



**MIA:**

**STEP**

**Avalúo de Entrevista Motivacional:**  
*Herramientas de Supervisión para  
Aumentar las Destrezas*



blending initiative  
NIDA • SAMHSA

*A product of the  
NIDA-SAMHSA  
Blending Initiative*



**Avalúo de Entrevista Motivacional:  
Herramientas de Supervisión para Aumentar las  
Destrezas**

**“MIA: STEP”**

**Un producto de la Iniciativa Conjunta de “NIDA-SAMHSA”**

Publicado en 2006 por el Centro de Transferencia en Tecnología de Adicción “Northwest Frontier”, Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva Universidad de Salud y Ciencia de Oregon  
810 D Street NE  
Salem, Oregon 97301

Esta publicación fue preparada por la Red de Trabajo del Centro de Transferencia de Tecnología en Adicción (ATTC, por sus siglas en inglés) bajo un acuerdo cooperativo del Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés). No reproduzca o distribuya esta publicación cobrando algún cargo sin la autorización explícita y por escrito del “Northwest Frontier ATTC”. Para más información sobre cómo conseguir copias de esta publicación, llame al 503-373-1322.

Todo el material que aparece en esta publicación, excepto el que se ha conseguido a través de fuentes con derecho de autor, es del dominio público y se puede reproducir o copiar sin permiso de “SAMHSA/CSAT” o de los autores. Se aprecia que se cite la fuente. El formato que se sugiere al hacer las citas es el siguiente:

Gallon, S., Martino, S., Hall, D., Garcia, M., Ceperich, S., y Hausotter, W. (2006) *Avalúo de Entrevista Motivacional: Herramientas de Supervisión para Aumentar el Aprovechamiento*. Salem, OR: Centro de Transferencia en Tecnología de Adicción “Northwest Frontier”, Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Universidad de Salud y Ciencia de Oregon.

Al momento de la publicación, Charles G. Curie, MA, “ACSW” fungía como administrador de “SAMHSA”. H. Westley Clark, MD, JD, MSP, fungía como Director del “CSAT”; Cathy Nugent fungía como Oficial del Proyecto del “CSAT”; y Nora D. Volkow, MD, como Directora del “NIDA”.

Las opiniones que se expresan son los puntos de vista de la Red de Trabajo de “ATTC” y no reflejan la posición oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés), “SAMHSA” o el “CSAT”. No se pretende ni se debe inferir que haya apoyo o endoso por parte del “DHHS”, de “SAMHSA/CSAT”, o “NIDA” para las opiniones que se describen en este documento.

Traducido al español por:



Caribbean Basin  
& Hispanic  
ATTC

**Avalúo de Entrevista Motivacional:  
Herramientas de Supervisión para Aumentar la Eficiencia  
“MIA: STEP”**

**Índice Temático**

- A Visión General
  - 1. Introducción al Conjunto de Medidas de la Entrevista Motivacional
  - 2. Reconocimientos
  - 3. Sugerencias para la Diseminación del Producto “MIA: STEP”
  
- B Materiales Informativos
  - 1. Anuncio del Conjunto de Medidas
  - 2. Resumen Ejecutivo: El Avalúo de Entrevista Motivacional
  - 3. Temas de Conversación
  - 4. Visión General del Conjunto de Herramientas “MIA: STEP”
  - 5. Adiestramiento en Entrevista Motivacional
  - 6. Entrevista con un Director de Agencia de Tratamiento
  - 7. Proyección de Transparencias para Orientación
  
- C Resumen de la Intervención del Avalúo de Entrevista Motivacional
  
- D Resultados de las Pruebas Clínicas de “NIDA”
  - 1. Publicación de la Investigación
  - 2. Proyección de Transparencias en “PowerPoint”
  
- E Herramientas de Enseñanza
  - 1. Estilo y trampas de la EM
  - 2. Sándwich de Avalúo de EM
  - 3. Principios de EM
  - 4. Usando sus “OARS”
  - 5. Etapas de Cambio
  - 6. Reflexiones
  - 7. Explorando la Ambivalencia
  - 8. Extrayendo un Intercambio de Ideas al Hablar
  - 9. Avaluando la Preparación para el Cambio
  
- F Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo
  - 1. Estilo y Esencia de la EM
  - 2. Fomentando una Atmósfera de Colaboración
  - 3. Preguntas Abiertas

4. Afirmaciones
5. Planteamientos Reflexivos
6. Motivación para el Cambio
7. Desarrollando Discrepancias
8. Ventajas, Desventajas y Ambivalencia
9. Discusión Centrada en el Cliente y Retroalimentación
10. Planificación para el Cambio

