. Creemos que las transcripciones son muy útiles para ayudar a las personas a aprender las sutilezas de la EM.

Otra cuestión relevante es la longitud que debe tener el fragmento de la conversación para constituir una muestra representativa. Hay consultas que son necesariamente breves, lo que impone un límite inherente a las mismas. Las conversaciones sobre salud y conducta en las consultas de atención primaria suelen ser así: no se prolongan más que algunos minutos (Rollnick, Miller *et al.*, 2008). Cuando las conversaciones son más largas (por ejemplo, una sesión de psicoterapia de cincuenta minutos), ¿cuánta interacción debemos codificar para contar con una muestra suficiente? Es una pregunta que se presta a la investigación y para la que aún no tenemos respuesta. Si se trata de consultas breves, podemos codificarlas íntegramente. Codificar fragmentos de veinte minutos de duración extraídos de consultas más largas puede mostrar efectos fiables de la formación (Miller *et al.*, 2004), aunque puede pasar por alto aspectos cruciales de la interacción. Por ejemplo, en un estudio elegimos como muestra los primeros veinte minutos de una sesión de EM (Miller, Yahne *et al.*, 2003), pero los análisis posteriores de las sesiones enteras revelaron que lo que predecía los resultados del cliente sucedía hacia el final de la conversación, no al principio (Amrhein *et al.*, 2003; *cf.* Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume y Daepfen, 2010; Campbell, Adamson y Carter, 2010).

También hay que decidir qué muestras utilizar. Si el terapeuta decide qué sesión evaluar, quizás sea natural que presente la que considera que refleja el desempeño de mayor calidad. Esto proporcionaría una indicación de su capacidad máxima para practicar la EM, pero no necesariamente de hasta qué punto la utiliza y con qué calidad la ejecuta en general. En los ensayos clínicos, se suelen grabar todas las sesiones y se evalúa una muestra aleatoria o representativa, sin que el terapeuta sepa qué sesiones se seleccionarán (Carroll *et al.*, 1998; Miller, Moyers, Arciniega, Ernst y Forcehimes, 2005). También puede suceder que la EM sólo ocupe parte de una sesión que incluye otras tareas, por lo que parecería lógico centrarse en el fragmento donde la intención era llevar a cabo una EM.

PUNTUACIONES GLOBALES

Entonces, ¿qué debería observar y cómo puede registrarlo? Quizás, la forma más sencilla de codificar una conversación sea asignar puntuaciones globales de calidad, por ejemplo en una escala Likert de 1 a 5. ¿En qué medida ha expresado el entrevistador empatía precisa o, para ser más específicos, ha ofrecido reflejos complejos? Las puntuaciones pueden darse tras haber escuchado toda la entrevista o repetirse a intervalos establecidos (p. e., cada cinco o diez minutos). Como las palabras genéricas como *empatía* o *reflejo* pueden significar cosas distintas para distintas personas, resulta útil contar con una descripción detallada de las características que hay que puntuar, una tradición de la investigación en psicoterapia que se remonta al grupo de investigación del propio Carl Rogers (Truax y Carkhuff, 1967). Disponer de una descripción clara puede

mejorar la fiabilidad de las puntuaciones (hasta qué punto dos observadores independientes otorgarían la misma puntuación a la misma respuesta). El recuadro 28.2 ofrece un ejemplo del nivel de detalle que ayuda a lograr puntuaciones globales fiables; en este caso, define la empatía del terapeuta.

A pesar de que tienden a ser rápidas (aunque no fáciles), las puntuaciones globales presentan algunos inconvenientes importantes. Incluso con buenas definiciones, es difícil alcanzar una fiabilidad interobservador elevada. Exigen cierta acumulación de evidencias a lo largo de la conversación o del fragmento, por ejemplo en forma de promedio o del nivel de habilidad más elevado que se ha observado. Por otro lado, las puntuaciones globales tienden a ser menos útiles que el *feedback* más específico cuando se trata de facilitar el aprendizaje. Recuerde que es más difícil alcanzar o cuantificar las metas globales («ser mejor persona») que las más específicas («dar más *feedback* positivo y menos *feedback* negativo a los demás»). Decirle a alguien que está aprendiendo que «debe ser más empático» seguramente es menos útil que decirle que «intente usar más reflejos y menos preguntas» o «cuando refleje, intente avanzar una suposición en lugar de limitarse a repetir lo que ha dicho la persona». El *feedback* global no le dice a la persona qué debe hacer de otra manera ni ayuda al formador a recordar qué sugerencias específicas puede hacer. Es más difícil comparar las puntuaciones globales en contextos o estudios distintos, porque cada equipo desarrolla sus propios criterios de puntuación. Finalmente, como es muy difícil, si no imposible, puntuarse a uno mismo de forma objetiva en escalas de este tipo, no son especialmente útiles cuando uno se escucha a sí mismo. Por lo tanto, no recomendamos el uso exclusivo de las escalas de puntuación globales para documentar la fidelidad.

El feedback global no le dice a la persona qué debe hacer de otra manera.

RECUADRO 28.2. Definición operativa de la empatía del terapeuta

Esta escala evalúa la medida en que el terapeuta entiende o se esfuerza en comprender el punto de vista y las emociones del cliente; literalmente, hasta qué punto el terapeuta «se pone en los zapatos» del cliente y percibe lo que siente o piensa. No hay que confundir la empatía con la calidez, la aceptación, la honestidad o la defensa del cliente; son características distintas a la empatía. La escucha reflexiva es una parte fundamental de la empatía, pero el objetivo de esta puntuación global es capturar todos los esfuerzos que hace el terapeuta para entender el punto de vista del cliente y trasladarle esa comprensión.

Los terapeutas **que puntúan bajo** en empatía muestran indiferencia o descalifican activamente el punto de vista y las experiencias del cliente. Aunque es posible que indaguen en busca de información objetiva o tengan una meta, lo hacen para acumular argumentos que sustenten su punto de vista, en lugar

de para entender el del cliente. Apenas se esfuerzan por entender en profundidad emociones y acontecimientos complejos y formulan preguntas que transmiten superficialidad o impaciencia. Además, pueden expresar hostilidad hacia la postura del cliente o culparle directamente de los resultados negativos.

Los terapeutas **que puntúan alto** en empatía abordan la sesión como una oportunidad para aprender del cliente. Tienen curiosidad. Dedicán el tiempo que sea necesario a explorar las opiniones y las ideas del cliente, sobre todo en lo que concierne a la conducta objetivo. La empatía es evidente cuando los terapeutas muestran un interés activo en entender lo que dice el cliente. También puede ser evidente cuando el terapeuta sigue correctamente o detecta una historia o afirmación compleja e indaga con suavidad para aclararla.

Anclajes verbales para las puntuaciones en empatía en una escala de 1 a 5

1. El terapeuta no demuestra interés por el punto de vista del cliente. Presta poca o ninguna atención a la postura del cliente.

Ejemplos:

- Formular exclusivamente preguntas en busca de información (y, con frecuencia, con un motivo ulterior).
- Buscar información factual sin intentar entender la postura del cliente.

2. El terapeuta hace esfuerzos esporádicos para explorar la postura del cliente. Alcanza una comprensión incompleta o alejada de lo que el cliente quiere decir en realidad.

Ejemplos:

- El terapeuta ofrece reflejos, pero malinterpreta lo que ha dicho el cliente.
- Los intentos del terapeuta para entender al cliente son superficiales.

3. El terapeuta se esfuerza activamente en entender el punto de vista del cliente, con un éxito modesto.

Ejemplos:

- El terapeuta demuestra una empatía de nivel medio hacia el cliente.
- El terapeuta ofrece algunos reflejos acertados, pero no acaba de captar al cliente.
- El terapeuta intenta entender el punto de vista del cliente durante toda la sesión, pero con éxito moderado.

4. El terapeuta demuestra una comprensión precisa de la visión del mundo del cliente. Se esfuerza activa y repetidamente en entender su punto de vista. La comprensión se limita casi exclusivamente al contenido explícito.

Ejemplos:

- El terapeuta transmite interés por la postura o la situación del cliente.
- El terapeuta refleja con precisión lo que ha dicho el cliente.
- El terapeuta transmite con eficacia que entiende el punto de vista del cliente.

- 5 El terapeuta demuestra una comprensión profunda del punto de vista del cliente. No sólo de lo que se ha verbalizado explícitamente, sino también de lo que el cliente quiere decir pero no ha verbalizado.

Ejemplos:

- El terapeuta transmite con eficacia que entiende al cliente más allá de lo que este haya dicho durante la sesión.
- Mostrar un gran interés por la postura o situación del cliente.

- Intentar «ponerse en el lugar» del cliente.
- Alentar con frecuencia al cliente para que elabore más allá de lo necesario para seguir la historia.
- Utilizar muchos reflejos complejos acertados.

Nota: Basado en Hendrickson et al. (2004).

MEDIDAS MÁS ESPECÍFICAS

Tendemos a usar medidas más específicas además de las puntuaciones globales, no en su lugar. Contar con ambas ofrece más información, aunque cuando damos *feedback* a las personas en formación tendemos a centrarnos en lo específico y en cuáles podrían ser los siguientes pasos para desarrollar una habilidad.

Una de las estrategias que suele usarse es contar cuántas veces ha sucedido algo concreto. En este caso, también necesitamos una definición muy clara de lo que buscamos, para reconocerlo cuando lo escuchemos y mejorar la fiabilidad interobservador. Cuando la medida es fiable, dos observadores independientes obtendrán recuentos similares. En el recuadro 28.3 presentamos un ejemplo de una respuesta cuantificable (reflejos) por parte del entrevistador. En la codificación de la Integridad del Tratamiento con Entrevista Motivacional, o MITI (Bennett, Roberts, Vaughan, Gibbins y Rouse, 2007; Forsberg, Berman, Källmén, Hermansson y Helgason 2008; Forsberg, Källmén, Hermansson, Berman y Helgason, 2007; Moyers, Martin *et al.*, 2005), podrá encontrar más definiciones conductuales detalladas y verificadas.

A continuación encontrará algunas respuestas específicas del entrevistador a partir del material que hemos presentado a lo largo de los capítulos anteriores. Durante las formaciones, se puede contar «sobre la marcha» mientras se escucha una conversación grabada, pero cuando se trata de llevar a cabo codificaciones fiables, para la investigación, es necesario usar transcripciones.

RECUADRO 28.3. Reflejo: una definición operativa

El terapeuta emite afirmaciones de escucha reflexiva en respuesta al discurso del cliente. Aunque el reflejo puede introducir significados o materiales nuevos, en esencia captura y devuelve al cliente parte de lo que acaba de decir. Podemos clasificar los reflejos en simples o complejos. Los **simples** suelen transmitir comprensión y facilitan el diálogo. Apenas añaden significado (o énfasis) a lo que el cliente ha dicho. Pueden señalar emociones importantes del cliente, pero no van mucho más allá. Los **complejos** añaden un significado o énfasis sustancial al discurso del cliente. Los de este tipo trasladan al cliente una imagen más compleja de lo que acaba de decir. Es posible que el terapeuta decida insistir en un fragmento concreto de los enunciados del cliente, para aclarar algo o para orientar la conversación hacia una

dirección distinta. El contenido que el terapeuta añade puede ser sutil o muy obvio y también es posible combinar varias afirmaciones del cliente para formar sumarios complejos. Si el codificador no puede determinar si un reflejo es simple o complejo, la categoría por defecto es la de simple.

Nota: Basado en Hendrickson et al. (2004).

Preguntas

Las preguntas y las solicitudes de información son una de las formas de discurso más fáciles de codificar. Tal y como hemos explicado en el capítulo 6, las preguntas cerradas buscan información específica. Cualquier pregunta que anticipe una respuesta de «sí» o «no» es cerrada. También lo son las que piden una información muy específica («¿Cómo se llama su madre?») o una respuesta numérica («¿Cuántos minutos de ejercicio ha hecho esta semana?»). Básicamente, las preguntas cerradas limitan mucho las respuestas que puede dar la persona. Por el contrario, las preguntas abiertas conceden más flexibilidad. («¿Qué le ha traído aquí?» o «¿Cómo cree que podría hacerlo?») Las frases que empiezan por «Explíqueme...» también pueden entenderse como preguntas abiertas («Explíqueme cómo es un día normal para usted»), aunque no hagamos la inflexión de voz al final. Cualquier «reflejo» que acabe con una inflexión ascendente en lugar de descendente es una pregunta («¿No cree que eso sea un problema?» frente a «No cree que eso sea un problema»).

Por lo tanto, una de las cosas más fáciles de contar a lo largo de la conversación es cuántas preguntas se formulan y cuántas de ellas son abiertas y cerradas. El Porcentaje de Preguntas Abiertas es la cantidad de preguntas abiertas dividida entre la cantidad total de preguntas (abiertas y cerradas).

Reflejos

En el capítulo 5 hablamos en profundidad de los reflejos. Siempre se ofrecen en respuesta a algo que la persona ha dicho y, básicamente, capturan y devuelven a la persona algo que acaba de decir. Los reflejos simples añaden poco o ningún significado o énfasis más allá de lo dicho. Repiten el contenido, quizás con cierta reformulación, pero no avanzan suposiciones acerca de lo que quiere decir la persona. Por el contrario, los reflejos complejos hacen una conjetura sobre el posible significado más allá de lo dicho.

CLIENTE: Esta semana me ha costado mucho cumplir con la dieta.

REFLEJO SIMPLE: Ha sido difícil.

REFLEJO COMPLEJO: Y se pregunta si así podrá adelgazar o no.

También podemos contar la cantidad de reflejos ofrecidos durante la conversación y clasificarlos en simples o complejos. Dos de las medidas que tenemos en cuenta cuando evaluamos conversaciones sobre el cambio son el porcentaje de reflejos complejos del entrevistador y la proporción entre reflejos y preguntas.

Respuestas congruentes y no congruentes con la EM

Además de los reflejos y las preguntas, hay otras respuestas congruentes con la EM a las que podemos atender. Estos son algunos ejemplos, extraídos de la codificación de la Integridad del Tratamiento con Entrevista Motivacional (MITI; Moyers, Martin *et al.*, 2005; Pierson *et al.*, 2007):

- Pedir permiso antes de dar consejo u ofrecer información (capítulo 11).
- Afirmar y apoyar: decir algo positivo sobre la persona (capítulo 6) o expresar compasión.
- Enfatizar la libertad de elección, la autonomía y el control de la persona.

Por otro lado, hay respuestas que, en general, no son congruentes con el estilo de la EM y que son los opuestos de lo anterior:

- Dar consejo u ofrecer información sin haber pedido permiso.
- Confrontar a la persona discrepando, discutiendo, corrigiendo, avergonzando, culpando, criticando, etiquetando, ridiculizando o cuestionando su honestidad (véanse los obstáculos a la comunicación de Thomas Gordon en el capítulo 5).
- Dirigir a la persona dándole órdenes, instrucciones o imperativos, o cuestionar su autonomía de cualquier otro modo.

Aquí podemos obtener un índice si calculamos el porcentaje de coherencia con la EM (cantidad de respuestas congruentes con la EM divididas entre el total de respuestas congruentes + respuestas no congruentes).

CODIFICAR LAS RESPUESTAS DEL CLIENTE

Obviamente, una conversación incluye lenguaje de ambos (o todos) los participantes. Los sistemas observacionales como la MITI, que codifican únicamente un lado de la conversación (las respuestas del entrevistador), pueden proporcionar estimaciones fiables de la habilidad en la EM que predicen el resultado del cliente, pero sólo muestran la mitad de la imagen. El sistema original para codificar las respuestas del

terapeuta y del cliente durante una conversación EM es el Código de Habilidades en EM (MISC; Catley *et al.*, 2006; De Jonge, Schippers y Schaap, 2005; Gaume *et al.*, 2010; Miller y Mount, 2001; Miller *et al.*, 2003).

¿A qué respuestas del cliente debemos prestar especial atención durante las conversaciones sobre el cambio? Desde la perspectiva de la EM, el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento (capítulo 12) son especialmente importantes, porque predicen y median los resultados de cambio. La proporción de discurso de cambio frente a discurso de mantenimiento parece ser un índice particularmente prometedor y, además, se espera que cambie a lo largo de la sesión de EM (capítulo 19).

También es sensato entender el discurso de cambio del cliente como un índice de la habilidad en EM del entrevistador. Al parecer, es más fácil aumentar la cantidad de respuestas congruentes con la EM del entrevistador (cuantificadas con la MITI) que enseñarle a aumentar el discurso de cambio del cliente (Miller y Mount, 2001; Miller *et al.*, 2004). Sin embargo, si nuestra comprensión del funcionamiento de la EM es correcta, esta segunda habilidad es muy importante. ¿Qué importancia tiene que el terapeuta sea más congruente con la EM si su cliente no responde de manera distinta?

ANÁLISIS SECUENCIALES

Un análisis más fino examina las relaciones secuenciales durante la conversación. Por ejemplo, cuando el cliente verbaliza discurso de cambio, ¿cuál es la respuesta inmediata más probable del entrevistador (capítulo 14)? ¿Qué sucede cuando el entrevistador refleja discurso de mantenimiento? ¿Qué es lo más probable que diga el cliente a continuación? El análisis a este nivel puede dar lugar a sugerencias aún más específicas para la mejora de habilidades (p. e., «Cuando el cliente verbalice discurso de cambio, intenta reflejarlo con más frecuencia») que las que podrían surgir de un mero recuento de respuestas (p. e., «Ofrece más reflejos») o de puntuaciones globales (p. e., «Sé más empático»). El Código Secuencial en Entrevista Motivacional para la Observación de Interacciones en el Proceso (MISCOPE; <casaa.unm.edu/download/scope.pdf>; Moyers y Martin, 2006; Moyers *et al.*, 2007, 2009) es una herramienta bien diseñada para el análisis secuencial de las conversaciones sobre el cambio. También hay *software* gratuito para el análisis de los datos obtenidos con el SCOPE (Glynn *et al.*, 2011; <casaa.unm.edu/dload.html>;).

COMPETENCIA EN LOS CUATRO PROCESOS

En esta edición hemos presentado cuatro procesos que comprende la EM, y ahora queríamos reflexionar brevemente sobre cómo evaluar la competencia en cada uno de ellos.

Vincular, tal y como nosotros lo entendemos, exige el uso de las habilidades terapéuticas centradas en el cliente que hemos descrito en la parte II del libro. Se reflejarían en las puntuaciones MITI globales para la empatía, espíritu y colaboración. Las habilidades prácticas más específicas incluirían las habilidades PARS: preguntas abiertas, afirmación, reflejos y sumarios, así como los porcentajes de preguntas abiertas y de reflejos complejos y la proporción de reflejos frente a preguntas. A su vez, esto debería verse reflejado en las medidas del cliente de alianza terapéutica y de retención, y en que el terapeuta hablase menos del 50 por ciento del tiempo de discurso.

Enfocar implica establecer y, entonces, mantener, una dirección hacia una o más metas de cambio identificadas. A no ser que el cliente o el contexto definan inmediatamente cuáles deberían ser estas metas, tendría que darse un proceso observable de discusión acerca de los objetivos de tratamiento posibles. La medida MITI global de dirección refleja el mantenimiento de un foco claro. Las puntuaciones del cliente respecto a la alianza terapéutica y al acuerdo sobre los objetivos también son relevantes en esta dimensión.

Evocar es el proceso que caracteriza específicamente la EM y lo diferencia de otros enfoques. Es muy difícil obtener puntuaciones fiables de la respuesta del terapeuta a «evocar discurso de cambio», precisamente porque hay muchísimas maneras distintas de hacerlo, y el observador debe inferir la intención del terapeuta. La puntuación de evocación es una evaluación global de en qué medida sucede esto. Una medida directa del cliente es la ocurrencia de discurso de cambio, que es el resultado deseado de la evocación del terapeuta, así como la proporción entre el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento. La codificación secuencial permite determinar en qué medida el terapeuta reconoce y responde de forma adecuada ante el discurso de cambio, enumerando las conductas del terapeuta que siguen inmediatamente al discurso de cambio del cliente (PARS; capítulo 14).

Planificar es un proceso que se hace evidente en los intentos por parte del terapeuta de suscitar y modelar planes específicos para cómo y cuándo aplicar el cambio. La recapitulación y la pregunta clave (capítulo 19) es una secuencia específica observable, aunque la planificación puede iniciarse de muchas otras maneras. Las preguntas abiertas sobre *hacer* (frente a DARN) son habituales en el proceso de planificación. Una de las posibilidades sería codificar las preguntas abiertas en función del discurso de cambio que promueven y a partir de los verbos que contienen. Por ejemplo.