## G Formularios y Guía del Supervisor para Calificar las Cintas

1. Guía para Calificar las Cintas
2. Formularios para Calificar las Cintas– Originales
  - a. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM
  - b. Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en EM
  - c. Plan de Desarrollo de las Destrezas de EM
  - d. Informe de Sesión Clínica de EM

## H Transcripciones y Calificaciones de las Cintas Estandarizadas

1. Tomás y Andrés
  - a. Hoja de Trabajo para Calificar la Cinta
  - b. Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en EM
  - c. Plan de Desarrollo de las Destrezas de EM
  - d. Transcripción Calificada
2. Teresa y Karen
  - a. Hoja de Trabajo para Calificar la Cinta
  - b. Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en EM
  - c. Plan de Desarrollo de las Destrezas de EM
  - d. Transcripción Calificada
3. Beatriz y Sofía
  - a. Hoja de Trabajo para Calificar la Cinta
  - b. Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en EM
  - c. Plan de Desarrollo de las Destrezas de EM
  - d. Transcripción Calificada
4. Mariellis y Billy Bob
  - a. Hoja de Trabajo para Calificar la Cinta
  - b. Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en EM
  - c. Plan de Desarrollo de las Destrezas de EM
  - d. Transcripción Calificada

## I Currículo de Adiestramiento

## J Referencias



## **Sección A**

### **Visión General**

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
1. Introducción al Conjunto de Medidas de la Entrevista Motivacional	2
2. Reconocimientos	3
3. Diseminación del Producto “MIA: STEP”	4



# Introduciendo el Conjunto de Medidas de la Entrevista Motivacional

El Equipo Combinado de “NIDA/SAMHSA” para la Entrevista Motivacional (EM) se complace en presentarle un nuevo conjunto de herramientas para mejorar el compromiso y la retención del cliente. El conjunto de *Avalúo de Entrevista Motivacional: Herramientas de Supervisión para Mejorar el Aprovechamiento (MIA: STEP)*, es una colección de herramientas para guiar a los consejeros y otros clínicos en el uso de las destrezas de la EM durante los avalúos clínicos.

Durante la investigación de las pruebas clínicas de “NIDA”, el protocolo de avalúo de EM mejoró tanto la asistencia del cliente como la retención durante las primeras cuatro semanas del cuidado ambulatorio. Los investigadores también descubrieron que el desarrollo y mantenimiento de las destrezas de EM, eran un reto para los consejeros participantes en el estudio. Participar en el adiestramiento no brindaba la preparación suficiente. Se necesitaba retroalimentación y tutorías constantes para usar la EM consistentemente. Este conjunto de productos es para usarse dentro del contexto de la supervisión clínica o de tutoría. El uso de estas herramientas puede ayudar a aumentar las destrezas de EM del consejero, así como la calidad y la naturaleza del proceso de tutorías. Ésta es una situación que no tiene pérdida para los clientes y el personal de la agencia por igual.

La primera sección del conjunto incluye materiales informativos para ayudar a introducir los productos de “MIA: STEP” a las autoridades estatales y de distritos, los administradores de las agencias de tratamiento y los supervisores clínicos. Entre los que se encuentran:

- Un modelo de anuncio para introducir “MIA: STEP”,
- Un resumen ejecutivo del avalúo de EM,
- Una Visión General del Conjunto de Herramientas del “MIA: STEP”, y
- Una entrevista breve con el director de una agencia de tratamiento.

El resto del conjunto incluye una descripción más abarcadora de la entrevista de avalúo de EM, los resultados de la investigación de las pruebas clínicas de “NIDA”, una serie de herramientas de enseñanza, una guía de calificación para las cintas de entrevista, cintas de demostración, formularios de calificación, planes de aprendizaje y un currículo de adiestramiento para preparar a los supervisores en el uso del conjunto de “MIA: STEP”.

Más adelante en esta sección se ofrecen algunas sugerencias para la diseminación y promoción de este conjunto.