- «¿Qué le *gustaría* que fuera distinto?» [Deseo]
- «¿Qué cree que *podría* hacer?» [Habilidad]
- «¿Qué buenas *razones* podría haber para hacer ese cambio?» [Razones]
- «¿Cuánta *importancia* tiene para usted conseguirlo?» [Necesidad]
- «Entonces, ¿qué cree que *hará*?» [Compromiso]
- «¿Qué está *dispuesto* a hacer?» [Activación]
- «¿Qué pasos ha dado ya?» [Dar pasos]

Si se pudieran identificar respuestas del terapeuta enmarcadas específicamente en cada uno de los cuatro procesos, podríamos determinar en qué medida ocurren cada uno de ellos durante una conversación o fragmento dados. Por supuesto, no podemos esperar que los cuatro procesos ocurran siempre en todas las sesiones de EM. Codificar los procesos permitiría estudiar la ubicación y la proporción de cada proceso a lo largo de una o más sesiones y la relación entre los procesos y los resultados de los pacientes.

UMBRALES DE DESEMPEÑO EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

No hay una dosis preestablecida de formación necesaria en EM. Las personas llegan con distintos grados de habilidad inicial y también varían en la rapidez con que adquieren competencia en EM. Por lo tanto, parece lógico formar a los entrevistadores para que alcancen niveles de habilidad específicos, en lugar de asumir que bastará con que completen determinadas experiencias de formación (Martino *et al.*, 2011).

Todavía no se ha resuelto la cuestión de qué nivel de competencia en EM es suficiente. Una pregunta inmediata es «¿Suficiente para qué?». Una vez que se ha identificado un objetivo concreto (p. e., aumentar el uso de preservativos en personas seropositivas mediante consultas sanitarias breves), la cuestión del nivel de habilidad en EM necesario es empírica. ¿Existe un umbral de competencia por debajo del cual es menos probable que ocurra el cambio? ¿Cuáles son las características fundamentales de la habilidad clínica requerida? Es probable que los umbrales de competencia suficiente y las habilidades clave dependan de la tarea y del contexto concretos.

Como orientación provisional, hemos sugerido los siguientes criterios como metas a la hora de adquirir habilidad en EM. Describimos dos niveles de habilidad: (1) habilidades básicas y (2) excelencia. Admitimos que desarrollamos los criterios a partir de nuestra experiencia y que, con toda probabilidad, habrá que ajustarlos cuando se sepa más acerca de los niveles de habilidad necesarios para tareas y contextos específicos. Desconocemos si son «suficientes» o no para una aplicación concreta, pero igualmente se los presentamos en el recuadro 28.4. Es probable que un mismo terapeuta se encuentre en niveles distintos de cada índice de una entrevista o un cliente a otro, por lo que las directrices representan promedios. También es muy posible que un terapeuta muy capacitado no supere todos los umbrales en todas las entrevistas. Presentamos esta guía como un punto de partida que ha de mejorar a partir de la investigación y de la experiencia.

Tal y como hemos dicho antes, otra de las maneras de medir el aprendizaje en EM es registrar el aumento del discurso del cambio del cliente. Como la proporción de discurso de cambio suele variar sustancialmente en función del cliente y de la población, es muy probable que los niveles de referencia más adecuados para establecer comparaciones sean los niveles del propio terapeuta antes de la formación.

EL CAMBIO DEL CLIENTE

Importa muy poco que los terapeutas ejerzan de un modo más congruente con la EM y que los clientes verbalicen más discurso de cambio si, al final, no se produce cambio alguno. Desde la perspectiva del tratamiento o de la entidad que lo financia, lo que importa es el impacto en los resultados del cliente. ¿Hay una mejora significativa en la retención de clientes, en la adherencia al tratamiento y en el cambio a medida que los terapeutas adquieren más habilidad con las conversaciones motivacionales? ¿Hay diferencias significativas entre los resultados de los clientes en función del nivel de habilidad en EM de los terapeutas que los han atendido?

RECUADRO 28.4. Umbrales provisionales de habilidad y competencia

A continuación encontrará índices de desempeño basados en la codificación de la Integridad del Tratamiento con Entrevista Motivacional (MITI):

Índice	Cómputo	Habilidad Excelencia básica	
Puntuaciones globales de espíritu	Puntuaciones en escalas de 1 a 5 de	Promedio de 3,5	Promedio de 4,0
% de reflejos globales	Cantidad de reflejos complejos dividida entre la totalidad de reflejos (simples + complejos)	$\geq 40\%$	$\geq 50\%$
% de preguntas abiertas	Cantidad de preguntas abiertas dividida entre la totalidad de preguntas (abiertas + cerradas)	$\geq 50\%$	$\geq 70\%$
Proporción entre reflejos y preguntas	Cantidad de reflejos dividida entre la cantidad de preguntas	$\geq 1,0$	$\geq 2,0$
% de congruencia con la EM	Cantidad de respuestas coherentes con la EM dividida entre la cantidad de respuestas congruentes y no congruentes con la EM	$\geq 90\%$	$\geq 98\%$

Estas preguntas plantean, a su vez, la pregunta de qué es «significativo», es decir, cuán grande ha de ser el cambio para que importe. El estándar habitual en la investigación clínica es la significación estadística; por ejemplo, un cambio cuya magnitud ocurra por casualidad sólo una vez de cada veinte ($p < 0,05$) o un riesgo relativo con un intervalo de confianza que no se solape con 1,0. Sin embargo, cuando se trabaja con muestras grandes es posible obtener significación estadística para efectos relativamente pequeños. De hecho, se usa el análisis de potencia para determinar cuántos participantes deberían incluirse en un estudio para que el efecto esperado tenga significación

estadística. Una cuestión distinta es si el cambio de esta magnitud sería significativo para los clínicos. Se utilizan métricas de «significación clínica» para estimar el cambio significativo (p. e., el porcentaje de pacientes cuya mejoría se incluye en un rango que los médicos consideran médicamente significativa). Es posible diseñar estudios con la potencia necesaria para detectar un tamaño del efecto con significación clínica, y no sólo estadística (Miller y Manuel, 2008).

Otra consideración es *cuándo* buscar el cambio. En la investigación farmacológica, se espera que el efecto de la medicación se manifieste durante el tratamiento activo, pero cuando hablamos de una conversación motivacional cuyo propósito es afectar a la conducta posterior, el efecto sobre los resultados de salud quizás no aparezca hasta algo después, lo que a veces se conoce como «efecto durmiente». Estos efectos demorados no se esperan una vez que se ha interrumpido la medicación, pero, en la investigación en psicoterapia, el criterio de significación clínica suele ser si el cambio aparece o se mantiene durante el seguimiento y una vez que el tratamiento ha finalizado (Miller, LoCastro, Longabaugh, O'Malley y Zweben, 2005). Ciertamente, esto sería verdad cuando hablamos de intervenciones breves cuyo objetivo es afectar a la motivación para el cambio (p. e., Mason, Pate, Drapkin y Sozinho, 2011). No esperaríamos detectar el efecto sobre medidas de resultado más lentas (p. e., pérdida de peso o niveles de HbA1C en personas diabéticas) inmediatamente después de la conversación motivacional. Por el contrario, el efecto anticipado sería aumentar las conductas de salud que, a medio o largo plazo, influirán en los resultados de salud. Se ha concluido que los efectos promedio de la EM sobre algunos criterios de evaluación han sido superiores en los momentos de seguimiento posteriores que en los inmediatos (Hettema *et al.*, 2005).

Finalmente, animamos a que se lleven a cabo análisis de mediación cuando se estudie el impacto de las conversaciones motivacionales. Se suele esperar que las intervenciones breves de este tipo afecten a determinadas variables del cliente que, a su vez, conducen a los cambios esperados en los resultados (Tevyaw y Monti, 2004). Los análisis causales explicitan estos supuestos implícitos porque miden cada componente en la secuencia de efectos anticipada (Longabaugh y Wirtz, 2001). Cuando se detecta un efecto beneficioso, podemos determinar si la intervención ha funcionado como consecuencia de la razón predicha. Cuando no observamos el efecto esperado, podemos determinar qué eslabón de la cadena causal ha fallado.

En resumen: la cara oculta de la complejidad

La entrevista motivacional aún es un proceso en desarrollo. En esta tercera edición hemos querido transmitir cómo entendemos ahora el espíritu, el método y las habilidades relevantes, además de plasmar con precisión qué hemos aprendido gracias al cuerpo de investigación cada vez mayor en EM. Tres décadas después de su aparición, la EM es una intervención clínica:

- *Basada en la evidencia.* Ya se han publicado más de doscientos ensayos clínicos aleatorizados, con conclusiones positivas y negativas.
- *Relativamente breve.* Mayoritariamente, la EM se ha estudiado como una intervención de entre 1 a 4 sesiones e incluso en consultas relativamente breves de quince minutos o menos.
- *Especificable y verificable.* Se han desarrollado instrumentos fiables y válidos para medir la calidad de la práctica de la EM (Madson y Campbell, 2006).
- *Con mecanismos de acción comprobables.* Se han evaluado varios mediadores potenciales de la efectividad de las conversaciones motivacionales y no dudamos de que, en el futuro, se especificarán y se comprobarán más.
- *Generalizable en distintas áreas de dificultad.* Se han observado efectos beneficiosos de la EM en un amplio abanico de metas de cambio.
- *Complementaria de otros métodos de tratamiento.* La EM no es un tratamiento completo, sino que se diseñó como una herramienta para abordar una tarea clínica concreta: resolver la ambivalencia en la dirección del cambio.
- *Que se puede aprender de una amplia variedad de formadores.* Al parecer, la EM puede aprenderse de formadores de procedencias profesionales y educativas muy diversas.

En resumen, la EM ofrece un modo estructurado y verificable de reflexionar acerca de (y de mantener) conversaciones constructivas sobre el cambio. Nuestra propia percepción del fenómeno de la EM no es algo que hayamos inventado, sino más bien una gran ola que nos encanta cabalgar y sobre la que intentamos mantenernos, con el anhelo de saber adónde y cuán lejos nos llevará. Si a lo largo de la próxima década escribimos una cuarta edición, no podemos ni imaginar en qué se diferenciará de esta tercera, del mismo modo que no anticipamos los avances que plasmáramos en la segunda y la tercera edición respecto a sus predecesoras.

La EM empezó con observaciones sencillas adquiridas gracias a la práctica clínica. Los años han ido añadiendo capas de complejidad a la comprensión de la naturaleza, la práctica, los procesos y el aprendizaje de la EM. Esta complejidad se refleja ahora en docenas de libros y traducciones y en centenares de artículos y capítulos. No cabe duda de que parte de esta complejidad es superflua, y que dentro de un tiempo descubriremos que algunas de las certezas que tenemos en la actualidad respecto a la EM son, al menos en parte, incorrectas. Nuestra esperanza es que de la complejidad surja una mayor simplicidad.

Aunque sentimos afecto por este niño que crece y al que hemos atendido desde su nacimiento, y aunque nos preocupan algunos aspectos de su desarrollo en el futuro, lo cierto es que, juntos, hemos avanzado lo suficiente para poder dar un paso atrás y maravillarnos y sentir curiosidad por lo que sucederá a continuación. No es propiedad nuestra y no queremos controlar su curso vital. Tampoco podríamos hacerlo, aunque

quisiéramos. La entrevista motivacional se ha aventurado a salir al mundo y esperamos que, siga el camino que siga, contribuya a la humanización de los servicios y de las conversaciones acerca del cambio.

Que de la complejidad surja una mayor simplicidad.

Puntos clave

- ✓ Observar la práctica real es fundamental para garantizar la calidad y documentar la fidelidad de la ejecución.
- ✓ Las escalas globales permiten evaluar la práctica de la EM, pero no bastan para cuantificar la calidad de la misma ni ofrecer *feedback* útil a los terapeutas que aprenden EM.
- ✓ Las medidas conductuales facilitan la comparación entre estudios y aportan información más específica a partir de la cual ofrecer *feedback* útil.
- ✓ Los registros observacionales también deberían registrar la ocurrencia de respuestas no congruentes con la EM por parte del clínico, como confrontar o dar consejos sin haber pedido permiso.
- ✓ Incluir las medidas conductuales del cliente, además de las respuestas del terapeuta, permite analizar los procesos terapéuticos.

APÉNDICE A

GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Aceptación (Acceptance): uno de los cuatro componentes principales del espíritu de la EM a través del cual el entrevistador transmite *el valor esencial del otro, la empatía precisa, la afirmación y la autonomía del otro*.

Acompañamiento (Following): estilo natural de comunicación consistente en escuchar y dar apoyo a una persona a lo largo de un determinado proceso, sin insertar material propio.

Acompañar en el proceso (Coming Alongside): respuesta a un discurso de mantenimiento persistente o discordancia en la que el entrevistado acepta y refleja la postura adoptada por el entrevistado.

Acuerdo con matiz (Agreement with a Twist): hacer un reflejo, afirmación o expresar nuestro acuerdo con el entrevistado y acto seguido proceder a reenmarcar.

Afirmación (Affirmation): uno de los cuatro aspectos de la *aceptación* (como componente del *espíritu* de la EM) a través del cual el entrevistador acentúa los aspectos positivos del otro, buscando y reconociendo sus esfuerzos y fortalezas.

Afirmar (Affirming): acción en la que el entrevistador valora de forma positiva un atributo o conducta del entrevistado.

Alianza terapéutica (Working Alliance): cualidad de la relación de colaboración entre cliente y terapeuta, que tiende a predecir el grado de vinculación y respuesta al tratamiento.

Ambivalencia (Ambivalence): la presencia simultánea de motivos contrapuestos para hacer y para no hacer un cambio.

Autoeficacia (Self-Efficacy): percepción subjetiva del cliente de su propia capacidad para alcanzar un determinado objetivo o realizar una determinada tarea; término introducido por Albert Bandura.

Autoestima (Self-Esteem): grado de percepción por parte del cliente de su nivel de dignidad o valor.

Autorrealización (Self-Actualization): la búsqueda y realización de los valores nucleares de un individuo; llegar a ser lo que uno se propone. Véase también *telos*.

Auto-revelación (Self-Disclosure): compartir algo verídico de uno mismo como terapeuta, cuando pensamos que, el hacerlo, puede ser de ayuda para el cliente.

Autorregulación (Self-Regulation): habilidad para desarrollar por uno mismo un plan de acción e implementar la conducta pertinente para llevarlo a cabo con éxito.

- Balance decisional (Decisional Balance):** técnica centrada en la toma de decisiones que puede ser utilizada para aconsejar desde la neutralidad, dedicando la misma importancia a los pros como a los contras de un determinado cambio.
- Cambiar de foco (Shifting Focus):** una forma de gestionar la discordancia, en la que se redirige la atención y la conversación hacia un tema menos controvertido.
- CATs:** acrónimo para los tres tipos de discurso de movilización al cambio: compromiso, activación y primeros pasos (en inglés *Commitment, Activation and Taking Steps*.)
- Clasificación de valores (Values Sorting):** técnica usada por Milton Rokeach y otros, en la que el entrevistado clasifica una serie de valores por orden subjetivo de importancia a lo largo del rango: «nada importante-muy importante».
- Coaching:** anglicismo de uso habitual que expresa el proceso por el cual se ayuda a una persona a adquirir una habilidad.
- Colaboración (Collaboration):** uno de los cuatro principales componentes del *espíritu* de la EM a través del cual el entrevistador actúa como compañero cooperando con la propia experiencia del entrevistado. Véase *compañerismo*.
- Compañerismo (Partnership):** véase *colaboración*.
- Compasión (Compassion):** uno de los cuatro principales componentes del *espíritu* de la EM a través del cual el entrevistador actúa con benevolencia con el fin de promover el bienestar del entrevistado y siempre priorizando las necesidades de este.
- Confrontar (Confront):** (1) como objetivo: encararse a una determinada situación o experiencia vital; (2) como práctica clínica: manejo inconsistente con el método de la EM que realiza el entrevistador (normalmente en forma de advertencias, desaprobaciones, discusiones).
- Dar los primeros pasos (Taking Steps):** una forma de discurso de movilización hacia el cambio que describe una acción o paso hacia el cambio ya iniciado o realizado.
- Dar ventaja (Running Head Start):** estrategia para generar *discurso de cambio* en el que el entrevistador explora en primer lugar «lo positivo» de mantener una determinada conducta, para luego pasar a preguntar sobre «lo negativo» de este mismo *statu quo*.
- DARN:** acrónimo para los cuatro tipos de discurso de cambio preparatorio: deseo, habilidad, razón y necesidad (en inglés *Desire, Ability, Reason and Need*).
- Deseo (Desire):** una forma de *discurso de cambio preparatorio* que refleja una preferencia por el cambio. Las palabras a menudo asociadas a este discurso serían: *quiero, quisiera, me gustaría*, etc.
- Dirección (Direction):** el área en la que el profesional mantiene el curso de la sesión hacia el objetivo del cambio.
- Dirigir (Directing):** un estilo natural de comunicación que implica instruir, liderar, dar consejo, advertir, informar, etc.

- Discordancia (Discord):** conducta interpersonal que refleja disonancia en la relación terapéutica; el discurso de mantenimiento no tiene por qué ser en sí mismo una discordancia; ejemplos de discordancia pueden ser: discutir, interrumpir, minimizar, ignorar, etc.
- Discrepancia (Discrepancy):** la distancia existente entre el *statu quo* (o situación actual) y el propio *objetivo de cambio* del entrevistado.
- Disculparse (Apologizing):** una forma de responder a la *discordancia* en la que el entrevistador asume una parte de la culpa.
- Discurso de cambio (Change Talk):** todo aquello verbalizado por el entrevistado que apunta en la dirección al cambio.
- Discurso de cambio movilizador (Mobilizing Change Talk):** un subtipo de *discurso de cambio* que lleva implícito actuar en dirección al cambio; por ejemplo, la expresión de *compromiso, lenguaje activador, estar llevando a cabo los primeros pasos*.
- Discurso de cambio preparatorio (Preparatory Change Talk):** un subtipo de *discurso de cambio* que expresa motivación para el cambio, pero que no expresa ningún tipo de compromiso o intención firme de llevarlo a cabo; ejemplos serían la expresión de *deseo, capacidad, razones y necesidad*.
- Discurso de mantenimiento (Sustain Talk):** todo discurso del cliente que va más en favor de permanecer en el *statu quo*, que de avanzar hacia el *objetivo de cambio*.
- Docere (verbo latino en infinitivo):** informar, en el sentido de proveer conocimiento, sabiduría, conciencia de trastorno; raíz etimológica de *adoctrinar, doctrina, docente, doctor*.
- Elaboración (Elaboration):** un tipo de respuesta al *discurso de cambio* por parte del entrevistador, en el que se pregunta por más información detallada o por la clarificación de algún aspecto o ejemplo.
- Empatía (Empathy):** grado en el que el entrevistador es capaz de comunicar el buen entendimiento y comprensión de la perspectiva del entrevistado; normalmente se expresa en forma de *reflejo*.
- Empatía precisa (Accurate Empathy):** la habilidad de percibir y reflejar lo que realmente alguien quiere decir; uno de los cuatro aspectos de la *aceptación* como componente del *espíritu* de la EM.
- Enfatizar el control personal (Emphasizing Personal Control):** frase o comentario del entrevistador que expresa de forma directa *apoyo a la autonomía* del entrevistado, reconociendo la propia capacidad del individuo para escoger y decidir libremente.
- Enfocar (Focusing):** el segundo de los cuatro procesos fundamentales de la EM consistente en delimitar y clarificar un objetivo o dirección de cambio.
- Entrevista Motivacional, EM (Motivational Interviewing):**

- Definición para el público general:** un estilo de conversación colaborativo con el objetivo de fortalecer la propia motivación y compromiso de una persona con el cambio.
- Definición para el profesional:** un estilo de terapia centrada en la persona dirigida a abordar la frecuente existencia de ambivalencia en relación al cambio.
- Definición técnica:** un estilo de comunicación colaborativo, orientado a objetivos con una particular atención al lenguaje de cambio; diseñado para reforzar la motivación personal y el compromiso para realizar un objetivo específico, suscitando y explorando las propias razones para el cambio en una atmósfera de aceptación y compasión.
- Equidistancia (Equipoise):** decisión del clínico de aconsejar con neutralidad, evitando de forma consciente el guiar hacia una decisión o cambio en particular y por el contrario, explorar de forma equitativa todas las opciones existentes.
- Escala de confianza (Confidence Ruler):** instrumento de medida (escala del 0-10) usado para que el entrevistado valore la confianza que tiene en su capacidad para conseguir un determinado cambio.
- Escala de importancia (Importance ruler):** instrumento de medida (escala del 0-10) usado para medir lo importante que representa para una persona el realizar un determinado cambio.
- Escala de logros (Goal Attainment Scaling):** método desarrollado por Thomas Kiresuk para evaluar el resultado del tratamiento aplicado a las diversas áreas problemáticas planteadas.
- Escalas de cambio (Change Ruler):** instrumento de medida (escala del 0-10) usado para medir la motivación intrínseca en relación a un determinado cambio. Véase *escala de confianza* y *escala de importancia*.
- Escucha reflexiva (Reflective Listening):** la habilidad de realizar una escucha «activa» en la que el entrevistador busca el entender con exactitud la vivencia subjetiva del otro, formulando reflejos (como modo de hipótesis) de lo que la persona ha querido decir. Véase también *empatía precisa*.
- Espíritu (Spirit):** la actitud subyacente, profunda, de mente y corazón con la que se practica la EM. Incluye: *colaboración, aceptación, compasión y evocación*.
- Etapas del cambio (Stages of Change):** en el marco del *modelo transteórico del cambio*, la secuencia de etapas a través de las cuales las personas tienen que pasar para llevar a cabo un proceso de cambio: *precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento*.
- Evocación (Evocation):** uno de los cuatro componentes centrales del *espíritu* subyacente de la EM, a través del cual el entrevistador suscita el punto de vista y motivación del entrevistado.

Evocar (Evoking): el tercero de los cuatro procesos fundamentales de la EM a través del cual se suscita la propia motivación del entrevistado para realizar un determinado cambio.

Exagerar (Overshooting): un *reflejo* que añade intensidad al contenido o emoción expresada por el entrevistado. Véase también *reflejo amplificado*.

Explorar los extremos (Querying Extremes): una estrategia para evocar *discurso de cambio*, en el que se pregunta a los entrevistados sobre la mejor de las consecuencias de cambiar y sobre la peor de las consecuencias de mantenerse en el *statu quo*.

Explorar metas y valores (Exploring Goals and Values): una estrategia que permite evocar *discurso de cambio* en el entrevistado a través de la descripción de sus valores nucleares y las principales metas de sus vidas.

Fase 1 (Phase 1): término usado en anteriores ediciones de *La Entrevista Motivacional* que describe el periodo «cuesta arriba» de vincular, guiar y evocar en el que el objetivo es generar y fortalecer la motivación de la persona hacia el cambio.

Fase 2 (Phase 2): término usado en anteriores ediciones de *La Entrevista Motivacional* que describe el periodo «cuesta abajo» de la planificación en el que el objetivo es generar y fortalecer el *compromiso* de la persona hacia el cambio, así como negociar el *plan o ruta* específica de cambio.

Formulación (Formulation): desarrollar de forma conjunta diferentes escenarios o hipótesis que permitan gestionar una determinada situación experimentada por el entrevistado.

FRAMES: acrónimo para los seis componentes a menudo encontrados en terapias de intervención breve en alcohol: retroalimentación, responsabilidad, consejo, menú de opciones, empatía y soporte de la autoeficacia (en inglés *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy y Self-efficacy*).

Frases automotivacionales (Self-Motivational Statement): véase *discurso de cambio*.

Guiar (Guiding): estilo natural de comunicación que tiene el fin de ayudar a otros a encontrar su propio camino, y que combina elementos tanto del estilo directivo como del estilo de apoyo o acompañamiento.

Habilidad (Ability): una forma de *discurso de cambio preparatorio* que refleja la percepción subjetiva de confianza de poder realizar un determinado cambio. Las palabras a menudo asociadas serían: *puedo, podría, soy capaz*, etc.

Integridad (Integrity): comportarse de una manera congruente con los principales valores de uno mismo.

Intención de implementación (Implementation Intention): grado de compromiso para poner en marcha un determinado cambio.

La trampa de la culpa (Blaming Trap): error en la praxis clínica consistente en centrarse más en culpabilizar y/o resaltar los fallos del entrevistado que en promover la conducta de cambio.

- La trampa de la charla (Chat Trap):** error clínico consistente en establecer con el cliente una charla superficial e informal que no permite avanzar hacia el proceso de vincular, focalizar, evocar y planificar.
- La trampa del experto (Expert Trap):** error clínico consistente en la asunción por parte del entrevistador de que él tiene las mejores soluciones a los posibles problemas del entrevistado.
- La trampa de la etiqueta (Labeling Trap):** error clínico consistente en entablar una estéril batalla para que el entrevistado acepte una determinada etiqueta y/o diagnóstico.
- Lagom (sueco):** expresión que significa «en su justa medida»; ni demasiado grande, ni demasiado pequeño. Véase también el *principio de Ricitos de Oro*.
- Lenguaje de activación (Activation Language):** una forma de *discurso de cambio movilizador* en el que se expresa disposición en dirección al cambio, pero en el que falta el *lenguaje de compromiso*. Las palabras asociadas serían: *sentirse preparado, sentirse con ganas, estar considerando*, etc.
- Lenguaje de compromiso (Commitment Language):** una forma de *discurso de movilización hacia el cambio* que expresa intención y/o disposición para realizarlo. Las palabras asociadas a este discurso serían: *lo prometo, lo haré*, etc.
- Lluvia de ideas (Brainstorming):** proceso en el que se generan ideas sin juzgarlas y/o criticarlas de entrada.
- Menschenbild (alemán):** visión o concepción personal de lo que es la naturaleza humana.
- MET:** acrónimo para terapia de estímulo de la motivación (del inglés *Motivational Enhancement Therapy*).
- Método de clasificación (Q Sorting):** técnica desarrollada por William Stephenson, colega de profesión de Carl Rogers, en la que una persona selecciona un número determinado de cartas, que describen atributos personales, para clasificarlas en orden a lo largo del siguiente rango: «no me describe en absoluto»-«me describe totalmente».
- MIA-STEP:** paquete de material de formación diseñado para supervisores de EM y producido por el Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias de Estados Unidos (US Center for Substance Abuse Treatment).
- Minimizar (Undershooting):** un reflejo que sitúa a menor nivel la intensidad del contenido o emoción expresada por el cliente.
- MINT:** acrónimo para red de formadores en EM (del inglés *Motivational Interviewing Network of Trainers*), fundada en 1997 y asociados en 2008 (<www.motivationalinterviewing.org>).
- Mirar hacia el futuro (Looking Forward):** estrategia para evocar *discurso de cambio* a través de la exploración de un futuro mejor que el entrevistado desee o imagine, o bien a través de la exploración del futuro que el entrevistado prevé en caso de no

cambiar la conducta o situación presente.

Mirar hacia el pasado (Looking Back): una estrategia para evocar discurso de cambio a través de la exploración de etapas más favorable del propio entrevistado.

MISC: acrónimo para Código de Habilidades en EM (en inglés *Motivational Interviewing Skill Code*), introducido por Miller y Mount como el primer sistema para codificar la congruencia del discurso de entrevistador y entrevistado con la EM.

MI-SCOPE: acrónimo para Código Secuencial en Entrevista Motivacional para la Observación de Interacciones en el Proceso (en inglés *Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges*), herramienta que se usa para el análisis secuencial de las conversaciones sobre el cambio.

MITI: acrónimo para el sistema de codificación de la Integridad del Tratamiento con Entrevista Motivacional (del inglés *Motivational Interviewing Treatment Integrity*), herramienta simplificada respecto al MISC y que se centra únicamente en las respuestas del entrevistador para documentar la fidelidad a la EM.

Modelo transteórico (Transtheoretical Model): complejo modelo de cambio desarrollado por James Prochaska y Carlo DiClemente, una de cuyas partes describe las etapas del cambio.

Motivación intrínseca (Intrinsic Motivation): la disposición de llevar a cabo un determinado comportamiento por su congruencia con nuestros valores y metas personales.

Necesidad (Need): una forma de *discurso de cambio* preparatorio que refleja lo imprescindible que es el realizarlo sin especificar una razón concreta para ello. Las palabras a menudo asociadas a este discurso serían: *necesito, tengo que, debo...*, etc.

Objetivo del cambio (Change Goal): la meta a conseguir en EM; normalmente se referirá a una determinada conducta de cambio, aunque en ocasiones puede tratarse de un concepto más amplio (p. e., control de glicemia capilar) al cual se podrá llegar a través de diferentes vías.

Orientar (Orienting): el proceso de encontrar una dirección de cambio cuando el motivo de la consulta no está claro de entrada. Véase también *enfocar*.

Pactar la agenda (Agenda Mapping): una breve metaconversación en la que entrevistado y entrevistador se detienen para escoger y establecer conjuntamente cuál, de entre varias opciones, será el objetivo de trabajo.

PARS: acrónimo para las cuatro habilidades básicas de comunicación centradas en el paciente: Preguntas abiertas, Afirmaciones, Reflejos y Sumarios (del inglés *Open questions, Affirmation, Reflection and Summary*).

Pedir permiso (Permission): proceso por el cual el entrevistador obtiene el consentimiento por parte del entrevistado para proveer información o consejo.

Plan de cambio (Change Plan): protocolo específico diseñado para implementar el objetivo del cambio.

- Planificar (Planning):** el cuarto proceso fundamental de la EM, que consiste en desarrollar un cambio específico con el que el entrevistado está comprometido.
- Preámbulo (Prefacing):** una forma específica de *pedir permiso* en la que, para poder dar una información o consejo a un cliente, el entrevistador no pide previamente la autorización de forma directa pero, en cambio, sí realiza una declaración en favor de la autonomía de este.
- Pregunta abierta (Open Question):** una pregunta que ofrece al entrevistado una amplia gama de respuestas; comparar con *pregunta cerrada*.
- Pregunta cerrada (Closed Question):** aquella pregunta que puede ser respondida con un sí/no, una respuesta corta o información muy escueta y específica.
- Pregunta clave (Key Question):** una forma específica de pregunta, formulada después de una *recapitulación* y en la transición de *evocar* a *planificar*, que busca el generar *discurso de cambio movilizador*.
- Preguntar-informar-preguntar (Elicit-provide-elicite):** proceso de intercambio de información en el que, tanto al inicio como al final, se explora el conocimiento o experiencia de un individuo respecto a un tema, con la finalidad de personalizar al máximo la información proporcionada.
- Preguntas evocadoras (Evocative Questions):** preguntas abiertas formuladas estratégicamente, cuya respuesta natural es propiamente *discurso de cambio*.
- Principio de Ricitos de Oro (Goldilocks Principle):** concepto que se refiere al hecho de que para que una discrepancia pueda generar motivación al cambio, esta no debe ser ni demasiado pequeña ni demasiado grande.
- Profundidad del reflejo (Depth of Reflection):** grado en el que un reflejo contiene algo más que el contenido literal de lo que ha dicho el entrevistado. Véase también *reflejo complejo*.
- Promover la autonomía (Autonomy Support):** uno de los cuatro aspectos de la *aceptación* (como componente del *espíritu* de la EM), en el que el entrevistador acepta y confirma el derecho irrevocable del entrevistado a decidir libremente.
- Ramo (Bouquet):** un particular tipo de *resumen* en el que se recoge y se enfatiza el *discurso de cambio* verbalizado por el entrevistado.
- Razón (Reason):** un tipo de *discurso de cambio preparatorio* que describe un motivo concreto por el cual realizar el cambio, a menudo con la fórmula: «*Si... (cambio) entonces... (razón)*».
- Reactancia (Reactance):** reacción emocional natural consistente en reafirmar la propia libertad de elección cuando sentimos que no está siendo respetada.
- Recapitulación (Collecting Summary):** un tipo especial de reflejo en el que se integran los diferentes aspectos interrelacionados entre sí que han sido verbalizados por el entrevistado. Véase también *sumario*.

- Recapitulación (Recapitulation):** un *ramo* resumen ofrecido en la transición de *evocar* a *planificar*, y que reúne todo el *discurso de cambio* verbalizado por el entrevistado.
- Reenmarcar (Reframe):** frase del entrevistador que invita al entrevistado a considerar una interpretación diferente a lo que este acaba de decir.
- Reflejo (Reflection):** frase del entrevistador que intenta representar, a modo de espejo, lo que el cliente acaba de decir. Véase también *reflejo simple*, *reflejo complejo*.
- Reflejo a dos bandas (Double-Sided Reflection):** reflejo por parte del entrevistador que incluye tanto el discurso de mantenimiento como el discurso de cambio, normalmente conectados por la conjunción «y».
- Reflejo amplificado (Amplified Reflection):** respuesta en la que el entrevistador refleja lo verbalizado por el entrevistado, pero añadiéndole mayor intensidad; una forma de responder al *discurso de mantenimiento* o a la *discordancia*.
- Reflejo anticipado (Continuing the Paragraph):** una forma de *escucha reflexiva* en la que el entrevistador ofrece lo que podría ser la siguiente frase (aún no verbalizada) en el discurso del entrevistado.
- Reflejo complejo (Complex Reflection):** un tipo de *reflejo* en el que el entrevistador añade un significado diferente o adicional en relación a lo verdaderamente expresado por el entrevistado; una forma de explorar lo que el entrevistado ha querido realmente decir.
- Reflejo de corrección (Righting Reflex):** deseo natural de las personas con profesiones de ayuda, de solucionar las cosas y de prevenir y promover el bienestar del entrevistado.
- Reflejo simple (Simple Reflection):** un *reflejo* que contiene poco o ningún contenido adicional más allá de lo que el entrevistado ha dicho.
- Retroalimentación de la evaluación (Assessment Feedback):** retornar al entrevistado el resultado de una determinada evaluación, en relación a los parámetros de normalidad. Véase también *terapia de estímulo de la motivación*.
- Alarma contra incendios (Smoke Alarms):** señales interpersonales que indican existencia de *discordancia* en la relación terapéutica.
- Statu quo (latín):** estado actual de las cosas sin que se produzca ningún cambio.
- Sumario (Summary):** un *reflejo* que reúne el contenido de dos o más intervenciones previas del entrevistado. Véase también *recapitulación*, *sumario de enlace* y *sumario de transición*.
- Sumario de enlace (Linking Summary):** una forma especial de *reflejo* en el que el entrevistador conecta lo que la persona acaba de decir con algo que ha sido verbalizado en momentos anteriores de la conversación. Véase también *sumario*.
- Sumario de transición (Transitional Summary):** forma especial de *reflejo* usado para finalizar una tarea o sesión, consistente en agrupar y devolver todo lo que parece ser importante para acto seguido abrir camino hacia una nueva dirección.

Telos (griego): el estado final de madurez hacia el cual se dirige un organismo de forma natural, siempre y cuando se proporcionen las condiciones óptimas.

Terapia centrada en el cliente (Client-centered Counseling): véase *terapia centrada en la persona*.

Terapia centrada en la persona (Person-centered Counseling): abordaje terapéutico introducido por el psicólogo Carl Rogers en el que las personas exploran su vivencia en el marco de una relación terapéutica basada en el apoyo, acompañamiento, empatía y aceptación; también llamada *terapia centrada en el paciente*.

Terapia de estímulo de la motivación/Motivational Enhancement Therapy (MET): una combinación de la EM con *retroalimentación de evaluación*, originalmente desarrollada y testada en el Proyecto MATCH.

TNT: acrónimo del inglés *Training for New Trainers in MI* (formación para nuevos formadores en EM), que se inició en 1993.

Trampa de la evaluación (Assessment Trap): error clínico consistente en comenzar la consulta con la información de experto recogida a costa de no escuchar lo que importa al entrevistado (véase también la *trampa de la preguntarespuesta*).

Trampa de la pregunta-respuesta (Question-Answer Trap): error clínico en el que se formulan demasiadas preguntas, dejando al entrevistado en el rol pasivo de contestarlas. Véase también la *trampa de la evaluación*.

Trampa del foco prematuro (Premature Focus Trap): error en la clínica que consiste en *enfocar* antes de *vincular*, es decir, proceder a dirigir antes de haber establecido una relación terapéutica basada en la colaboración y haber negociado los objetivos de cambio.

Trazado de ruta (Path Mapping): el proceso por el cual se escoge el camino a seguir hacia el objetivo de cambio cuando existen varias posibilidades.

Valor esencial (Absolute Worth): uno de los cuatro conceptos que conforman la *aceptación* (componente del *espíritu* de la EM), en el que se realiza todo el valor y potencial de cada ser humano.

Valores (Values): creencias o estándares nucleares de una persona, que permiten dar sentido y dirección en la vida.

Vincular (Engaging): el primero de los cuatro procesos fundamentales de la EM a través del cual se establece una relación terapéutica basada en la confianza y respeto mutuo.

Visualización (Envisioning): discurso del paciente y/o usuario imaginándose a sí mismo habiendo realizado el cambio.

APÉNDICE B

BIBLIOGRAFÍA SOBRE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Christopher J. McLouth

Christopher J. McLouth está cursando un doctorado en psicología clínica en la Universidad de Nuevo México y también investiga en el Centro sobre alcoholismo, abuso de sustancias y adicciones de la universidad. Sus intereses de investigación abarcan los mecanismos causales de la EM y el modelado estadístico del cambio de conducta.

Nota: en <www.guilford.com/pmiller2> encontrará una bibliografía completa con más de 1.200 referencias y que incluye estudios sobre resultados y comentarios clínicos agrupados por temas.

LIBROS

- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Botelho, R. (2004). *Motivational practice: Promoting healthy habits and self-care of chronic diseases* (2nd ed.). Rochester, NY: MHH Publications.
- Dart, M. A. (2010). *Motivational interviewing in nursing practice: Empowering the patient*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A harm reduction approach*. New York: Guilford Press.
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Fields, A. E. (2004). *Curriculum-based motivation group: A five-session motivational interviewing group intervention*. Vancouver, WA: Hollifiend Associates.
- Fields, A. E. (2006). *Enrolling our adult learners back into school: A five-session motivational interviewing engagement process*. Vancouver, WA: Hollifield Associates.
- Fields, A. E. (2006). *Motivational enhancement therapy for problem and pathological gamblers: A five-session curriculum-based group intervention*. Vancouver, WA: Hollifield Associates.

- Fields, A. E. (2006). *Paradigm shifts and corporate change—All on board?: Motivational interviewing in the business world*. Vancouver, WA: Hollifield Associates.
- Fields, A. E. (2006). *Resolving patient ambivalence: A five-session motivational interviewing intervention*. Vancouver, WA: Hollifield Associates.
- Fuller, C., & Taylor, P. (2008). *A toolkit of motivational skills: Encouraging and supporting change in individuals* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Hibbard, J., Lawson, K., Moore, M., & Wolever, R. (2010). *Three pillars of health coaching: Patient activation motivational interviewing and positive psychology*. Manasquan, NJ: Healthcare Intelligence Network.
- Hohman, M. (2012). *Motivational interviewing in social work practice*. New York: Guilford Press.
- Lawson, K., Wolever, R., Donovan, P., & Greene, L. M. (2009). *Health coaching for behavior change: Motivational interviewing methods and practice*. Manasquan, NJ: Healthcare Intelligence Network.
- Levounis, P., & Arnaout, B. (2010). *Handbook of motivation and change: A practical guide for clinicians*. Arlington, VA: American Psychiatric.
- Maiuro, R. D., & Murphy, C. (2002). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence*. New York: Springer.
- Mason, P. G., & Butler, C. C. (2010). *Health behavior change: A guide for practitioners* (2nd ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Matulich, B. (2010). *How to do motivational interviewing: A guidebook for beginners*. Kindle Edition: <www.amazon.com>;.
- McMurran, M. (2002). *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy*. West Sussex, UK: Wiley.
- McNamara, E. (2009). *Motivational interviewing: Theory, practice and applications with children and young people*. Ainsdale, UK: Positive Behaviour Management.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press (trad. cast.: *La entrevista motivacional*, Barcelona, Paidós, 1999).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Murphy, C. M., & Maiuro, R. D. (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence*. New York: Springer.
- Naar-King, S., & Suárez, M. (2010). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guilford Press.
- Reinke, K., Herman, K. C., & Sprick, R. (2011). *Motivational interviewing for effective classroom management: The classroom check-up*. New York: Guilford Press.

- Rollnick, S., Mason, P. G., & Butler, C. C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. London: Churchill Livingstone.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. New York: Guilford Press.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (1997). *Clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. Hove, UK: Psychology Press.
- Tober, G., & Raistrick, D. (2007). *Motivational dialogue: Preparing addiction professionals for motivational interviewing practice*. New York: Routledge.
- Tomlin, K. M., & Richardson, R. (2004). *Motivational interviewing and stages of change: Integrating best practices for substance abuse professionals*. Center City, MN: Hazelden.
- Walters, S. T., & Baer, J. S. (2005). *Talking with college students about alcohol: Motivational strategies for reducing abuse*. New York: Guilford Press.
- Walters, S. T., Clark, M. D., Gingerich, R., & Meltzer, M. L. (2007). *Motivating offenders to change: A guide for probation and parole*. Washington, DC: National Institute of Corrections, U.S. Dept. of Justice.
- Weinstein, P. (2002). *Motivate your dental patients: A workbook*. Seattle, University of Washington. Available from the author: <philw@u.washington.edu>.
- Wolf, S. (2009). *Retaining addicted and HIV infected clients in treatment services*. Saarbrücken, Germany: VDM Verlag.