## Sección A: Visión General

### Reconocimientos

Este conjunto fue desarrollado por el Equipo Combinado de Entrevista Motivacional de “NIDA/SAMHSA” con participantes que representan el equipo de protocolo de la Red Nacional de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*) de Tratamiento para Abuso de Sustancias y los Centros de Transferencia de Tecnología en Tratamiento de Adicción (ATTC, por sus siglas en inglés, *Addiction Technology Transfer Centers*). Los miembros incluidos son:

Steve Gallon, Ph.D. – Presidente	Wendy Hausotter, MPH
Samuel Ball, Ph.D.	Steve Martino, Ph.D.
Sherry Ceperich, Ph.D.	Denise Hall, LPC, NCC
Maria del Mar García, MSW, MHS	Ibis S. Carrión, Psy.D.
John Hamilton, LPC	

Muchas otras personas contribuyeron al desarrollo de este conjunto. Damos un reconocimiento agradecido a los autores de la cinta del sistema de calificación (Samuel Ball, Ph.D., Steve Martino, Ph.D., Joanne Corvino, M.P.H., Jon Morgenstern, Ph.D., y Kathleen Carroll, Ph.D.) y a todos los individuos que participaron en el protocolo de las pruebas clínicas y contribuyeron al desarrollo del sistema.

Queremos dar un reconocimiento especial a Kathleen Carroll, Ph.D., la Investigadora Principal del protocolo de Entrevista Motivacional por su liderazgo y apoyo en la transformación de los resultados de investigación en productos prácticos para mejorar los avalúos clínicos. Nos sentimos en deuda, también, con los adiestradores de los “CTN” que prepararon a las agencias para participar en las pruebas clínicas y ayudaron a refinar el sistema de calificación de cintas, incluyendo a Deborah Van Horn, Ph.D. – Nódulo “Delaware Valley”; Christianne Farentinos, MD y Kathyleen Tomlin, LPC – Nódulo de Oregon; Doug Polcin, Ed.D., Jean Obert, MFT, MSM, y Robert Wirth, MA, MFT – Nódulo del Pacífico; y Charlotte Chapman, Ph.D. – Nódulo “Mid-Atlantic”. Nuestros mentores fueron William R. Miller, Ph.D. y Theresa Moyers, Ph.D. quienes adiestraron a los adiestradores en el protocolo de “CTN” y sirvieron generosamente de consultores para el Equipo Combinado mientras creábamos una visión para “MIA: STEP”.

Por último, queremos expresar nuestra gratitud por el apoyo y dirección al Instituto Nacional de Abuso de Drogas y al Centro para Tratamiento de Abuso de Sustancias de “SAMHSA”. La Directora de “NIDA”, Dra. Nora Volkow ha sido un apoyo constante para la Iniciativa Combinada. La Dra. Betty Tai dirigió el trabajo de las Redes de las Pruebas Clínicas. Un agradecimiento especial para el Director Adjunto de “NIDA”, Timothy Condon y para el Dr. Karl White, Encargado del Proyecto “CSAT ATTC”, quienes proporcionaron una supervisión activa al Equipo Combinado mientras progresábamos. La ayuda de todos es incalculable. Éste fue un verdadero proyecto de colaboración. ¡Nuestro agradecimiento para todos!



## Sección A: Visión General

### Recomendaciones para la Diseminación del Producto “MIA: STEP”

Esta sección asume un entendimiento de las estrategias de diseminación y se concentra más bien en los públicos adecuados y los grupos que se toman como objetivos. Usted puede decidir si disemina este producto por medio de presentaciones, correo electrónico, avisos por correo, actividades de adiestramiento, aprendizaje a distancia u otros métodos apropiados para su área de servicio.

El conjunto de herramientas está diseñado para proveer a los supervisores lo que necesitarán para implementar y garantizar la calidad de los avalúos de EM. Se incluye todo lo necesario, desde para presentar los conceptos de una forma general, hasta para proporcionar un adiestramiento a fondo sobre la implantación del protocolo. Usted puede seleccionar entre una variedad de materiales dependiendo de la profundidad de la información que quiera proporcionar y el público al que esté tratando de llegar.

Una consideración importante que se debe tener en cuenta al diseminar este producto es que resulta más apropiado para las agencias cuyos supervisores clínicos y personal de consejería hayan recibido adiestramiento en el uso de la Entrevista Motivacional. Los materiales serán mucho más efectivos cuando los usen supervisores clínicos y mentores que sean sus pares, con conocimientos y destrezas en el uso de la EM. Idealmente, los consejeros tendrían que participar también por lo menos de un curso introductorio de EM. El conjunto de “MIA: STEP” incluye los materiales y herramientas creadas con la intención de reforzar los conceptos básicos y las destrezas de la EM. Sin embargo, no tiene el objetivo de ser una introducción básica a la EM.