REVISIONES SISTEMÁTICAS

- † Señala estudios que incluyen un metaanálisis estadístico.
- † Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104(5), 705-715.
- † Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), 709-723.
- Baker, A., & Hambridge, J. (2002). Motivational interviewing: Enhancing engagement in treatment for mental health problems. *Behaviour Change*, 19(3), 138-145.
- Baker, A., & Lee, N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 22(3), 323-335.

- Baker, A., Turner, A., Kay-Lambkin, F. J., & Lewin, T. J. (2009). The long and the short of treatments for alcohol or cannabis misuse among people with severe mental disorders. *Addictive Behaviors*, 34(10), 852-858.
- Barkhof, E., De Haan, L., Meijer, C. J., Fouwels, A. J., Keet, I. P. M., Hulstijn, K. P., et al. (2006). Motivational interviewing in psychotic disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 2(2), 207-213.
- Barnett, N. P., Tevyaw, T. O'L., Fromme, K., Borsari, B., Carey, K. B., Corbin, W. R., et al. (2004). Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(6), 966-975.
- Bechdolf, A., Pohlmann, B., Geyer, C., Ferber, C., Klosterkötter, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2005). [Motivational interviewing for patients with comorbid schizophrenia and substance abuse disorders: A review]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73(12), 728-735.
- Bernstein, E., & Bernstein, J. (2008). Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 751-754.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88(3), 315-335.
- Branscum, P., & Sharma, M. (2010). A review of motivational interviewing-based interventions targeting problematic drinking among college students. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(1), 63-77.
- Britt, E., Blampied, N., & Hudson, S. (2003). Motivational interviewing: A review. *Australian Psychologist*, 38(3), 193-201.
- Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 147-155.
- Burke, B. L. (2011). What can motivational interviewing do for you? *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 74-81.
- † Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
- † Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. C., & Phelps, J. S. (2004). The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 309-322.
- Bux, D. A., Jr., & Irwin, T. W. (2006). Combining motivational interviewing and cognitive-behavioral skills training for the treatment of crystal methamphetamine abuse/dependence. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 10(3-4), 143-152.
- Carroll, K. M. (2005). Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 7(5), 329-336.

- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chanut, F., Brown, T. G., & Donguier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), 548-554.
- Chanut, F., Brown, T. G., & Donguier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 715-721.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 238-258.
- † Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S. L., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1).
- Cloud, R. N., Besel, K., Bledsoe, L., Golder, S., McKiernan, P., Patterson, D., et al. (2006). Adapting motivational interviewing strategies to increase posttreatment 12-step meeting attendance. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(3), 31-53.
- Cooperman, N. A., & Arnsten, J. H. (2005). Motivational interviewing for improving adherence to antiretroviral medications. *Current HIV/AIDS Reports*, 2(4), 159-164.
- Cummings, S. M., Cooper, R. L., & Cassie, K. M. (2009). Motivational interviewing to affect behavioral change in older adults. *Research on Social Work Practice*, 19(2), 195-204.
- Deas, D. (2008). Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*, 121, S348-S354.
- Deas, D., & Clark, A. (2009). Current state of treatment for alcohol and other drug use disorders in adolescents. *Alcohol Research and Health*, 32(1), 76-82.
- Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 47(3), 171-188.
- DiClemente, C. C., Marinilli, A. S., Singh, M., & Bellino, L. E. (2001). The role of feedback in the process of health behavior change. *American Journal of Health Behavior*, 25(3), 217-227.
- † DiRosa, L. C. (2010). *Motivational interviewing to treat overweight/obesity: A metaanalysis of relevant research*. Unpublished doctoral dissertation, Wilmington University, New Castle, Delaware.
- Drymalski, W. M., & Campbell, T. C. (2009). A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Evidence and recommendations. *Journal of Mental Health*, 18(1), 6-15.
- Dunn, C. (2003). Brief motivational interviewing interventions targeting substance abuse in the acute care medical setting. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8(3), 188-196.

- † Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742.
- Duran, L. S. (2003). Motivating health: Strategies for the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(5), 200-205.
- Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(12), 1173-1180.
- Feldstein, S. W., & Ginsburg, J. I. D. (2006). Motivational interviewing with dually diagnosed adolescents in juvenile justice settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), 218-233.
- † Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592-607.
- Grenard, J. L., Ames, S. L., Pentz, M. A., & Sussman, S. (2006). Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 53-67.
- † Grimshaw, G. M., & Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD003289.
- Handmaker, N. S., & Wilbourne, P. (2001). Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol Research and Health*, 25(3), 219-229.
- † Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- † Hettema, J. E. (2007). *A meta-analysis of motivational interviewing across behavioral domains*. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.
- Hjorthøj, C., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2009). Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders—A systematic review. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 520-525.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24-34.
- Ilott, R. (2005). Does compliance therapy improve use of antipsychotic medication? *British Journal of Community Nursing*, 10(11), 514-519.
- † Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.

- Julius, R. J., Novitsky, M. A., Jr., & Dubin, W. R. (2009). Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34-44.
- Kaplan, A. S. (2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: A review of published studies and promising new directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 235-242.
- † Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2011). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37(1), 11-24.
- Kienast, T., & Heinz, A. (2005). Therapy and supportive care of alcoholics: Guidelines for practitioners. *Digestive Diseases*, 23(3-4), 304-309.
- Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C., & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*, 11(2), 319-332.
- Laker, C. J. (2007). How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 720-726.
- Larimer, M. E., & Counce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2439-2468.
- Lawendowski, L. A. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive Medicine*, 27(5, Pt. 2), A39-A46.
- Lewis, S. W., Tarrier, N., & Drake, R. J. (2005). Integrating non-drug treatments in early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 187(Suppl. 48), s65-s71.
- Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 38-48.
- † López, L. M., Tolley, E. E., Grimes, D. A., & Chen-Mok, M. (2009). Theorybased interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD007249.
- Lopez-Bushnell, K., & Fassler, C. (2004). Nursing care of hospitalized medical patients with addictions. *Journal of Addictions Nursing*, 15(4), 177-182.
- † Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245.
- † Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160.

- Macgowan, M. J., & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 527-545.
- Madson, M. B., & Campbell, T. C. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), 67-73.
- Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 101-109.
- Martins, R. K., & McNeil, D. W. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 283-293.
- McCollum, E. E., Trepper, T. S., & Smock, S. (2003). Solution-focused group therapy for substance abuse: Extending competency-based models. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(4), 27-42.
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 83-100.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98(1), 84-107.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842.
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1), 6-18.
- Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in service to health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 18(3), 1-10.
- Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction*, 100(4), 421.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277.
- Noonan, W. C., & Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse: For Nursing, Health and Social Care*, 2(1), 8-16.
- † Osborn, L. D. (2007). *A meta-analysis of controlled clinical trials of the efficacy of motivational interviewing in a dual-diagnosis population*. Unpublished doctoral dissertation, The Wright Institute, Berkeley, California.
- Perney, P., Rigole, H., & Blanc, F. (2008). [Alcohol dependence: Diagnosis and treatment]. *Revue de Medecine Interne*, 29(4), 297-304.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.

- Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology, 21*(5), 444-451.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325-334.
- † Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*(513), 305-312.
- Rush, B. R., Dennis, M. L., Scott, C. K., Castel, S., & Funk, R. R. (2008). The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery. *Evaluation Review, 32*(1), 7-38.
- Ryder, D. (1999). Deciding to change: Enhancing client motivation to change behaviour. *Behaviour Change, 16*(3), 165-174.
- Schmidt, P., Kohler, J., & Soyka, M. (2008). [Evidence-based treatments in the inpatient rehabilitation of alcoholics]. *Fortschr Neurol Psychiatr, 76*(2), 86-90.
- Sindelar, H. A., Abrantes, A. M., Hart, C., Lewander, W., & Spirito, A. (2004). Motivational interviewing in pediatric practice. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 34*(9), 322-339.
- † Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5).
- Smith, A. J., Shepherd, J. P., & Hodgson, R. J. (1998). Brief interventions for patients with alcohol-related trauma. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 36*(6), 408-415.
- Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling, 84*(1), 16-26.
- † Tait, R. J., & Hulse, G. K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review, 22*(3), 337-346.
- Tevyaw, T. O'L., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications, and evaluations. *Addiction, 99*(Suppl. 2), 63-75.
- Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing, 20*(9/10), 1236-1244.
- VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: A review of the evidence. *The Diabetes Educator, 30*(3), 404-406, 408-410, 414-406, passim.

- † Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328-335.
- Wagner, C. C., & McMahon, B. T. (2004). Motivational interviewing and rehabilitation counseling practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47(3), 152-161.
- † Wilbourne, P. L. (2005). *An empirical basis for the treatment of alcohol problems*. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.
- Yevlahova, D., & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Journal*, 54(3), 190-197.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.

FORMACIÓN

- Adams, J., & Madson, M. (2007). Reflection and outlook for the future of addictions treatment and training: An interview with William R. Miller. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(1), 95-109.
- Ager, R., Roahen-Harrison, S., Toriello, P. J., Kissinger, P., Morse, P., Morse, E., et al. (2011). Predictors of adopting motivational enhancement therapy. *Research on Social Work Practice*, 21(1), 65-76.
- Alexander, M., VanBenschoten, S. W., & Walters, S. T. (2008). Motivational interviewing training in criminal justice: Development of a model plan. *Federal Probation*, 72(2), 61-66.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C., Knupsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interviewing. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 74A.
- Arthur, D. (1999). Assessing nursing students' basic communication and interviewing skills: The development and testing of a rating scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 658-665.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 99-106.
- Baer, J. S., Wells, E. A., Rosengren, D. B., Hartzler, B., Beadnell, B., & Dunn, C. (2009). Agency context and tailored training in technology transfer: A pilot evaluation of motivational interviewing training for community counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 191-202.

- Ball, S., Bachrach, K., DeCarlo, J., Farentinos, C., Keen, M., McSherry, T., et al. (2002). Characteristics, beliefs and practices of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 309-318.
- Bell, K., & Cole, B. A. (2008). Improving medical students' success in promoting health behavior change: A curriculum evaluation. *Journal of General Internal Medicine*, 23(9), 1503-1506.
- Bennett, G. A., Moore, J., Vaughan, T., Rouse, L., Gibbins, J. A., Thomas, P., et al. (2007). Strengthening motivational interviewing skills following initial training: A randomized trial of workplace-based reflective practice. *Addictive Behaviors*, 32(12), 2963-2975.
- Britt, E., & Blampied, N. M. (2010). Motivational interviewing training: A pilot study of the effects on practitioner and patient behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 239-244.
- Broers, S., Smets, E., Bindels, P., Evertsz, F. B., Calff, M., & de Haes, H. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 279-287.
- Brown, R. L., & Oriel, K. (1998). Teaching motivational interviewing to first-year students. *Academic Medicine*, 73(5), 589-590.
- Brown, R. L., Pfeifer, J. M., Gjerde, C. L., Seibert, C. S., & Haq, C. L. (2004). Teaching patient-centered tobacco intervention to first-year medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 19(5), 534-539.
- Burke, P. J., Da Silva, J. D., Vaughan, B. L., & Knight, J. R. (2005). Training high school counselors on the use of motivational interviewing to screen for substance abuse. *Substance Abuse*, 26(3-4), 31-34.
- Carise, D., Brooks, A., Alterman, A., McLellan, A. T., Hoover, V., & Forman, R. (2009). Implementing evidence-based practices in community treatment programs: Initial feasibility of a counselor «toolkit». *Substance Abuse*, 30(3), 239-243.
- Carpenter, K. M., Watson, J. M., Raffety, B., & Chabal, C. (2003). Teaching brief interventions for smoking cessations via an interactive computer-based tutorial. *Journal of Health Psychology*, 8(1), 149-160.
- Casey, D. (2007). Using action research to change health-promoting practice. *Nursing and Health Sciences*, 9(1), 5-13.
- D'Ambrosio, R., Laws, K. E., Gabriel, R. M., Hromco, J., & Kelly, P. (2006). Implementing motivational interviewing in a non-MI world: A MI knowledge adoption study. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(2), 21-37.
- Doherty, Y., Hall, D., James, P. T., Roberts, S. H., & Simpson, J. (2000). Change counselling in diabetes: The development of a training programme for the diabetes team. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 263-278.

- Evangelini, M., Engelbrecht, S.-K., Swartz, L., Turner, K., Forsberg, L., & Soka, N. (2009). An evaluation of a brief motivational interviewing training course for HIV/AIDS counsellors in Western Cape Province, South Africa. *AIDS Care*, 21(2), 189-196.
- Fitzgerald, N., Watson, H., McCaig, D., & Stewart, D. (2009). Developing and evaluating training for community pharmacists to deliver interventions on alcohol issues. *Pharmacy World and Science*, 31(2), 149-153.
- Forrester, D., McCambridge, J., Waissbein, C., Emlyn-Jones, R., & Rollnick, S. (2008). Child risk and parental resistance: Can motivational interviewing improve the practice of child and family social workers in working with parental alcohol misuse? *British Journal of Social Work*, 38(7), 1302-1319.
- Forsberg, L., Ernst, D., & Farbring, C. (2011). Learning motivational interviewing in a real-life setting: A randomised controlled trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(3), 177-188.
- Forsberg, L., Forsberg, L. G., Lindqvist, H., & Helgason, A. R. (2010). Clinician acquisition and retention of motivational interviewing skills: A two-and-a-half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(8).
- Goggin, K., Hawes, S. M., Duval, E. R., Spreser, C. D., Martínez, D. A., Lynam, I., et al. (2010). A motivational interviewing course for pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(4).
- Haeseler, F., Fortin, A. H., Pfeiffer, C., Walters, C., & Martino, S. (2011). Assessment of a motivational interviewing curriculum for year 3 medical students using a standardized patient case. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 27-30.
- Handmaker, N. S., Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1999). Videotaped training in alcohol counseling for obstetric care practitioners: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 93(2), 213-218.
- Hartzler, B., Beadnell, B., Rosengren, D. B., Dunn, C., & Baer, J. S. (2010). Deconstructing proficiency in motivational interviewing: Mechanics of skillful practitioner delivery during brief simulated encounters. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(5), 611-628.
- Hohman, M., Doran, N., & Koutsenok, I. (2009). Motivational interviewing training for juvenile correctional staff in California: One year initial outcomes. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48(7), 635-648.
- Koerber, A., Crawford, J., & O'Connell, K. (2003). The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: A pilot study. *Journal of Dental Education*, 67(4), 439-447.
- Kralikova, E., Bonevski, B., Stepankova, L., Pohlova, L., & Mladkova, N. (2009). Postgraduate medical education on tobacco and smoking cessation in Europe. *Drug and Alcohol Review*, 28(5), 474-483.

- Lane, C., Hood, K., & Rollnick, S. (2008). Teaching motivational interviewing: Using role play is as effective as using simulated patients. *Medical Education*, 42(6), 637-644.
- Lane, C., Johnson, S., Rollnick, S., Edwards, K., & Lyons, M. (2003). Consulting about lifestyle change: Evaluation of a training course for specialist diabetes nurses. *Practical Diabetes International*, 20(6), 204-208.
- Lozano, P., McPhillips, H. A., Hartzler, B., Robertson, A. S., Runkle, C., Scholz, K. A., et al. (2010). Randomized trial of teaching brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviors in families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(6), 561-566.
- MacLeod, J. B. A., Hungerford, D. W., Dunn, C., & Hartzler, B. (2008). Evaluation of training of surgery interns to perform brief alcohol interventions for trauma patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 207(5), 639-645.
- Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 101-109.
- Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Canning-Ball, M., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2011). Teaching community program clinicians motivational interviewing using expert and train-the-trainer strategies. *Addiction*, 106(2), 428-441.
- Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 357-365.
- Martino, S., Haeseler, F., Belitsky, R., Pantalon, M., & Fortin, A. H., IV. (2007). Teaching brief motivational interviewing to year three medical students. *Medical Education*, 41(2), 160-167.
- Mastroleo, N. R., Turrisi, R., Carney, J. V., Ray, A. E., & Larimer, M. E. (2010). Examination of posttraining supervision of peer counselors in a motivational enhancement intervention to reduce drinking in a sample of heavy-drinking college students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(3), 289-297.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 457-471.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(1), 3-17.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L., Ernst, D., & Forcehimes, A. A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(Suppl. 15), S188-S195.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martínez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050-1062.

- Mitcheson, L., Bhavsar, K., & McCambridge, J. (2009). Randomized trial of training and supervision in motivational interviewing with adolescent drug treatment practitioners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(1), 73-78.
- Mounsey, A. L., Bovbjerg, V., White, L., & Gazewood, J. (2006). Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardized patients or with student colleagues? *Medical Education*, 40(8), 775-780.
- Moyers, T. B., Manuel, J. K., Wilson, P. G., Hendrickson, S. M. L., Talcott, W., & Durand, P. (2008). A randomized trial investigating training in motivational interviewing for behavioral health providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 149-162.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 19-26.
- Opheim, A., Andreasson, S., Eklund, A. B., & Prescott, P. (2009). The effects of training medical students in motivational interviewing. *Health Education Journal*, 68(3), 170-178.
- Periasamy, S. (2005). *The relationship between the fidelity of motivational interviewing and nutritional outcomes in African American church populations*. Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University, Atlanta.
- Poirier, M. K., Clark, M. M., Cerhan, J. H., Pruthi, S., Geda, Y. E., & Dale, L. C. (2004). Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(3), 327-331.
- Rollnick, S., Kinnersley, P., & Butler, C. (2002). Context-bound communication skills training: Development of a new method. *Medical Education*, 36(4), 377-383.
- Roman, B., Borges, N., & Morrison, A. K. (2011). Teaching motivational interviewing skills to third-year psychiatry clerkship students. *Academic Psychiatry*, 35(1), 51-53.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour—ADDITION Denmark. *British Journal of General Practice*, 56(527), 429-436.
- Rubel, E. C., Sobell, L. C., & Miller, W. R. (2000). Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance-abuse counselors' skills and knowledge. *Behavior Therapist*, 23(4), 73-77, 90.
- Runkle, C., Osterholm, A., Hoban, R., McAdam, E., & Tull, R. (2000). Brief negotiation program for promoting behavior change: The Kaiser Permanente approach to continuing professional development. *Education for Health*, 13(3), 377-386.

- Scal, P., Hennrikus, D., Ehrlich, L., Ireland, M., & Borowsky, I. (2004). Preparing residents to counsel about smoking. *Clinical Pediatrics*, 43(8), 703-708.
- Schoener, E. P., Madeja, C. L., Henderson, M. J., Ondersma, S. J., & Janisse, J. J. (2006). Effects of motivational interviewing training on mental health therapist behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(3), 269-275.
- Schumacher, J. A., Madson, M. B., & Norquist, G. S. (2011). Using telehealth technology to enhance motivational interviewing training for rural substance abuse treatment providers: A services improvement project. *Behavior Therapist*, 34(4), 64-70.
- Sepúlveda, A. R., López, C., Macdonald, P., & Treasure, J. (2008). Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 318-325.
- Shafer, M. S., Rhode, R., & Chong, J. (2004). Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(2), 141-148.
- Smith, J. L., Amrhein, P. C., Brooks, A. C., Carpenter, K. M., Levin, D., Schreiber, E. A., et al. (2007). Providing live supervision via teleconferencing improves acquisition of motivational interviewing skills after workshop attendance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(1), 163-168.
- Sobell, L. C., Manor, H. L., Sobell, M. B., & Dum, M. (2008). Self-critiques of audiotaped therapy sessions: A motivational procedure for facilitating feedback during supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(3), 151-155.
- Söderlund, L. L. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 67(2), 102-109.
- Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 16-26.
- Söderlund, L. L., & Nilsen, P. (2009). Feasibility of using motivational interviewing in a Swedish pharmacy setting. *International Journal of Pharmacy Practice*, 17(3), 143-149.
- Stott, N. C. H., Rees, M., Rollnick, S., Pill, R. M., & Hackett, P. (1996). Professional responses to innovation in clinical method: Diabetes care and negotiating skills. *Patient Education and Counseling*, 29(1), 67-73.
- Tober, G., Godfrey, C., Parrott, S., Copello, A., Farrin, A., Hodgson, R., et al. (2005). Setting standards for training and competence: The UK alcohol treatment trial. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 413-418.

- Van Eijk-Hustings, Y. J., Daemen, L., Schaper, N. C., & Vrijhoef, H. J. (2011). Implementation of motivational interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 10-15.
- Velasquez, M. M., Hecht, J., Quinn, V. P., Emmons, K. M., DiClemente, C. C., & Dolan-Mullen, P. (2000). Application of motivational interviewing to prenatal smoking cessation: Training and implementation issues. *Tobacco Control*, 9(Suppl. 3), iii36-iii40.
- Villaume, W. A., Berger, B. A., & Barker, B. N. (2006). Learning motivational interviewing: Scripting a virtual patient. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(2), 33.
- White, L. L., Gazewood, J. D., & Mounsey, A. L. (2007). Teaching students behavior change skills: Description and assessment of a new motivational interviewing curriculum. *Medical Teacher*, 29(4), e67-e71.
- Wilson, G. T., & Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 361-378.

INVESTIGACIÓN PROCESUAL

- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C., Knipsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interviewing. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 74A.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862-878.
- Baer, J. S., Beadnell, B., Garrett, S. B., Hartzler, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 570-575.
- Barsky, A., & Coleman, H. (2001). Evaluating skill acquisition in motivational interviewing: The development of an instrument to measure practice skills. *Journal of Drug Education*, 31(1), 69-82.
- Boardman, T., Catley, D., Grobe, J. E., Little, T. D., & Ahluwalia, J. S. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(4), 329-339.
- Campbell, S. D., Adamson, S. J., & Carter, J. D. (2010). Client language during motivational enhancement therapy and alcohol use outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 399-415.

- Catley, D., Harris, K. J., Mayo, M. S., Hall, S., Okuyemi, K. S., Boardman, T., et al. (2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 43-56.
- Collins, S. E., Carey, K. B., & Smyth, J. (2005). Relationships of linguistic and motivation variables with drinking outcomes following two mailed brief interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(4), 526-535.
- Dunn, C., Driesch, R. M., Johnston, B. D., & Rivara, F. P. (2004). Motivational interviewing with injured adolescents in the emergency department: In-session predictors of change. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(1), 113-116.
- Ernst, D. B. (2008). *Motivational interviewing and health coaching: A quantitative and qualitative exploration of integration*. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.
- Faris, A. S. (2007). *Examining process variables in a motivational intervention for college student drinkers*. Unpublished doctoral dissertation, University of Arkansas, Fayetteville.
- Flores-Ferrán, N. (2010). An examination of mitigation strategies used in Spanish psychotherapeutic discourse. *Journal of Pragmatics*, 42(7), 1964-1981.
- Forrester, D., Kershaw, S., Moss, H., & Hughes, L. (2008). Communication skills in child protection: How do social workers talk to parents? *Child and Family Social Work*, 13(1), 41-51.
- Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2010). Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(3), 272-281.
- Gaume, J., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2008). Brief alcohol interventions: Do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 62-62.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., & Daeppen, J.-B. (2008). Counsellor behaviours and patient language during brief motivational interventions: A sequential analysis of speech. *Addiction*, 103(11), 1793-1800.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., & Daeppen, J. B. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 151-159.
- Glynn, L. H., & Moyers, T. B. (2010). Chasing change talk: The clinician's role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(1), 65-70.
- Hallgren, K. A., & Moyers, T. B. (2011). Does readiness to change predict in-session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation. *Addiction*, 106(7), 1261-1269.

- Hodgins, D. C., Ching, L. E., & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 122-130.
- Imel, Z. E., Baer, J. S., Martino, S., Ball, S. A., & Carroll, K. M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(3), 229-236.
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 262-267.
- Karno, M. P., Longabaugh, R., & Herbeck, D. (2009). Patient reactance as a moderator of the effect of therapist structure on posttreatment alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(6), 929-936.
- Karno, M. P., Longabaugh, R., & Herbeck, D. (2010). What explains the relationship between the therapist structure $\times$ patient reactance interaction and drinking outcome? An examination of potential mediators. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 600-607.
- Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., & Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interventions for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 726-733.
- Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., & Moyers, T. B. (2011). The structure of client language and drinking outcomes in project match. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 439-445.
- Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2008). Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 37-48.
- McCambridge, J., Day, M., Thomas, B. A., & Strang, J. (2011). Fidelity to motivational interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addictive Behaviors*, 36(7), 749-754.
- Moyers, T. B., & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 245-251.
- Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl. S3), 40S-47S.
- Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1113-1124.

- Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. (2005). How does motivational interviewing work?: Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 590-598.
- Naar-King, S., Outlaw, A., Green-Jones, M., Wright, K., & Parsons, J. T. (2009). Motivational interviewing by peer outreach workers: A pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care. *AIDS Care*, 21(7), 868-873.
- Pierson, H. M., Hayes, S. C., Gifford, E. V., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., et al. (2007). An examination of the motivational interviewing treatment integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 11-17.
- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Coffman, C. J., Tulskey, J. A., Lyna, P., Dolor, R. J., et al. (2010). Physician communication techniques and weight loss in adults: Project CHAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(4), 321-328.
- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Østbye, T., Lyna, P., Tulskey, J. A., Dolor, R. J., et al. (2009). Primary care physicians' discussions of weight-related topics with overweight and obese adolescents: Results from the Teen CHAT Pilot Study. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 205-207.
- Pollak, K. I., Østbye, T., Alexander, S. C., Gradison, M., Bastian, L. A., Brouwer, R. J. N., et al. (2007). Empathy goes a long way in weight loss discussions. *Journal of Family Practice*, 56(12), 1031-1036.
- Santa Ana, E. J., Carroll, K. M., Anez, L., Paris, M., Jr., Ball, S. A., Nich, C., et al. (2009). Evaluating motivational enhancement therapy adherence and competence among Spanish-speaking therapists. *Drug and Alcohol Dependence*, 103(1-2), 44-51.
- Strang, J., & McCambridge, J. (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 83-88.
- Tappin, D. M., McKay, C., McIntyre, D., Gilmour, W. H., Cowan, S., Crawford, F., et al. (2000). A practical instrument to document the process of motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 17-32.
- Thrasher, A. D., Golin, C. E., Earp, J. A. L., Tien, H., Porter, C., & Howie, L. (2006). Motivational interviewing to support antiretroviral therapy adherence: The role of quality counseling. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 64-71.
- Thyrian, J. R., Freyer-Adam, J., Hannover, W., Roske, K., Mentzel, F., Kufeld, C., et al. (2007). Adherence to the principles of motivational interviewing, clients' characteristics and behavior outcome in a smoking cessation and relapse prevention trial in women postpartum. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2297-2303.
- Tollison, S. J., Lee, C. M., Neighbors, C., Neil, T. A., Olson, N. D., & Larimer, M. E. (2008). Questions and reflections: The use of motivational interviewing microskills in a peer-led brief alcohol intervention for college students. *Behavior Therapy*, 39(2), 183-194.

- Vader, A. M., Walters, S. T., Prabhu, G. C., Houck, J. M., & Field, C. A. (2010). The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(2), 190-197.
- Walker, D., Stephens, R., Rowland, J., & Roffman, R. (2011). The influence of client behavior during motivational interviewing on marijuana treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 36(6), 669-673.

TEORÍA

- Amrhein, P. C. (2004). How does motivational interviewing work? What client talk reveals. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 323-336.
- Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 541-559.
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16-27.
- Cheng, M. K. S. (2007). New approaches for creating the therapeutic alliance: Solution-focused interviewing, motivational interviewing, and the medication interest model. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 157-166.
- Christopher, P. J., & Dougher, M. J. (2009). A behavior-analytic account of motivational interviewing. *Behavior Analyst*, 32(1), 149-161.
- Draycott, S., & Dabbs, A. (1998). Cognitive dissonance. 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(3), 355-364.
- Faris, A. S., Cavell, T. A., Fishburne, J. W., & Britton, P. C. (2009). Examining motivational interviewing from a client agency perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 955-970.
- Frankel, Z. e., & Levitt, H. (2006). Postmodern strategies for working with resistance: Problem resolution or self-revolution? *Journal of Constructivist Psychology*, 19(3), 219-250.
- Gache, P., Fortini, C., Meynard, A., Reiner Meylan, M., & Sommer, J. (2006). [Motivational interviewing: Some theoretical aspects and some practical exercises]. *Revue Medicale Suisse*, 2(80), 2154, 2156-2162.
- Gerber, S., & Basham, A. (1999). Responsive therapy and motivational interviewing: Postmodernist paradigms. *Journal of Counseling and Development*, 77(4), 418-422.
- Leffingwell, T. R., Neumann, C. A., Babitzke, A. C., Leedy, M. J., & Walters, S. T. (2007). Social psychology and motivational interviewing: A review of relevant principles and recommendations for research and practice. *Behavioural and*

- Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 31-45.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.
- Miller, J. H., & Moyers, T. B. (2002). Motivational interviewing in substance abuse: Applications for occupational medicine. *Occupational Medicine*, 17(1), 51-65.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147-172.
- Miller, W. R. (1994). Motivational interviewing: III. On the ethics of motivational intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 111-123.
- Miller, W. R. (1995). The ethics of motivational interviewing revisited. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 345-348.
- Miller, W. R. (2000). Motivational interviewing: IV. Some parallels with horse whispering. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 285-292.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 299-308.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527-537.
- Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 109-121.
- Moyers, T. B. (2004). History and happenstance: How motivational interviewing got its start. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 291-298.
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 185-193.
- Muscat, A. C. (2005). Ready, set, go: The transtheoretical model of change and motivational interviewing for «fringe» clients. *Journal of Employment Counseling*, 42(4), 179-192.
- Newnham-Kanas, C., Morrow, D., & Irwin, J. D. (2010). Motivational coaching: A functional juxtaposition of three methods for health behaviour change: Motivational interviewing, coaching, and skilled helping. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 8(2), 27-48.
- Putnam, S. M. (2002). Changing health behaviors through the medical interview. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11(4), 218-225.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *Counseling Psychologist*, 39(2), 193-260.
- Scheel, M. J. (2011). Client common factors represented by client motivation and autonomy. *Counseling Psychologist*, 39(2), 276-285.

- Seager, M. (1995). Healing psychology's own motivational conflicts: A comment on Miller's «Ethics of Motivational Intervention». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 341-343.
- Sheldon, K. M. (2003). Reconciling humanistic ideals and scientific clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 302.
- Stanton, M. (2010). Motivational interviewing and the social context. *American Psychologist*, 65(4), 297-298.
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 63-82.
- Velasquez, M., Von Sternberg, K., Dodrill, C., Kan, L., & Parsons, J. (2005). The transtheoretical model as a framework for developing substance abuse interventions. *Journal of Addictions Nursing*, 16(1), 31-40.
- Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2008). Beyond cognition: Broadening the emotional base of motivational interviewing. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(2), 191-206.
- Weegmann, M. (2002). Motivational interviewing and addiction: A psychodynamic appreciation. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 8(2), 179-195.

REFERENCIAS

- Agostinelli, G., Brown, J. M., & Miller, W. R. (1995). Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 25, 31-40.
- Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 557-562.
- Aharonovich, E., Brooks, A. C., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognitive deficits in marijuana users: Effects on motivational enhancement therapy plus cognitive behavioral therapy treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3), 279-283.
- Aharonovich, E., Hatzenbuehler, M. L., Johnston, B., O'Leary, A., Morgenstern, J., Wainberg, M. L., et al. (2006). A low-cost, sustainable intervention for drinking reduction in the HIV primary care setting. *AIDS Care*, 18(6), 561-568.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ali, N., Hagshenas, L., Reza, M. R., Ira, B., & Maryam, F. (2011). Comparing the effectiveness of group cognitive behavior therapy and its integration with motivational interviewing on symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 9(1 (17), 13-23.
- Allen, J. P. (2001). Prospects for matching clients to alcoholism treatments based on conceptual level. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (pp. 149-153). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Almomani, F., Williams, K., Catley, D., & Brown, C. (2009). Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. *Journal of Dental Research*, 88(7), 648-652.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862-878.

- Ang, D., Kesavalu, R., Lydon, J. R., Lane, K. A., & Bigatti, S. (2007). Exercisebased motivational interviewing for female patients with fibromyalgia: A case series. *Clinical Rheumatology*, 26(11), 1843-1849.
- Anshel, M. H., & Kang, M. (2008). Effectiveness of motivational interviewing on changes in fitness, blood lipids, and exercise adherence of police officers: An outcome-based action study. *Journal of Correctional Health Care*, 14(1), 48-62.
- Antiss, B., Polaschek, D. L. L., & Wilson, M. (2011). A brief motivational interviewing intervention with prisoners: When you lead a horse to water, can it drink for itself? *Psychology, Crime and Law*, 17(8), 689-710.
- Antiss, T., & Passmore, J. (2012). Motivational interviewing coaching. In J. Passmore, D. Peterson, & T. Freire (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of coaching and mentoring*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., et al. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(4), 349-357.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., et al. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295, 2003-2017.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Arkowitz, H., & Westra, H. A. (2004). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 337-350.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), 709-723.
- Atkinson, C., & Woods, K. (2003). Motivational interviewing strategies for disaffected secondary school students: A case example. *Educational Psychology in Practice*, 19(1), 49-64.
- Aubrey, L. L. (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment*. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. J., & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Babor, T. F., & Del Boca, F. K. (Eds.). (2003). *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Babor, T. F., Miller, W. R., DiClemente, C. C., & Longabaugh, R. (1999). A study to remember: Response of the Project MATCH Research Group. *Addiction*, 94, 66-69.
- Baca, C. T., & Manuel, J. K. (2007). Satisfaction with long-distance motivational interviewing for problem drinking. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 6, 39-41.
- Baer, J., Kaufman, J. C., & Baumeister, R. F. (Eds.). (2008). *Are we free?: Psychology and free will*. New York: Oxford University Press.
- Baer, J. S., Beadnell, B., Garrett, J. A., Hartzler, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 570-575.
- Baer, J. S., Carpenter, K. M., Beadnell, B., Stoner, S. A., Ingalsbe, M. H., Hartzler, B., et al. (2012). Computer assessment of simulated patient interviews (CASPI): Psychometric properties of a web-based system for the assessment of motivational interviewing skills. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(1), 154-164.
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year followup and natural history. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1310-1316.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, W. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 99-106.
- Bailey, K. A., Baker, A. L., Webster, R. A., & Lewin, T. J. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug and Alcohol Review*, 23(2), 157-166.
- Baker, A., & Hambridge, J. (2002). Motivational interviewing: Enhancing engagement in treatment for mental health problems. *Behaviour Change*, 19(3), 138-145.
- Ball, S., Hamilton, J., Martino, S., Carroll, K. M., Gallon, S. L., Coperich, S., et al. (2006). *Motivational interviewing assessment: Supervisory tools for enhancing proficiency (MIA:STEP)*. Salem, OR: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., et al. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 556-567.

- Bamatter, W., Carroll, K. M., Añez, L. M., Paris, M. J., Ball, S. A., Nich, C., et al. (2010). Informal discussions in substance abuse treatment sessions with Spanish-speaking clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 353-363.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barber, J. G., & Crisp, B. R. (1995). Social support and prevention of relapse following treatment for alcohol abuse. *Research on Social Work Practice*, 5(3), 283-296.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-479.
- Bargh, J. A., & Ferguson, M. J. (2000). Beyond behaviorism: On the automaticity of higher mental processes. *Psychological Bulletin*, 126, 925-945.
- Barkin, S. L. (2008). Is office-based counseling about media use, timeouts, and firearm storage effective?: Results from a cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 122(1), e15-e25.
- Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Duggan, A. K., Gold, M. A., & Pecukonis, E. (2009). Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: A community-based randomized trial. *Annals of Family Medicine*, 7(5), 436-445.
- Baumeister, R. F. (1994). The crystallization of discontent in the process of major life change. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 281-297). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baumeister, R. F. (2005). Self and volition. In W. R. Miller & H. D. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. New York: Academic Press.
- Beach, M. C., Inui, T., & the Relationship-Centered Care Research Network. (2006). Relationship-centered care: A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S1), S3-S8.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Bell, K. R., Temkin, N. R., Esselman, P. C., Doctor, J. N., Bombardier, C. H., Fraser, R. T., et al. (2005). The effect of a scheduled telephone intervention on outcome after moderate to severe traumatic brain injury: A randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(5), 851-856.
- Bellg, A. J. (2003). Maintenance of health behavior change in preventive cardiology: Internalization and self-regulation of new behaviors. *Behavior Modification*, 27(1), 103-131.
- Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74, 183-200.

- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1-62). New York: Academic Press.
- Bennett, G. A., Roberts, H. A., Vaughan, T. E., Gibbins, J. A., & Rouse, L. (2007). Evaluating a method of assessing competence in Motivational Interviewing: A study using simulated patients in the United Kingdom. *Addictive Behaviors*, 32(1), 69-79.
- Bennett, J. A., Lyons, K. S., Winters-Stone, K., Nail, L. M., & Scherer, J. (2007). Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: A randomized controlled trial. *Nursing Research*, 56(1), 18-27.
- Bennett, J. A., Perrin, N. A., Hanson, G., Bennett, D., Gaynor, W., FlahertyRobb, M., et al. (2005). Healthy aging demonstration project: Nurse coaching for behavior change in older adults. *Research in Nursing and Health*, 28(3), 187-197.
- Berger, B. A., Liang, H., & Hudmon, K. S. (2005). Evaluation of software-based telephone counseling to enhance medication persistency among patients with multiple sclerosis. *Journal of the American Pharmacists Association*, 45(4), 466-472.
- Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95-105.
- Bernstein, E., & Bernstein, J. (2008). Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 751-754.
- Bernstein, E., Bernstein, J., & Levenson, S. (1997). Project ASSERT: An ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Annals of Emergency Medicine*, 30(2), 181-189.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(1), 49-59.
- Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., Gaume, J., & Daeppen, J. B. (2010). Change talk sequence during brief motivational intervention, towards or away from drinking. *Addiction*, 105, 2016-2112.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Birgden, A. (2004). Therapeutic jurisprudence and responsivity: Finding the will and the way in offender rehabilitation. *Psychology, Crime and Law*, 10(3), 283-295.
- Blanchard, K. H., & Johnson, S. (1982). *The one-minute manager*. New York: William Morrow.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.

- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bolger, K., Carter, K., Curtin, L., Martz, D. M., Gagnon, S. G., & Michael, K. D. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(2), 116-129.
- Bombardier, C. H., Bell, K. R., Temkin, N. R., Fann, J. R., Hoffman, J., & Dikmen, S. (2009). The efficacy of a scheduled telephone intervention for ameliorating depressive symptoms during the first year after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(4), 230-238.
- Bombardier, C. H., & Rimmele, C. T. (1999). Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury: A case series. *Rehabilitation Psychology*, 44(1), 52-67.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Borrelli, B., McQuaid, E. L., Novak, S. P., Hammond, S. K., & Becker, B. (2010). Motivating Latino caregivers of children with asthma to quit smoking: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 34-43.
- Borrelli, B., Novak, S., Hecht, J., Emmons, K., Papandonatos, G., & Abrams, D. (2005). Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from Project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Preventive Medicine*, 41, 815-821.
- Borrelli, B., Riekert, K. A., Weinstein, A., & Rathier, L. (2007). Brief motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(5), 1023-1030.
- Bowen, D., Ehret, C., Pedersen, M., Snetselaar, L., Johnson, M., Tinker, L., et al. (2002). Results of an adjunct dietary intervention program in the women's health initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(11), 1631-1637.
- Boyatzis, R. E., Passarelli, A. M., Koenig, K., Lowe, M., Mathew, B., Stoller, J. K., et al. (2012). Examination of the neural substrates activated in memories of experiences with resonant and dissonant leaders. *Leadership Quarterly*, 23(2), 259-272.
- Braithwaite, V. A., & Law, H. G. (1985). Structure of human values: Testing the adequacy of the Rokeach Value Survey. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(1), 250-263.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Brown, J. M. (1998). Self-regulation and the addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 61-74). New York: Plenum Press.

- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Brown, R. A., Strong, D. R., Abrantes, A. M., Myers, M. G., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2009). Effects on substance use outcomes in adolescents receiving motivational interviewing for smoking cessation during psychiatric hospitalization. *Addictive Behaviors*, 34(10), 887-891.
- Brown, T. G., Dongier, M., Latimer, E., Legault, L., Seraganian, P., Kokin, M., et al. (2007). Group-delivered brief intervention versus standard care for mixed alcohol/other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4), 23-40.
- Buber, M. (1971). *I and thou*. New York: Free Press.
- Buber, M., Rogers, C. R., Anderson, R., & Cissna, K. N. (1997). *The Martin Buber/Carl Rogers dialogue: A new transcript with commentary*. Albany: State University of New York Press.
- Buckner, J. D., & Schmidt, N. B. (2009). A randomized pilot study of motivation enhancement therapy to increase utilization of cognitive-behavioral therapy for social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 47(8), 710-715.
- Burke, B. L., Vassilev, G., Kantchelov, A., & Zweben, A. (2002). Motivational interviewing with couples. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., pp. 347-361). New York: Guilford Press.
- Burke, P. J., Da Silva, J. D., Vaughan, B. L., & Knight, J. R. (2005). Training high school counselors on the use of motivational interviewing to screen for substance abuse. *Substance Abuse*, 26(3-4), 31-34.
- Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russell, I., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49(445), 611-616.
- Butterworth, S. (2007). Health coaching as an intervention in health management programs. *Disease Management and Health Outcomes*, 15(5), 299-307.
- Butterworth, S., Linden, A., McClay, W., & Leo, M. C. (2006). Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), 358-365.
- Campbell, M. K., Carr, C., DeVellis, B., Switzer, B., Biddle, A., Amamoo, M. A., et al. (2009). A randomized trial of tailoring and motivational interviewing to promote fruit and vegetable consumption for cancer prevention and control. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(2), 71-85.
- Campbell, S. D., Adamson, S. J., & Carter, J. D. (2010). Client language during motivational enhancement therapy and alcohol use outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 399-415.