Los siguientes grupos objetivos deben considerarse como parte de sus esfuerzos de diseminación:

- Administradores de la Autoridad Estatal para el Tratamiento de Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas (SSA, por sus siglas en inglés, *Single State Authority*): Presentar una visión general de los resultados de investigación

## Sección A: Visión General

del protocolo y de las herramientas al personal de “SSA” clave, resaltando el potencial para aumentar la supervisión clínica y mejorar la retención del cliente, puede fomentar el endoso del Estado y/o ayudar a promocionar este conjunto de herramientas.

- Gerentes de Adiestramiento de “SSA” /Coordinadores y Educadores en Adicción en colegios universitarios y universidades. El conjunto de herramientas incluye currículos y todos los materiales necesarios para adiestrar a otros en la implantación del avalúo de EM – esto podría ser un punto clave para vendérselo a adiestradores y educadores. El conjunto se puede usar como un suplemento para un programa de adiestramiento de supervisión clínica general, siempre y cuando los participantes ya hayan recibido adiestramiento en EM; también es adecuado como un complemento para un curso de EM para supervisores clínicos.
- Profesionales Acreditados/de Monitoreo/Garantía de Calidad: Personal en funciones reguladoras/monitoras que tienen mucha posibilidad, durante el desempeño de su trabajo, de lidiar con agencias que necesitan mejorar la retención del cliente y/o la supervisión clínica. Si están por lo menos familiarizados con el protocolo del avalúo de EM y con el conjunto de herramientas de supervisión, serán capaces de sugerirlos como un recurso para las agencias que necesiten dichas mejoras.
- Directores de Agencias de Tratamiento y Supervisores Clínicos: una visión general breve resaltando el potencial para aumentar el desempeño del consejero y mejorar la retención del cliente, puede ser una forma efectiva de interesar a los administradores y supervisores de las agencias para aprender más acerca del protocolo de EM y el conjunto de herramientas. Enfatizar que el avalúo de EM fue puesto a prueba e implementado en los ambientes con sede en las comunidades, no estrictamente en los ambientes académicos o de investigación, también debe resultar interesante.

## Sección A: Visión General

- Nódulos de la Red Nacional de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*) de Tratamiento para Abuso de Sustancias de “NIDA”: los Proveedores de Tratamiento Comunitarios de “CTN” (CTPs, por sus siglas en inglés, *Community Treatment Providers*) puede que adopten rápidamente los productos de la Iniciativa Combinada, dada su experiencia en la implantación de protocolos y su interés en las prácticas basadas en la investigación. Presentar productos combinados a los “CTPs”, en coordinación con el Investigador Principal del Enlace y/o sus designados, podría ser una parte importante de la estrategia de diseminación.
- Profesionales de Otras Disciplinas: las organizaciones donde se llevan a cabo avalúos clínicos y se usa la EM, podrían estar interesadas en este protocolo. Considere contactar agencias de salud mental, servicios sociales, consejería general (que no sea de drogas y alcohol) y otras agencias de tratamiento en adicción en su área de servicio.
- Líderes con Otras Opiniones: Exponer a los comités de planificación locales de alcohol y drogas, a las juntas consultivas, concilios de drogas y alcohol, juntas de certificación y otras organizaciones afines, para darles una visión general breve de este protocolo, puede ayudar a correr la voz informalmente.

Independientemente de la estrategia que se use para diseminar y promover la adopción de este protocolo de Avalúo de EM, el Equipo Combinado le anima a que documente y comparta las estrategias y actividades que haya encontrado útiles.



## Sección B

### Materiales Informativos

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
1. Anuncio del Conjunto de Medidas	2
2. Resumen Ejecutivo: El Avalúo de Entrevista Motivacional	3
3. Temas de Conversación	6
4. Visión General del Conjunto de Herramientas de “MIA: STEP”	10
5. Adiestramiento en Entrevista Motivacional	13
6. Entrevista con un Director de Agencia de Tratamiento	16
7. Proyección de Transparencias para Orientación	18



## ANUNCIO

### **Anuncio del Conjunto de Medidas: Herramientas de Supervisión para Mejorar el Aprovechamiento**

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés, *National Institute on Drug Abuse*) y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) se complacen en anunciar la disponibilidad de un protocolo de tratamiento nuevo con base en la evidencia que ha surgido del trabajo de la Red Nacional de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*). El protocolo de Avalúo de Entrevista Motivacional ha provocado mejoras en el compromiso del cliente y en la retención durante las primeras cuatro semanas de tratamiento. El compromiso y la retención han demostrado ser contribuyentes importantes para el resultado del tratamiento.