- Carey, K. B., Maisto, S. A., Carey, M. P., & Purnine, D. M. (2001). Measuring readiness-to-change substance misuse among psychiatric outpatients: I. Reliability and validity of self-report measures. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(1), 79-88.
- Carr, S. (2011). *Scripting addiction: The politics of therapeutic talk and American sobriety*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301-312.
- Carroll, K. M., Connors, G. J., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Donovan, D. M., Kadden, R. R., et al. (1998). Internal validity of Project Match treatments: Discriminability and integrity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 290-303.
- Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J., & Hyland, N. (2001). Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *American Journal on Addictions*, 10(4), 335-339.
- Carroll, K. M., Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T., Anez, L. M., et al. (2009). A multisite randomized effectiveness trial of motivational enhancement therapy for Spanish-speaking substance users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 993-999.
- Catley, D., Harris, K. J., Mayo, M. S., Hall, S., Okuyemi, K. S., Boardman, T., et al. (2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 43-56.
- Chan, S. C., Lam, T. H., Salili, F., Leung, G. M., Wong, D. C. N., Botelho, R. J., et al. (2005). A randomized controlled trial of an individualized motivational intervention on smoking cessation for parents of sick children: A pilot study. *Applied Nursing Research*, 18(3), 178-181.
- Chang, G., Fisher, N. D. L., Hornstein, M. D., Jones, J. A., Jauke, S. H., Niamkey, N., et al. (2011). Brief intervention for women with risky drinking and medical diagnoses: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(2), 105-114.
- Chariyeva, Z., Golin, C. F., Earp, J. A., Maman, S., Suchindran, C., & Zimmer, C. (2013). The role of self-efficacy and motivation to explain the effect of motivational interviewing time on changes in risky sexual behavior among people living with HIV: A mediation analysis. *AIDS and Behavior*. doi:10.1007/s10461-01115-8.
- Charles, C., & Whelan, T. (1997). Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44(5), 681-692.

- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H-S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing*. Posted online December 30, 2011 at [dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011).
- Chick, J., Ritson, B., Connaughton, J., Stewart, A., & Chick, J. (1988). Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study. *British Journal of Addiction*, 83, 159-170.
- Childress, C. A. (1999). Interactive e-mail journals: A model for providing psychotherapeutic interventions using the internet. *CyberPsychology and Behavior*, 2(3), 213-221.
- Christensen, A., Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (1978). Expanding mental health service delivery. *Professional Psychology*, 9, 249-270.
- Cialdini, R. B. (2007). *Influence: The psychology of persuasion*. New York: Collins Business.
- Clark, M. D. (2005). Motivational interviewing for probation staff: Increasing the readiness to change. *Federal Probation*, 69(2), 22-28.
- Clark, M. D., Walters, S., Gingerich, R., & Meltzer, M. (2006). Motivational interviewing for probation officers: Tipping the balance toward change. *Federal Probation*, 70(1), 38-44.
- Connell, A. M., & Dishion, T. J. (2008). Reducing depression among at-risk early adolescents: Three-year effects of a family-centered intervention embedded within schools. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 574-585.
- Cook, P. F., Emiliozzi, S., Waters, C., & El Hajj, D. (2008). Effects of telephone counseling on antipsychotic adherence and emergency department utilization. *American Journal of Managed Care*, 14(12), 841-846.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: A positive revolution in change*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Cordova, J. V., Warren, L. Z., & Gee, C. B. (2001). Motivational interviewing as an intervention for at-risk couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(3), 315-326.
- Cozby, P. C. (1973). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin*, 79(2), 73-91.
- Critcher, C. R., Dunning, D., & Armor, D. A. (2010). When self-affirmations reduce defensiveness: Timing is key. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(7), 947-959.
- Crits-Christoph, P., Hamilton, J. L., Ring-Kurtz, S. R. G., McClure, B., Kulaga, A., & Rotrosen, J. (2011). Program, counselor, and patient variability in the alliance: A multilevel study of the alliance in relation to substance use out-comes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 405-413.

- Cummings, C. C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuses, smoking and obesity* (pp. 291-321). New York: Pergamon Press.
- D'Amico, E. J., Miles, J. N. V., Stern, S. A., & Meredith, L. S. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(1), 53-61.
- Daeppen, J.-B., Bertholet, N., Gmel, G., & Gaume, J. (2007). Communication during brief intervention, intention to change, and outcome. *Substance Abuse*, 28(3), 43-51.
- Daeppen, J.-B., Bertholet, N., & Gaume, J. (2010). What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug and Alcohol Review*, 29, 612-616.
- Daley, D. C., Salloum, I. M., Suckoff, A., Kirisci, L., & Thase, M. E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1611-1613.
- Daugherty, M. D. (2009). *A randomized trial of motivational interviewing with college students for academic success*. Doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque. Retrieved from <<http://libproxy.unm.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-99060447&login.asp&site=ehost-live&scope=site>>.
- Davidson, D., Gulliver, S. B., Longabaugh, R., Wirtz, P. W., & Swift, R. (2007). Building better cognitive-behavioral therapy: Is broad-spectrum treatment more effective than motivational enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexone? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2), 238-247.
- Davis, T. M., Baer, J. S., Saxon, A. J., & Kivlahan, D. R. (2003). Brief motivational feedback improves post-incarceration treatment contact among veterans with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 197-203.
- De Jonge, J. M., Schippers, G. M., & Schaap, C. P. D. R. (2005). The motivational interviewing skill code: Reliability and a critical appraisal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 285-298.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisono, A. M. (2007). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 538-546.
- DeShazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press.

- Dia, D. A., Simmons, C. A., Oliver, M. A., & Cooper, R. L. (2009). Motivational interviewing for perpetrators of intimate partner violence. In P. Lehmann & C. A. Simmons (Eds.), *Strengths-based batterer intervention: A new paradigm in ending family violence* (pp. 87-111). New York: Springer.
- Díaz, R. M., & Berk, L. E. (Eds.). (1992). *Private speech: From social interaction to self-regulation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Díaz, R. M., & Fruhauf, A. G. (1991). The origins and development of selfregulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 83-106). Sydney: Maxwell Macmillan Publishing Australia.
- Díaz, R. M., Neal, C. J., & Amaya-Williams, M. (1990). The social origins of self-regulation. In L. C. Moll (Ed.), *Vygotsky and education: Instructional implications and applications of sociohistorical psychology* (pp. 127-154). New York: Cambridge University Press.
- Díaz, R. M., Winsler, A., Atencio, D. J., & Harbors, K. (1992). Mediation of selfregulation through the use of private speech. *International Journal of Cognitive Education and Mediated Learning*, 2, 155-167.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
- DiClemente, C. C., & Velasquez, M. M. (2002). Motivational Interviewing and the stages of change. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change*. (2nd ed., pp. 201-216). New York: Guilford Press.
- DiLillo, V., Siegfried, N. J., & West, D. S. (2003). Incorporating motivational interviewing into behavioral obesity treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 120-130.
- Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, 72(2), 144-168.
- Donnelly, D. A., & Murray, E. J. (1991). Cognitive and emotional changes in written essays and therapy interviews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 334-350.
- Donovan, D. M., Kivlahan, D. R., Kadden, R. M., & Hill, D. (2001). Cognitive impairment as a client-treatment matching hypothesis. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (pp. 6281). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Easton, C., Swan, S., & Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 1-5.
- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., et al. (1977). Alcoholism: A controlled trial of «treatment» and «advice». *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1004-1031.

- Elliot, D. L., Goldberg, L., Kuehl, K. S., Moe, E. L., Breger, R. K., & Pickering, M. A. (2007). The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: Outcomes of two models of behavior change. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(2), 204-213.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (2005). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide* (2nd ed.). Atascadero, CA: Impact.
- Elvy, G., Wells, J., & Baird, K. (1988). Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. *British Journal of Addiction*, 83, 83-89.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: The competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50(460), 892-899.
- Enea, V., & Dafinoiu, I. (2009). Motivational/solution-focused intervention for reducing school truancy among adolescents. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2), 185-198.
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159, 1173-1180.
- Erol, S., & Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The transtheoretical model-based study. *Patient Education and Counseling*, 72(1), 42-48.
- Evans, C. C., Sherer, M., Nakase-Richardson, R., Mani, T., & Irby, J. W., Jr. (2008). Evaluation of an interdisciplinary team intervention to improve therapeutic alliance in post-acute brain injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(5), 329-338.
- Farbring, C. Å., & Johnson, W. R. (2008). Motivational interviewing in the correctional system: An attempt to implement motivational interviewing in criminal justice. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 304-323). New York: Guilford Press.
- Feldstein, S. W., & Ginsburg, J. I. D. (2006). Motivational interviewing with dually diagnosed adolescents in juvenile justice settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), 218-233.
- Feldstein Ewing, S. W., Filbey, F. M., Sabbineni, A., Chandler, L. D., & Hutchinson, K. E. (2011). How psychological alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell us. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(4), 643-651.

- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Field, C., & Caetano, R. (2010). The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(2), 262-271.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: National Implementation Research Network.
- Flattum, C., Friend, S., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Motivational interviewing as a component of a school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(1), 91-94.
- Foley, K., Duran, B., Morris, P., Lucero, J., Jiang, Y., Baxter, B., et al. (2005). Using motivational interviewing to promote HIV testing at an American Indian substance abuse treatment facility. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(3), 321-329.
- Ford, M. E. (1992). *Motivating humans: Goals, emotions, and personal agency beliefs*. Newbury Park, CA: Sage.
- Forsberg, L., Berman, A. H., Källmén, H., Hermansson, U., & Helgason, A. R. (2008). A test of the validity of the motivational interviewing treatment integrity code. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(3), 1-9.
- Forsberg, L., Källmén, H., Hermansson, U., Berman, A. H., & Helgason, Á. R. (2007). Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: Inter-rater reliability for the Swedish motivational interviewing treatment integrity code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 162-169.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
- Fromm, E., (1956). *The art of loving*. New York: Bantam Books (trad. cast.: *El arte de amar*, Barcelona, Paidós, 1959).
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., et al. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 29-36.
- Gance-Cleveland, B. (2007). Motivational interviewing: Improving patient education. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(2), 81-88.
- Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2010). Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(3), 272-281.
- Gaume, J., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2008). Brief alcohol interventions: Do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and Alcoholism*, 43, 62-69.

- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., & Daeppen, J. B. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 151-159.
- Gendlin, E. T. (1961). Initiating psychotherapy with «unmotivated» patients. *Psychiatric Quarterly*, 35, 134-139.
- Gilmore, S. K. (1973). *The counselor-in-training*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ginott, H. G. (1965). *Between parent and child*. New York: Macmillan.
- Gladwell, M. (2007). *Blink: The power of thinking without thinking*. New York: Little, Brown & Company.
- Glasser, W. (1975). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. New York: Harper.
- Glynn, L. H., Hallgren, K. A., Houck, J. M., McLouth, C. J., Fischer, D. J., & Moyers, T. B. (2011, June). *Introducing the «CACTI» sequential-coding software: A free, open-source program for rating client and provider speech*. Poster presented at the 34th annual meeting of the Research Society on Alcoholism National Conference, Atlanta, GA.
- Glynn, L. H., & Moyers, T. B. (2010). Chasing change talk: The clinician's role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 65-70.
- Goddard, C., & Wierzbicka, A. (1994). *Semantic and lexical universals*. Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Golin, C. E., Earp, J. A., Grodensky, C. A., Patel, S. N., Suchindran, C., Kalichman, K. P., et al. (2012). Longitudinal effect of Safe Talk, a motivational interviewing-based program to improve safer sex practices among people living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*. doi:10.1007/s10461-011-0029-SC
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Simple effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P. M., & Schaal, B. (1998). Metacognition in action: The importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2, 124-136.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training*. New York: Wyden.
- Gordon, T., & Edwards, W. S. (1997). *Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers*. New York: Auburn House Paperback.
- Gordon-Reed, A. (2009). Jefferson's vision. *Newsweek*, 153, 61-64.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 189-202.
- Grant, J. E., Donahue, C. B., Odlaug, B. L., Kim, S. W., Miller, M. J., & Petry, N. M. (2009). Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 195(3), 266-

- Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., et al. (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 508-514.
- Grodin, J. P. (2006). *Assessing therapeutic change mechanisms in motivational interviewing using the articulated thoughts in simulated situations paradigm*. Unpublished doctoral dissertation, University of Southern California, Los Angeles. Retrieved from <digitallibrary.usc.edu/assetserver/controller/item/etd-Grodin-20060929.pdf>.
- Grote, N. K., Swartz, H. A., & Zuckoff, A. (2008). Enhancing interpersonal psychotherapy for mothers and expectant mothers on low incomes: Adaptations and additions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38(1), 23-33.
- Haddock, G., Beardmore, R., Earnshaw, P., Fitzsimmons, M., Nothard, S., Butler, R., et al. (2012). Assessing fidelity to integrated motivational interviewing and CBT therapy for psychosis and substance use: The MI-CBT fidelity scale (MICTS). *Journal of Mental Health*, 21(1), 38-48.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285-287.
- Handmaker, N. S., & Wilbourne, P. (2001). Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol Research and Health*, 25(3), 219-229.
- Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L., & Howel, D. (1999). The Newcastle Exercise Project: A randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *British Medical Journal*, 319, 828-832.
- Harper, R., & Hardy, S. (2000). An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. *British Journal of Social Work*, 30(3), 393-400.
- Harris, K. B., & Miller, W. R. (1990). Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4, 82-90.
- Harris, K. J., Catley, D., Good, G. E., Cronk, N. J., Harrar, S., & Williams, K. B. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation in college students: A group randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 51(5), 387-393.
- Hartzler, B., & Espinoza, E. M. (2011). Moving criminal justice organizations toward adoption of evidence-based practice via advanced workshop training in motivational interviewing: A research note. *Criminal Justice Policy Review*, 22(2), 235-253.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heather, N. (2005). Motivational interviewing: Is it all our clients need? *Addiction Research and Theory*, 13(1), 1-18.

- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15(1), 29-38.
- Heather, N., Whitton, B., & Robertson, I. (1986). Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: Six-month follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 19-34.
- Heffner, J. L., Tran, G. Q., Johnson, C. S., Barrett, S. W., Blom, T. J., Thompson, R. D., et al. (2010). Combining motivational interviewing with compliance enhancement therapy (MI-CET): Development and preliminary evaluation of a new, manual-guided psychosocial adjunct to alcohol-dependence pharmacotherapy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1), 61-70.
- Hendrickson, S. M. L., Martin, T., Manuel, J. K., Christopher, P. J., Thiedeman, T., & Moyers, T. B. (2004). Assessing reliability of the Motivational Interviewing Treatment Integrity behavioral coding system under limited range. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 74A.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 467-508). New York: Wiley.
- Hester, R. K., Squires, D. D., & Delaney, H. D. (2005). The drinker's check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), 159-169.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*, 42(4), 1443-1463.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39, 1005-1026.
- Hill, C. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, S., & Kavoorkjian, J. (2012). Motivational interviewing as a behavioral intervention to increase HAART adherence in patients who are HIV-positive: A systematic review of the literature. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 24(5), 583-592.
- Hodgins, D. C., Ching, L. E., & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 122-130.
- Hohman, M. M. (2012). *Motivational interviewing in social work practice*. New York: Guilford Press.

- Hohman, M. M., & Matulich, W. (2010). Initial validation of the motivational interviewing measure of staff interaction. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(2), 230-238.
- Hohman, M. M. (1998). Motivational interviewing: An intervention tool for child welfare case workers working with substance-abusing parents. *Child Welfare*, 77(3), 275-289.
- Hollis, J. F., Polen, M. R., Whitlock, E. P., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Velicer, W. F., et al. (2005). Teen reach: Outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics*, 115(4), 981-989.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult inpatients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*, 21(2), 105-112.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Miller, S. D. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 533-543.
- Israel, M., & Hay, I. (2006). *Research ethics for social scientists*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Zalaquett, Z. P. (2009). *Intentional interviewing and counseling* (7th ed.). New York: Brooks/Cole.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.
- Johnson, V. E. (1986). *Intervention: How to help someone who doesn't want help*. Center City, MN: Hazelden.
- Juárez, P., Walters, S. T., Daugherty, M., & Radi, C. (2006). A randomized trial of motivational interviewing and feedback with heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 36(3), 233-246.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., et al. (1992). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual* (Vol. 3). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

- Kanfer, F. H. (1970a). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 148-152.
- Kanfer, F. H. (1970b). Self-regulation: Research, issues, and speculation. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2004). What do we know? Process analysis and the search for a better understanding of Project MATCH's anger-by-treatment matching effect. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(4), 501-512.
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005a). An examination of how therapist directiveness interacts with patient anger and reactance to predict alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 825-832.
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005b). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 262-267.
- Karno, M. P., Longabaugh, R., & Herbeck, D. (2009). Patient reactance as a moderator of the effect of therapist structure on posttreatment alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(6), 929-936.
- Kass, J. D., & Lennox, S. (2005). Emerging models of spiritual development: A foundation for mature, moral, and health-promoting behavior. In W. R. Miller & H. D. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature motivation and change* (pp. 185-204). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (2009). Computerbased psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: A randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction*, 104(3), 378-388.
- Kelly, A. B., & Lapworth, K. (2006). The HYP program: Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Preventive Medicine*, 43(6), 466-471.
- Kertes, A., Westra, H. A., Angus, L., & Marcus, M. (2011). The impact of motivational interviewing on client experiences of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 55-69.
- Khalsa, S.-R., McCarthy, K. S., Sharpless, B. A., Barrett, M. S., & Barberr, J. P. (2011). Beliefs about the causes of depression and treatment preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 539-549.
- Kiene, S. M., & Barta, W. D. (2006). A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 404-410.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (Eds.). (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Kistenmacher, B. R., & Weiss, R. L. (2008). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized controlled trial. *Violence and Victims*, 23(5), 558-570.
- Klag, S., O'Callaghan, F., Creed, P., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). Motivating young people towards success: Evaluation of a motivational interviewing-integrated treatment programme for COD clients in a residential therapeutic community. *Therapeutic Communities*, 30(4), 366-386.
- Klein, W. M. P., & Harris, P. R. (2010). Self-affirmation enhances attentional bias toward threatening components of a persuasive message. *Psychological Science*, 20(12), 1463-1467.
- Knols, R., Aaronson, N. K., Uebelhart, D., Fransen, J., & Aufdemkampe, G. (2005). Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: A systematic review of randomized and controlled clinical trials [Meta-Analysis Review]. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(16), 3830-3842.
- Koerber, A., Crawford, J., & O'Connell, K. (2003). The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: A pilot study. *Journal of Dental Education*, 67(4), 439-447.
- Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten-Nosslin, M., Hood, B., & Trell, E. (1983). Identification and intervention of heavy-drinking middle-aged men: Results and follow-up of 24-60 months on long-term studies with randomized centers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 7, 203-209.
- Kuchipudi, V., Hobein, K., Flickinger, A., & Iber, F. L. (1990). Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(4), 356-360.
- Kurtz, E. (1991). *Not-God: A history of Alcoholics Anonymous* (Expanded ed.). Center City, MN: Hazelden.
- LaBrie, J. W., Huchting, K., Tawalbeh, S., Pedersen, E. R., Thompson, A. D., Shelesky, K., et al. (2008). A randomized motivational enhancement prevention group reduces drinking and alcohol consequences in first-year college women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 149-155.
- LaBrie, J. W., Lamb, T. F., Pedersen, E. R., & Quinlan, T. (2006). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related consequences in adjudicated college students. *Journal of College Student Development*, 47(3), 267-280.
- LaChance, H., Feldstein Ewing, S. W., Bryan, A. D., & Hutchison, K. E. (2009). What makes group MET work?: A randomized controlled trial of college student drinkers in mandated alcohol diversion. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 598-612.

- Lacrose, S., Chaloux, N., Monaghan, D., & Tarabulsky, G. M. (2010). Working alliance as a moderator of the impact of mentoring relationships among academically at-risk students. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(10), 2656-2686.
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: A professional evolution. *Journal of the American Medical Association*, 275(2), 152-156.
- Lambert, M. J., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49-68.
- Lander, N. R., & Nelson, D. (2005). *The integrity model of existential psychotherapy in working with the «difficult patient»*. New York: Routledge.
- Lasser, K. E., Murillo, J., Lisboa, S., Casimir, A. N., Valley-Shah, L., Emmons, K. M., et al. (2011). Colorectal cancer screening among ethnically diverse, low-income patients: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(10), 906-912.
- Lawson, K., Wolever, R., Donovan, P., & Greene, L. M. (2009). *Health coaching for behavior change: Motivational interviewing methods and practice*. Manasquan, NJ: Healthcare Intelligence Network.
- Leak, A., Davis, E. D., Houchin, L. B., & Mabrey, M. (2009). Diabetes management and self-care education for hospitalized patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 205-210.
- Leake, G. J., & King, A. S. (1977). Effect of counselor expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health and Research World*, 11(3), 16-22.
- Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., & Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interventions for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 726-733.
- Lee, K. C. (1991). The problem of appropriateness of the Rokeach Value Survey in Korea. *International Journal of Psychology*, 26(3), 299-310.
- Lewis, C. S. (1960). *The four loves*. New York: Harcourt Brace.
- Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development*, 82, 38-48.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid-dependent women meeting

- criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Longabaugh, R., & Wirtz, P. W. (Eds.). (2001). *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (Project MATCH Monograph Series, Vol. 8). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous, and long-term matching effects. *Addiction*, 93, 1313-1333.
- Longabaugh, R., Woolard, R. F., Nirenberg, T. D., Minugh, A. P., Becker, B., Clifford, P. R., et al. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6), 806-816.
- Longabaugh, R., Zweben, A., LoCastro, J. S., & Miller, W. R. (2005). Origins, issues and options in the development of the combined behavioral intervention. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*(15), 179-187.
- Loudenburg, R. (2008). *South Dakota Public Safety DUI program: Four-year evaluation report*. Pierre, SD: Office of Highway Safety, South Dakota Department of Public Safety.
- Maclean, L. G., White, J. R., Jr., Broughton, S., Robinson, J., Shultz, J. A., Weeks, D. L., et al. (2012). Telephone coaching to improve diabetes self-management for rural residents. *Clinical Diabetes*, 30(1), 13-16.
- Madsen, W. C. (2009). Collaborative helping: A practice framework for familycentered services. *Family Process*, 48(1), 103-116.
- Madson, M. B., & Campbell, T. C. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 67-73.
- Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 101-109.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Barnett, N. P., & Monti, P. M. (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 299-305.
- Mallams, J. H., Godley, M. D., Hall, G. M., & Meyers, R. J. (1982). A socialsystems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1115-1123.
- Mann, R. E., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(2), 127-134.

- Mantler, T., Irwin, J. D., & Morrow, D. (2010). Assessing motivational interviewing through co-active life coaching tools as a smoking cessation intervention: A demonstration study. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 8(2), 49-63.
- Marijuana Treatment Project Research Group. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 455-466.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 785-805.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N., et al. (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: No effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*, 101(7), 1014-1026.
- Martin, J. E., & Sihm, E. P. (2009). Motivational interviewing: Applications to Christian therapy and church ministry. *Journal of Psychology and Christianity*, 28(1), 71-77.
- Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 357-365.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Mason, M., Pate, P., Drapkin, M., & Sozinho, K. (2011). Motivational interviewing integrated with social network counseling for female adolescents: A randomized pilot study in urban primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(2), 148-155.
- McConaughy, E. N., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- McGregor, D. (2006). *The human side of enterprise* (Annotated ed.). New York: McGraw-Hill.
- McMurrin, M. (2002). *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy*. Chichester, UK: Wiley.

- McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology, 14*(1), 83–100.
- McMurran, M., & Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy: An organizing framework. *Legal and Criminological Psychology, 9*(2), 295–311.
- McNamara, R., Robling, M., Hood, K., Bennet, K., Channon, S., Cohen, D., et al. (2010). Development and evaluation of a psychosocial intervention for children and teenagers experiencing diabetes (DEPICTED): A protocol for a cluster randomised controlled trial of the effectiveness of a communication skills training programme for healthcare professionals working with young people with type 1 diabetes. *BMC Health Services Research, 10*(36).
- Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities, 30*(4), 153–158.
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., et al. (2010). Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(1), 24–27.
- Merton, T. (1960). *Spiritual direction and meditation*. Collegeville, MN: Liturgical Press.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1182–1185.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Meyers, R. J., & Wolfe, B. L. (2004). *Get your loved one sober: Alternatives to nagging, pleading and threatening*. Center City, MN: Hazelden Publishing and Educational Services.
- Miller, N. H. (2010). Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. *Journal of Cardiovascular Nursing, 25*(3), 247–251.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy, 5*(1), 5–22.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The Partners for Change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 199–208.
- Miller, W. R. (1978). Behavioral treatment of problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 74–86.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*, 147–172.

- Miller, W. R. (1985a). *Living as if: How positive faith can change your life*. Philadelphia: Westminster Press.
- Miller, W. R. (1985b). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R. (1994). Motivational interviewing: III. On the ethics of motivational intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 111-123.
- Miller, W. R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91(Suppl.), S15-S27.
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 6-18.
- Miller, W. R. (2008). *Living as if: Your road, your life*. Carson City, NV: The Change Companies.
- Miller, W. R. (Ed.). (2004). *Combined Behavioral Intervention manual: A clinical research guide for therapists treating people with alcohol abuse and dependence* (Vol. 1). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R., & Atencio, D. J. (2008). Free will as a proportion of variance. In J. Baer, J. C. Kaufman, & R. F. Baumeister (Eds.), *Are we free?: Psychology and free will* (pp. 275-295). New York: Oxford University Press.
- Miller, W. R., & Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 3-79). Sydney: Maxwell Macmillan Publishing Australia.
- Miller, W. R., & C'de Baca, J. (2001). *Quantum change: When epiphanies and sudden insights transform ordinary lives*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Danaher, B. G. (1976). Maintenance in parent training. In J. D. Krumboltz & C. E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods* (pp. 434-444). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Miller, W. R., Forcehimes, A. A., & Zweben, A. (2011). *Treating addiction: Guidelines for professionals*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Gribskov, C. J., & Mortell, R. L. (1981). Effectiveness of a selfcontrol manual for problem drinkers with and without therapist contact. *International Journal of the Addictions*, 16, 1247-1254.
- Miller, W. R., & Heather, N. (Eds.). (1986). *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press.

- Miller, W. R., & Heather, N. (Eds.). (1998). *Treating addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Miller, W. R., & Jackson, K. A. (1995). *Practical psychology for pastors: Toward more effective counseling* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Miller, W. R., & Johnson, W. R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors*, 33, 1177-1182.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.
- Miller, W. R., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., O'Malley, S., & Zweben, A. (2005). When worlds collide: Blending the divergent traditions of pharmacotherapy and psychotherapy outcome research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement No. 15*, 17-23.
- Miller, W. R., & Manuel, J. K. (2008). How large must a treatment effect be before it matters to practitioners? An estimation method and demonstration. *Drug and Alcohol Review*, 27, 524-528.
- Miller, W. R., & Martin, J. E. (Eds.). (1988). *Behavior therapy and religion: Integrating spiritual and behavioral approaches to change*. Newbury Park, CA: Sage.
- Miller, W. R., & Mee-Lee, D. (2010). *Self-management: A guide to your feelings, motivation, and positive mental health*. Carson City, NV: The Change Companies.
- Miller, W. R., & Meyers, R. J. (1995, Spring). Beyond generic criteria: Reflections on life after clinical science wins. *Clinical Science*, 4-6.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457-471.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(1), 3-17.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L., Ernst, D., & Forcehimes, A. A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(Suppl. 15), S188-S195.
- Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (1976). *How to control your drinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (2005). *Controlling your drinking: Tools to make moderation work for you*. New York: Guilford Press.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press (trad. cast.: *La entrevista motivacional*, Barcelona, Paidós, 1999).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J., & Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39.
- Miller, W. R., & Sovereign, R. G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In T. Løberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219-231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.
- Miller, W. R., & Taylor, C. A. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5, 13-24.
- Miller, W. R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.
- Miller, W. R., Toscova, R. T., Miller, J. H., & Sanchez, V. (2000). A theory-based motivational approach for reducing alcohol/drug problems in college. *Health Education and Behavior*, 27, 744-759.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hetttema, J. (2003). What works?: A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 1363). Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.

- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-763.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. C. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. 2, Project MATCH Monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Moe, E. L., Elliot, D. L., Goldberg, L., Kuehl, K. S., Stevens, V. J., Breger, R. K., et al. (2002). Promoting healthy lifestyles: Alternative models' effects (PHLAME). *Health Education Research*, 17(5), 586-596.
- Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Gwaltney, C. J., Spirito, A., Rohsenow, D. J., et al. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*, 102(8), 1234-1243.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., et al. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 989-994.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Morrill, M. I., Eubanks-Fleming, C. J., Harp, A. G., Sollenberger, J. W., Darling, E. V., & Cordova, J. V. (2011). The marriage check-up: Increasing access to marital health care. *Family Process*, 50, 471-485.
- Mowrer, O. H. (1966). Integrity therapy: A self-help approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3, 114-119.
- Mowrer, O. H., Vattano, A. J., & Others. (1974). *Integrity groups: The loss and recovery of community*. Urbana, IL: Integrity Groups.
- Mowrer, O. H., & Vattano, A. J. (1976). Integrity groups: A context for growth in honesty, responsibility, and involvement. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 12, 419-431.
- Moyers, T. (2004). History and happenstance: How motivational interviewing got its start. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 18, 291-298.
- Moyers, T. B., Manuel, J. K., Wilson, P. G., Hendrickson, S. M. L., Talcott, W., & Durand, P. (2008). A randomized trial investigating training in motivational interviewing for behavioral health providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 149-162.
- Moyers, T. B., & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 245-252.

- Moyers, T. B., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J., & Ahluwalia, J. S. (2003). Assessing the integrity of motivational interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177-184.
- Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (Suppl.), 40S-47S.
- Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1113-1124.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 19-26.
- Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 590-598.
- Murphy, C. M., & Maiuro, R. D. (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence*. New York: Springer.
- Murray, E. J., & Segal, D. L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 391-405.
- Naar-King, S., Outlaw, A., Green-Jones, M., Wright, K., & Parsons, J. T. (2009). Motivational interviewing by peer outreach workers: A pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care. *AIDS Care*, 21(7), 868-873.
- Naar-King, S., & Suárez, M. (Eds.). (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guilford Press.
- National Research Council. (2009). *On being a scientist* (3rd ed.). Washington, DC: National Academies Press.
- Neighbors, C. J., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(3), 384-394.
- New Revised Standard Version*. (1989). New York: Oxford University Press.
- Newnham-Kanas, C., Morrow, D., & Irwin, J. D. (2010). Motivational coaching: A functional juxtaposition of three methods for health behaviour change: Motivational interviewing, coaching, and skilled helping. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 8(2), 27-48.

- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 872-879.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Nouwen, H. J. M. (2005). *In memoriam*. Notre Dame, IN: Ave Maria Press.
- Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1992). *Twelve step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Nuro, K. F., Maccarelli, L., Baker, S. M., Martino, S., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2005). *Yale Adherence and Competence Scale (YACS II) guidelines* (2nd ed.). West Haven, CT: Yale University Press.
- O'Leary, C. C. (2001, January). The early childhood family check-up: A brief intervention for at-risk families with preschool-aged children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(6-B), 2992.
- Olsen, S., Smith, S. S., Oei, T. P., & Douglas, J. (2012). Motivational interviewing (MINT) improves continuous positive airway pressure (CPAP) acceptance and adherence: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 151-163.
- Ondersma, S. J., Chase, S. K., Svikis, D. S., & Schuster, C. R. (2005). Computerbased brief motivational intervention for perinatal drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 305-312.
- Ondersma, S. J., Svikis, D. S., & Schuster, C. R. (2007). Computer-based brief intervention a randomized trial with postpartum women. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(3), 231-238.
- Ondersma, S. J., Winhusen, T., Erickson, S. J., Stine, S. M., & Wang, Y. (2009). Motivation enhancement therapy with pregnant substance-abusing women: Does baseline motivation moderate efficacy? *Drug and Alcohol Dependence*, 101(1-2), 74-79.
- Pantalon, M. V. (2011). *Instant influence: How to get anyone to do anything—FAST*. New York: Little, Brown.
- Parks, G. A., & Woodford, M. S. (2005). CHOICES about alcohol: A brief alcohol abuse prevention and harm reduction program for college students. In G. R. Walz & R. K. Rep (Eds.), *Vistas: Compelling perspectives on counseling 2005* (Article 36). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Parr, G., Haberstroh, S., & Kottler, J. (2000). Interactive journal writing as an adjunct in group work. *Journal for Specialists in Group Work*, 25(3), 229-242.

- Parsons, J. T., Golub, S. A., Rosof, E., & Holder, C. (2007). Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(4), 443-450.
- Passmore, J. (2007). Addressing deficit performance through coaching: Using motivational interviewing for performance improvement at work. *International Coaching Psychology Review*, 2(3), 265-275.
- Passmore, J., & Whybrow, A. (2008). Motivational interviewing: A specific approach for coaching psychologists. In S. Palmer & A. Whybrow (Eds.), *Handbook of coaching psychology: A guide for practitioners* (pp. 160-173). New York: Routledge.
- Patel, S. H., Lambie, G. W., & Glover, M. M. (2008). Motivational counseling: Implications for counseling male juvenile sex offenders. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 28(2), 86-100.
- Patterson, G. R. (1974). *Living with children: New methods for parents and teachers*. New York: Research Press.
- Patterson, G. R. (1975). *Families: Applications of social learning to family life* (rev. ed.). New York: Research Press.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during patient training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(1), 53-70.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-165.
- Persson, L.-G., & Hjalmarson, A. (2006). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(2), 75-80.
- Pettinati, H. M., Weiss, R. D., Dundon, W., Miller, W. R., Donovan, D. M., Ernst, D. B., et al. (2005). A structured approach to medical management: A psychosocial intervention to support pharmacotherapy in the treatment of alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement 15*, 170-178.
- Pierson, H. M., Hayes, S. C., Gifford, E. V., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., et al. (2007). An examination of the Motivational Interviewing Treatment Integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 11-17.
- Polcin, D. L., Galloway, G. P., Palmer, J., & Mains, W. (2004). The case for highdose motivational enhancement therapy. *Substance Use and Misuse*, 39(2), 331-343.
- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Coffman, C. J., Tulskey, J. A., Lyna, P., Dolor, R. J., et al. (2010). Physician communication techniques and weight loss in adults: Project CHAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(4), 321-328.

- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Østbye, T., Lyna, P., Tulskey, J. A., Dolor, R. J., et al. (2009). Primary care physicians' discussions of weight-related topics with overweight and obese adolescents: Results from the Teen CHAT Pilot Study. *Journal of Adolescent Health, 45*(2), 205-207.
- Premack, D. (1972). Mechanisms of self-control. In W. A. Hunt (Ed.), *Learning mechanisms in smoking* (pp. 107-123). Chicago: Aldine.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow/Jones Irwin.
- Proctor, S. L., Cowin, C. J., Hoffmann, N. G., & Allison, S. (2009). A tool to engage jail inmates: A trademarked journaling process shows promise in giving offenders insight on their substance use. *Addiction Professional, 7*(1), 22-26.
- Proctor, S. L., Hoffman, N. G., & Allison, S. (2012). The effectiveness of interactive journaling in reducing recidivism among substance dependent jail inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*(2), 317-332.
- Proffoff, I. (1975). *At a journal workshop*. New York: Dialogue House Library.
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17*, 1130-1145.
- Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(1), 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1997b). Project MATCH secondary *a priori* hypotheses. *Addiction, 92*, 1671-1698.
- Project MATCH Research Group. (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*, 1300-1311.
- Project MATCH Research Group. (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 59*(6), 631-639.
- Project MATCH Research Group. (1998c). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*, 455-474.
- Quenk, N. L. (2009). *Essentials of the Myers-Briggs Type Indicator assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Rachman, A. W. (1990). Judicious self-disclosure in group analysis. *Group, 14*(3), 132-144.
- Rao, S. A. (1999). *The short-term impact of the family check-up: A brief motivational intervention for at-risk families*. Ph.D. Dissertation, University of Oregon, Eugene.

- Reid, A. E., Cialdini, R. B., & Aiken, L. S. (2010). Social norms and health behavior. In A. Steptoe (Ed.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and approaches* (pp. 263-274). New York: Springer.
- Reinke, K., Herman, K. C., & Sprick, R. (2001). *Motivational interviewing for effective classroom management: The classroom check-up*. New York: Guilford Press.
- Resnicow, K., Jackson, A., Blissett, D., Wang, T., McCarty, F., Rahotep, S., et al. (2005). Results of the healthy body healthy spirit trial. *Health Psychology, 24*(4), 339-348.
- Resnicow, K., Jackson, A., Braithwaite, R., Diiorio, C., Blisset, D., Rahotep, S., et al. (2002). Healthy Body/Healthy Spirit: A Church-Based Nutrition and Physical Activity Intervention. *Health Education Research, 17*(5), 562-573.
- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N., et al. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: Results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health, 91*(10), 1686-1693.
- Resnicow, K., Kramish Campbell, M., Carr, C., McCarty, F., Wang, T., Periasamy, S., et al. (2004). Body and soul: A dietary intervention conducted through AfricanAmerican churches. *American Journal of Preventive Medicine, 27*(2), 97-105.
- Richardson, L. (2012). Motivational interviewing: Helping patients move toward change. *Journal of Christian Nursing, 29*(1), 18-24.
- Rise, J., Thompson, M., & Verplanken, B. (2003). Measuring implementation intentions in the context of the theory of planned action. *Scandinavian Journal of Psychology, 44*, 87-95.
- Roberts, M. (2001). *Horse sense for people*. Toronto, ON: Knopf.
- Robles, R. R., Reyes, J. C., Colon, H. M., Sahai, H., Marrero, C. A., Matos, T. D., et al. (2004). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behaviors among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: A randomized controlled study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(2), 145-152.
- Roffman, R. A., Edleson, J. L., Neighbors, C., Mbilinyi, L., & Walker, D. (2008). The men's domestic abuse check-up: A protocol for reaching the nonadjudicated and untreated man who batters and who abuses substances. *Violence Against Women, 14*(5), 589-605.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science (Vol. 3). Formulations of the person and the social contexts* (pp.

- 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1962). The nature of man. In S. Doniger (Ed.), *The nature of man in theological and psychological perspective* (pp. 91-96). New York: Harper & Brothers.
- Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy*. New York: Houghton Mifflin (trad. cast.: *Psicoterapia centrada en el cliente*, Barcelona, Paidós, 1981).
- Rogers, C. R. (1967). The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens (Eds.), *Person to person: The problem of being human* (pp. 89-103). Moab, UT: Real People Press.
- Rogers, C. R. (1980a). Beyond the watershed: And where now? In C. R. Rogers (Ed.), *A way of being* (pp. 292-315). New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (Ed.). (1980b). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1989). The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens (Eds.), *Person to person: The problem of being human* (pp. 89-103). Moab, UT: Real People Press.
- Rogers, C. R., & Sanford, R. (1989). Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., et al. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99(7), 862-874.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. New York: Churchill Livingstone.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Heather, N. (1998). Readiness, importance, and confidence: Critical conditions of change in treatment *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 49-60). New York: Plenum Press.
- Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., & Leukefeld, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(3), 387-396.
- Rosenblum, A., Foote, J., Cleland, C., Magura, S., Mahmood, D., & Kosanke, N. (2005). Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(1), 35-58.

- Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. New York: Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10, 408-420.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Schroeder, C. M. (2009). Pilot evaluation of outcomes of combined parent-child cognitive-behavioral group therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 101-118.
- Rush, B. R., Dennis, M. L., Scott, C. K., Castel, S., & Funk, R. R. (2008). The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery. *Evaluation Review*, 32(1), 7-38.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154-165.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., et al. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1151-1162.
- Sanders, L. (2011). *Values-based motivational interviewing: Effectiveness for smoking cessation among New Mexico veterans*. Doctoral Dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816-822.
- Schaus, J. F., Sole, M. L., McCoy, T. P., Mullett, N., & O'Brien, M. C. (2009). Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: A randomized controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs Supplement*(16), 131-141.
- Schermer, C. R. (2005). Feasibility of alcohol screening and brief intervention. *Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 59(Suppl. 3), S119S123.
- Schermer, C. R., Moyers, T. B., Miller, W. R., & Bloomfield, L. A. (2006). Trauma center brief interventions for alcohol disorders decrease subsequent driving under the influence arrests. *Journal of Trauma*, 60(1), 29-34.
- Schermer, C. R., Qualls, C. R., Brown, C. L., & Apodaca, T. R. (2001). Intoxicated motor vehicle passengers: An overlooked at-risk population. *Archives of Surgery*, 136, 1244-1248.