Para apoyar la adopción del protocolo, “NIDA” y “SAMHSA”, por medio de la Iniciativa Combinada, han desarrollado un conjunto de materiales titulado, *Avalúo de Entrevista Motivacional: Herramientas de Supervisión para Mejorar el Aprovechamiento* (“MIA: STEP”). Por favor, revise los materiales incluidos y considere los beneficios de usar este protocolo como una forma de mejorar las prácticas de tratamiento existentes. Para más información, su contacto local es el *Caribbean Basin & Hispanic Addiction Technology Transfer Center* (“ATTC”) ubicado en la *Universidad Central del Caribe, Escuela de Medicina; P. O. Box 60327, Bayamón, P.R. 00960-6032. Números telefónicos (787) 785-4211, (787) 798-3001 Ext.2120, 2110. Número de Fax (787)785-4222. Dirección de correo electrónico [www.attcnetwork.org](http://www.attcnetwork.org).*

El protocolo de Avalúo de EM se desarrolló y probó con pacientes ambulatorios en agencias de tratamiento de la comunidad. Su uso ha comprobado aumentar:

- Asistencia del cliente a las actividades de tratamiento, y
- Retención de los clientes durante el primer mes de tratamiento.

La intervención de Avalúo de EM consiste en añadir una EM de 20 minutos al principio y al final de una entrevista de avalúo usual en la agencia. Puesto que la EM incluye una variedad compleja de destrezas, el conjunto de herramientas de la “MIA: STEP” fue desarrollado por supervisores para usarse en mentorías y facilitar el desarrollo y mantenimiento de las destrezas en EM del consejero. El conjunto incluye una revisión de la investigación de las pruebas clínicas, guías para llevar a cabo el Avalúo de EM, herramientas para mejorar las destrezas del consejero e instrucciones para evaluar y calificar la competencia del consejero en EM.

## **Resumen Ejecutivo:**

### **El Avalúo de Entrevista Motivacional**

#### **¿Qué es la Intervención de Avalúo de EM?**

La Entrevista Motivacional (EM) está integrada en la entrevista de avalúo clínico para clientes que buscan tratamiento. La meta es entender los motivos que tienen los clientes para abordar sus problemas de uso de sustancias, recopilar la información clínica y administrativa necesaria para planificar su cuidado y crear y fortalecer la preparación para el cambio. La información aborda dos aspectos importantes del avalúo clínico:

1. Obtener la información administrativa y clínica necesaria del cliente, y
2. Llevar a cabo la entrevista de una forma que provoque el regreso del cliente a la próxima cita.

Dada la variabilidad de las expectativas en el programa, en cuanto a qué se necesita lograr durante la sesión de avalúo, se espera que el avalúo mejorado con EM dure un mínimo de 90 minutos a un máximo de 150 minutos.

#### **Logística**

El avalúo de EM está integrado al proceso normal de admisión y de evaluación clínica de un programa de tratamiento ambulatorio. Puesto que los programas usan una variedad de herramientas de avalúo, este protocolo no exige que la agencia altere la forma en que recopila la información clínica. Las porciones de EM de la entrevista ocurrirán al inicio y cerca del final de la entrevista.

#### **Paso 1 – Creando un vínculo con el cliente**

Durante los primeros minutos de la entrevista, el clínico usa las destrezas de EM para establecer afinidad y lograr una discusión de la percepción del cliente en cuanto a sus problemas. Durante el segmento inicial de la entrevista, el consejero obtiene una idea

## **Sección B: Materiales Informativos**

de dónde está el cliente en las etapas de la continuidad del cambio, qué clases de resistencias pueden surgir y la preparación del cliente para el cambio.

### **Paso 2 – Recopilar información esencial y/o proveer retroalimentación**

El Paso 2 implica, llevar a cabo el avalúo psicosocial estándar de la agencia o revisar los datos de avalúo existentes. Se recomienda que el avalúo se lleve a cabo de la forma usual, en lugar de tratar de integrar artificialmente el estilo de la EM a lo que típicamente sería un método semi-estructurado de recopilación de datos. Al terminar, el consejero puede resumir la información obtenida o volver sobre aspectos específicos para lograr una discusión mayor, usando un estilo de EM antes de pasar al Paso 3.