- Schmidt, U., & Treasure, J. (1997). *Clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. Hove, UK: Psychology Press/Erlbaum.
- Schmiege, S. J., Broaddus, M. R., Levin, M., & Bryan, A. D. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 38-50.
- Scholl, M. B., & Schmitt, D. M. (2009). Using motivational interviewing to address college client alcohol abuse. *Journal of College Counseling*, 12(1), 57-70.
- Scott, C. K., & Dennis, M. L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction*, 104(6), 959-971.
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., & Arnáez-Montaraz, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Substance Use and Misuse*, 39(9), 1369-1378.
- Sellman, J. D., MacEwan, I. K., Deering, D. D., & Adamson, S. J. (2007). A comparison of motivational interviewing with non-directive counseling. In G. Tober & D. Raistrick (Eds.), *Motivational dialogue: Preparing addiction professionals for motivational interviewing practice* (pp. 137-150). New York: Routledge.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389-396.
- Senft, R. A., Polen, M. R., Freeborn, D. K., & Hollis, J. F. (1997). Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(6), 464-470.
- Severson, H. H., Peterson, A. L., Andrews, J. A., Gordon, J. S., Cigrang, J. A., Danaher, B. G., et al. (2009). Smokeless tobacco cessation in military personnel: A randomized controlled trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 11(6), 730-738.
- Sherman, D. A. K., Nelson, L. D., & Steele, C. M. (2000). Do messages about health risks threaten self?: Increasing the acceptance of threatening health messages via self-affirmation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9), 1046-1058.
- Sherman, M. D., Fischer, E., Bowling, U. B., Dixon, L., Ridener, L., & Harrison, D. (2009). A new engagement strategy in a VA-based family psychoeducation program. *Psychiatric Services*, 60(2), 254-257.
- Simmons, R. G., Marine, S. K., & Simmons, R. L. (1987). *Gift of life: The effect of organ transplantation on individual, family, and societal dynamics* (2nd ed.). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Simon, S. B. (1978). *Negative criticism: Its swath of destruction and what you can do about it*. Niles, IL: Argus Communications.

- Sinclair, K. S., Campbell, T. S., Carey, P. M., Langevin, E., Bowser, B., & France, C. R. (2010). An adapted postdonation motivational interview enhances blood donor retention. *Transfusion*, 50(8), 1778-1786.
- Slagle, D. M., & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 329-337.
- Slavet, J. D., Stein, L. A., Klein, J. L., Colby, S. M., Barnett, N. P., & Monti, P. M. (2005). Piloting the family check-up with incarcerated adolescents and their parents. *Psychological Services*, 2(2), 123-132.
- Smart, R. G. (1974). Employed alcoholics treated voluntarily and under constructive coercion: A follow-up study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 196-209.
- Smith, D. C., Hall, J. A., Jang, M., & Arndt, S. (2009). Therapist adherence to a motivational-interviewing intervention improves treatment entry for substance-misusing adolescents with low problem perception. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(1), 101-105.
- Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*, 20(1), 5254.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. New York: Guilford Press.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope*. New York: Free Press.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683.
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., López Yeste, A., & Montoya, J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 56(531), 768-774.
- Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., et al. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics*, 145(3), 396-402.
- Squires, D. D., & Hester, R. K. (2004). Using technical innovations in clinical practice: The Drinker's Check-up software program. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 159-169.
- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 261-302.
- Stein, L. A. R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Monti, P. M., Golembeske, C., & Lebeau-Craven, R. (2006). Effects of motivational interviewing for incarcerated adolescents on driving under the influence after release. *American Journal on Addictions*, 15(Suppl. 1), S50-S57.

- Stein, M. D., Charuvastra, A., Maksad, J., & Anderson, B. J. (2002). A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE). *Addiction*, 97(6), 691-700.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stitzer, M., & Petry, N. (2006). Contingency management for treatment of substance abuse. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 411-434.
- Stitzer, M. L., Petry, N. M., & Peirce, J. (2010). Motivational incentives research in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(Suppl. 1), S61-S69.
- Stott, N., Rollnick, S., Rees, M., & Pill, R. (1995). Innovation in clinical method: Diabetes care and negotiating skills. *Family Practice*, 12(4), 413-418.
- Stotts, A. L., Schmitz, J. M., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 858-862.
- Strang, J., & McCambridge, J. (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 83-88.
- Suárez, M. (2011). Application of motivational interviewing to neuropsychology practice: A new frontier for evaluations and rehabilitation. In M. R. Schoenberg & J. G. Scott (Eds.), *The little black book of neuropsychology: A syndrome-based approach* (pp. 863-872). New York: Springer.
- Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Swan, M., Schwartz, S., Berg, B., Walker, D., Stephens, R., & Roffman, R. (2008). The teen marijuana check-up: An in-school protocol for eliciting voluntary self-assessment of marijuana use. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(3), 284-302.
- Switzer, G. E., Simmons, R. G., & Dew, M. A. (1996). Helping unrelated strangers: Physical and psychological reactions to the bone marrow donation process among anonymous donors. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 469-490.
- Taveras, E. M., Gortmaker, S. L., Hohman, K. H., Horan, C. M., Kleinman, K. P., Mitchell, K., et al. (2011). Randomized controlled trial to improve primary care to prevent and manage childhood obesity: The High Five for Kids study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 165(8), 714-722.
- Tevyaw, T. O., Borsari, B., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2007). Peer enhancement of a brief motivational intervention with mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(1), 114-119.
- Tevyaw, T. O., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications, and evaluations. *Addiction*, 99(Suppl. 2), S63-S75.
- The Dalai Lama, & Ekman, P. (2008). *Emotional awareness*. New York: Times Books.

- Thevos, A. K., Kaona, F. A., Siajunza, M. T., & Quick, R. E. (2000). Adoption of safe water behaviors in Zambia: Comparing educational and motivational approaches. *Education for Health, 13*(3), 366-376.
- Thevos, A. K., Olsen, S. J., Rangel, J. M., Kaona, F. A. D., Tembo, M., & Quick, R. E. (2002). Social marketing and motivational interviewing as community interventions for safe water behaviors: Follow-up surveys in Zambia. *International Quarterly of Community Health Education, 21*(1), 51-65.
- Thevos, A. K., Quick, R. E., & Yanduli, V. (2000). Motivational interviewing enhances the adoption of water disinfection practices in Zambia. *Health Promotion International, 15*(3), 207-214.
- Thomas, M. L., Elliott, J. E., Rao, S. M., Fahey, K. F., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2012). A randomized, clinical trial of education or motivational interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. *Oncology Nursing, 39*(1), 39-49.
- Thrasher, A. D., Golin, C. E., Earp, J. A., Tien, H., Porter, C., & Howie, L. (2006). Motivational interviewing to support antiretroviral therapy adherence: The role of quality counseling. *Patient Education and Counseling, 62*(1), 64-71.
- Trice, H. M., & Beyer, J. M. (1984). Work-related outcomes of the constructive confrontation strategy in a job-based alcoholism program. *Journal of Studies on Alcohol, 45*, 393-404.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology, 71*, 1-9.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Uebelacker, L. A., Hecht, J., & Miller, I. W. (2006). The family check-up: A pilot study of a brief intervention to improve family functioning in adults. *Family Process, 45*(2), 223-236.
- UKATT Research Team. (2001). United Kingdom alcohol treatment trial (UKATT): Hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism, 36*(1), 11-21.
- UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal, 331*, 541-544.
- Vader, A. M., Walters, S. T., Prabhu, G. C., Houck, J. M., & Field, C. A. (2010). The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(2), 190-197.
- Valanis, B., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Labuhn, K., Brody, K., Severson, H. H., et al. (2001). Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits. *American Journal of Preventive Medicine, 20*(1), 1-8.

- Valanis, B., Whitlock, E. E., Mullooly, J., Vogt, T., Smith, S., Chen, C., et al. (2003). Screening rarely screened women: Time-to-service and 24-month out-comes of tailored interventions. *Preventive Medicine*, 37(5), 442-450.
- Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783-790.
- Van Keulen, H. M., Mesters, I., Ausems, M., van Breukelen, G., Campbell, M., Resnicow, K., et al. (2011). Tailored print communication and telephone motivational interviewing are equally successful in improving multiple lifestyle behaviors in a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 104-118.
- Van Ryzin, M. J., Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2012). Engaging parents in the family check-up in middle school: Longitudinal effects on family conflict and problem behavior through the high school transition. *Journal of Adolescent Health*.
- VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: A review of the evidence. *The Diabetes Educator*, 30(3), 404-406, 408-410, 414-406, *passim*.
- Velasquez, M. M., Von Sternberg, K., Dodrill, C., Kan, L., & Parsons, J. (2005). The transtheoretical model as a framework for developing substance abuse interventions. *Journal of Addictions Nursing*, 16(1), 31-40.
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages of change therapy manual*. New York: Guilford Press.
- Villanueva, M., Tonigan, J. S., & Miller, W. R. (2007). Response of Native American clients to three treatment methods for alcohol dependence. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 6(2), 41-48.
- Viscott, D. S. (1972). *The making of a psychiatrist*. Westminster, MD: Arbor House.
- Vong, S. K., Cheing, G. L., Chan, F., So, E. M., & Chan, C. C. (2011). Motivational enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(2), 176-183.
- Vuchinich, R. E., & Heather, N. (Eds.). (2003). *Choice, behavioral economics, and addiction*. New York: Pergamon.
- Wagener, T. L., Leffingwell, T. R., Mignogna, J., Mignogna, M. R., Weaver, C. C., Cooney, N. J., et al. (2012). Randomized trial comparing computer-delivered and face-to-face personalized feedback interventions for high-risk drinking among college students. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2009). Beyond behavior: Eliciting broader change with motivational interviewing. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1180-1194.
- Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2012). *Motivational interviewing in groups*. New York: Guilford Press.

- Wahab, S., Menon, U., & Szalacha, L. (2008). Motivational interviewing and colorectal cancer screening: A peek from the inside out. *Patient Education and Counseling*, 72, 210-217.
- Waldron, H. B., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (2001). Client anger as a predictor of differential response to treatment. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (Vol. 8, pp. 134-148). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Walker, D. D., Roffman, R. A., Picciano, J. F., & Stephens, R. S. (2007). The checkup: In-person, computerized, and telephone adaptations of motivational enhancement treatment to elicit voluntary participation by the contemplator. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2, 2.
- Walker, D. D., Roffman, R. A., Stephens, R. S., Wakana, K., Berghuis, J., & Kim, W. (2006). Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 628-632.
- Walters, S. T., Clark, M. D., Gingerich, R., & Meltzer, M. L. (2007). *Motivating offenders to change: A guide for probation and parole*. Washington, DC: National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice.
- Walters, S. T., Hester, R. K., Chiauuzzi, E., & Miller, E. (2005). Demon rum: Hightech solutions to an age-old problem. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(2), 270-277.
- Walters, S. T., Ogle, R., & Martin, J. E. (2002). Perils and possibilities of groupbased motivational interviewing. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change* (2nd ed., pp. 377-390). New York: Guilford Press.
- Walters, S. T., Vader, A. M., Nguyen, N., Harris, T. R., & Eells, J. (2010). Motivational interviewing as a supervision strategy in probation: A randomized effectiveness trial. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49(5), 309-323.
- Walton, M. (1986). *The Deming management method*. New York: Perigee.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 855-873.
- Watkins, C. L., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I., Light-body, C. E., et al. (2007). Motivational interviewing early after acute stroke: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 38(3), 1004-1009.
- Watkins, C. L., Wathan, J. V., Leathley, M. J., Auton, M. F., Dickinson, H. A., Sutton, C. J., et al. (2011). The 12-month effects of early motivational interviewing after acute stroke: A randomized controlled trial. *Stroke*, 42(7), 1956-1961.
- Webber, K. H., Tate, D. F., & Quintiliani, L. M. (2008). Motivational interviewing in internet groups: A pilot study for weight loss. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(6), 1029-1032.

- Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2004). Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings. *Journal of the American Dental Association*, 135(6), 731-738.
- Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2006). Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association*, 137(6), 789-793.
- Welch, G., Rose, G., Hanson, D., Lekarczyk, J., Smith-Ossman, S., Gordon, T., et al. (2003). Changes in Motivational Interviewing Skills Code (MISC) scores following motivational interviewing training for diabetes educators. *Diabetes*, 52(Suppl. 1), A421.
- Welch, G., Zagarins, S. E., Feinberg, R. G., & Garb, J. L. (2011). Motivational interviewing delivered by diabetes educators: Does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 91(1), 54-60.
- Westerberg, V. S., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (2000). Comparison of outcomes for clients in randomized versus open trials of treatment for alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 720-727.
- Westra, H. A. (2012). *Motivational interviewing in the treatment of anxiety*. New York: Guilford Press.
- White, W. L., & Miller, W. R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for a change. *The Counselor*, 8(4), 12-30.
- Woodall, W. G., Delaney, H., Rogers, E., & Wheeler, D. (2000). A randomized trial of victim impact panels' DWI deterrence effectiveness. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(Suppl.), 113A (abstract).
- Woodall, W. G., Delaney, H. D., Kunitz, S. J., Westerberg, V. S., & Zhao, H. (2007). A randomized trial of a DWI intervention program for first offenders: Intervention outcomes and interactions with antisocial personality disorder among a primarily American-Indian sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(6), 974-987.
- Worthington, E. L., Jr. (2003). *Forgiving and reconciling: Bridges to wholeness and hope*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Worthington, E. L., Jr. (Ed.). (2005). *Handbook of forgiveness*. New York: Routledge.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification*, 30(3), 315-340.
- Yahne, C. E., & Miller, W. R. (1999). Evoking hope. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 217-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yevlahova, D., & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Journal*, 54(3), 190-197.

Zweben, A. (1991). Motivational counseling with alcoholic couples. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 225-235). New York: Guilford Press.

Notas

1. Un libro reciente (Pantalon, 2011) refleja el espíritu exactamente opuesto a la EM. Su portada promete que el tipo de preguntas como las que planteamos en el capítulo 1 son un modo de «conseguir que el otro haga lo que queramos» en menos de siete minutos. Periódicamente, recibimos invitaciones para que enseñemos la EM al personal mientras comen pizza en el descanso, invitaciones que llevan implícita la misma percepción de la EM como poco más que un truco. Asumimos que nuestras primeras presentaciones de la EM tienen parte de responsabilidad de este malentendido.

2. Jeff Allison sugirió esta metáfora por primera vez.

3. Nuestro agradecimiento a Joachim Koerke por haber sugerido este término y concepto tan útil.

1. Un ejemplo que aflora a la mente ahora es el de una persona desesperada que pregunta cómo puede ayudar a un familiar perdido en el mundo del alcohol o de otras drogas y que se niega a recibir ayuda. Este tipo de personas son de las más motivadas con las que nos hemos encontrado jamás. Suelen estar dispuestas a hacer lo que sea necesario para salvar a su ser querido y aliviar su propio estrés y sufrimiento. Vemos ejemplos dolorosos de cómo se explota esta vulnerabilidad cuando, por ejemplo, se las persuade para que hipotequen sus hogares para pagar un carísimo programa de tratamiento privado. Por suerte, se puede hacer mucho para ayudarlas a ayudar a sus seres queridos a emprender el camino de la recuperación (Meyers y Wolfe, 2004; Smith y Meyers, 2004). Estas personas están totalmente dispuestas a cambiar y no necesitan pasar mucho tiempo en la fase de evocación de la EM para aumentar su motivación.

1. Gracias a Marilyn Herie por sugerir esta metáfora.

1. No lo tome como una fórmula rígida, por la que *debe* ofrecer dos reflejos por cada pregunta. La cuestión es asegurarse de que haya más reflejos que preguntas.

2. Aunque la historia de Julia se basa en una paciente real a la que atendimos, hemos cambiado todos los nombres y datos que pudieran identificarla, para proteger su intimidad. En <www.guilford.com/miller2> puede consultar la transcripción entera.

1. Véase <www.guilford.com/p/miller2>.

2. Romanos 7, 19 (Reina Valera).

3. La referencia alude al eminente teórico del aprendizaje O. Hobart Mowrer, uno de los presidentes de la Asociación de Psicología Americana, que a finales de su vida describió una terapia a la que llamó «terapia de la integridad» (Mowrer, 1966; Mowrer, Vattano *et al.*, 1974; Mowrer y Vattano, 1976).

1. Gracias a Nina Gobat por haber sugerido el término y por ayudarnos a reflexionar sobre el mismo.

1. Uno de nosotros conoció a un terapeuta especializado en adicciones que trabajaba en un centro de internamiento y cuya tarea consistía en animar a las personas que acababan de ser condenadas por conducir bebidas a iniciar el tratamiento. Disponía de una media de veinte minutos por persona y debía rellenar un cuestionario de evaluación de diecisiete páginas. Alguien había perdido de vista el horizonte de ayuda, tanto para el cliente como para el terapeuta.

1. Gracias a Theresa Moyers por este ejemplo tan didáctico.

1. Sugerencia de la doctora Carolina Yahne.

2. Desarrollamos un cuestionario de papel y lápiz usando la escala para preguntar acerca de seis dimensiones lingüísticas naturales del discurso de cambio (Miller y Johnson, 2008).

3. Sugerencia de Moria Golan.

4. Gracias a Theresa Moyers por esta analogía.

1. Al igual que con el resto de casos de ejemplo del libro, hemos modificado el nombre y los detalles identificativos de la paciente, para proteger su anonimato y la confidencialidad. Y algunos detalles se han compilado de varios casos.

1. Ahora que ya contamos con unas bases sólidas, añadiremos comentarios al caso clínico. En www.guilford.com/p/miller2 encontrará todo el caso de Julia anotado (en inglés).

1. Gracias a Allan Zuckoff por esta aportación.

1. Gracias a Cleve Sharp por esta metáfora.

* En el contexto de la psicoterapia, el *insight* describe el momento en el que el cliente tiene una «revelación» y, de repente, entiende algo acerca de sí mismo o del proceso por el que está pasando. (*N. de la T.*)

1. Gracias a Bob Mash y a sus colegas por este ejemplo práctico.

2. Gracias a Nina Gobat por este ejemplo.

3. Gracias a Jeff Allison por este ejercicio.

1. Gracias a Theresa Moyers por esta aportación.

1. Gracias a Charles Bombardier por estas ideas.

La entrevista motivacional 3ª edición

William R. Miller y Stephen Rollnick

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Título original: *Motivational Interviewing. Third Edition*

Publicado originalmente en inglés por The Guilford Press

Revisión técnica a cargo del Grupo Español de Trabajo en Entrevistas Motivacionales (GETEM)

Diseño de cubierta: Departamento de Arte y Diseño, Área Editorial del Grupo Planeta

Fotografía de cubierta: © Yienkeat Shutterstock

© 2013 The Guilford Press

All rights reserved

© de la traducción, Montserrat Asensio Fernández, 2015

© de todas las ediciones en castellano

Espasa Libros, S. L. U., 2015

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): junio de 2015

ISBN: 978-84-493-3149-7 (epub)

Conversión a libro electrónico: Newcomlab, S. L. L.

www.newcomlab.com

Índice

Dedicatoria	5
Prólogo a la edición española	6
Nota del Grupo Español de Trabajo en Entrevistas Motivacionales (GETEM)	8
Prólogo a la tercera edición	9
Acerca del lenguaje	11
Parte I. ¿Qué es la entrevista motivacional?	13
1. Conversaciones a propósito del cambio	16
2. El espíritu de la entrevista motivacional	27
3. El método de la entrevista motivacional	38
Parte II. Vincular. El fundamento de la relación	51
4. Vincular y desvincular	54
5. Escuchar: entender el dilema de la persona	63
6. Habilidades fundamentales durante la entrevista: OARS	77
7. Explorar los valores y los objetivos	88
Parte III. Enfocar. La dirección estratégica	102
8. ¿Por qué enfocar?	105
9. Encontrar el horizonte	115
10. Si los objetivos no coinciden	133
11. Intercambiar información	145
Parte IV. Evocar. Preparar para el cambio	169
12. Ambivalencia: discurso de cambio y discurso de mantenimiento	172
13. Evocar la motivación de la propia persona	183
14. Cómo responder al discurso de cambio	199
15. Cómo responder al discurso de mantenimiento y a la discordancia	211
16. Evocar esperanza y confianza	228
17. Aconsejar con neutralidad	245
18. Generar discrepancia	256
Parte V. Planificar. El puente hacia el cambio	268
19. De evocar a planificar	271
20. Elaborar un plan de cambio	282

21. Consolidar el compromiso	299
22. Apoyar el cambio	307
Parte VI. La entrevista motivacional en la práctica cotidiana	317
23. La experiencia de la entrevista motivacional	320
24. Aprender entrevista motivacional	336
25. Aplicar la entrevista motivacional	349
26. Integrar la entrevista motivacional	367
Parte VII. Evaluar la entrevista motivacional	382
27. Qué ha concluido la investigación y cómo ha evolucionado la entrevista motivacional	385
28. Evaluar conversaciones motivacionales	405
Apéndice A. Glosario de terminología en entrevista motivacional	422
Apéndice B. Bibliografía sobre entrevista motivacional	432
Referencias	454
Notas	496
Créditos	524