### **Paso 3- Resumir y reconectar con el cliente**

En este punto, la entrevista regresa a un formato más abierto para entender mejor qué es lo que el cliente quiere lograr durante el tratamiento. El consejero utiliza las estrategias para producir el cambio o lidiar con la resistencia en esta fase. El material que se obtuvo durante el avalúo estándar provee al consejero de ideas acerca de preguntas que se podrían preguntar para establecer discrepancias y mejorar la motivación para el cambio.

En resumen, cada uno de los 3 Pasos mencionados anteriormente, puede conceptuarse como si tomaran de 30 a 45 minutos y se pueden considerar como un sándwich de EM, en el sentido de que un avalúo estándar más estructurado es el centro del sándwich entre dos intervenciones de EM centradas en el cliente. El avalúo de EM comienza con una discusión de los problemas al estilo de la EM (Paso 1), pasa a un avalúo más formalizado o a un repaso de la información existente del avalúo (Paso 2), y luego regresa a una discusión de EM para el cambio (Paso 3).

### **¿Por qué llevar a cabo un avalúo de entrevista motivacional?**

Al añadir un componente de EM a un avalúo estándar, la asistencia del cliente a las actividades de tratamiento y la retención de los clientes durante el primer mes de cuidado, pueden aumentar significativamente. Sabemos que los resultados positivos del tratamiento dependen de una dosis adecuada de tratamiento. La capacidad de la

## **Sección B: Materiales Informativos**

EM para comprometer a los clientes y mantenerlos en tratamiento, ha sido bien documentada. Ahora tenemos evidencia de que tan sólo una entrevista del estilo motivacional al comienzo del tratamiento, ayuda a los clientes a permanecer en tratamiento durante un período en que el riesgo de abandonarlo es elevado.

### **Destrezas clínicas necesarias**

El conocimiento y las destrezas necesarias para implantar el protocolo de Avalúo de EM, se resumen en otra sección del conjunto de “MIA: STEP”. En primer lugar, los consejeros necesitarán adiestramiento en las prácticas y principios básicos de la Entrevista Motivacional. Luego, una vez que el consejero asista a un taller los supervisores clínicos querrán reforzar y hacer de mentores para el desarrollo continuo de las destrezas de EM. Las herramientas de supervisión de “MIA: STEP” ayudarán a los consejeros a crear competencias en las destrezas necesarias para llevar a cabo entrevistas efectivas de Avalúo de EM. También, se han desarrollado programas de adiestramiento para ayudar a los supervisores y consejeros a obtener el máximo beneficio de los conjuntos de productos de “MIA: STEP”.







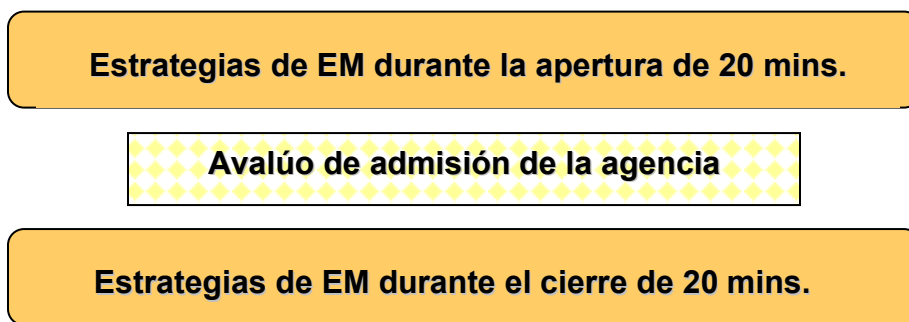
## “MIA: STEP” Temas de Conversación

### ¿Qué incluye el Avalúo de EM?

- Uso de un estilo de EM centrado en el cliente
- Estrategias de EM que se pueden integrar al proceso de avalúo de admisión que exista en la agencia
- Métodos que se pueden usar con distintos problemas de uso de sustancias
- Destrezas para ayudar a los clientes a avaluar su propio uso de sustancias
- Entender la percepción del cliente y su disponibilidad a entrar en el proceso de tratamiento

1. Una sesión de retención mejorada de EM: los clientes que reciben una sesión de EM tenían más probabilidad de continuar su compromiso con el tratamiento un mes después y de haber asistido a más sesiones que los clientes que habían recibido tratamiento como de costumbre.

#### Concepto del “sándwich” de Avalúo de EM:



2. Las destrezas de EM se pueden adiestrar e implantar con una consistencia elevada al Modelo cuando las agencias utilizan:

- supervisión clínica enfocada en el Modelo de EM
- grabaciones de audio de las sesiones de Avalúo de EM
- codificaciones de cintas
- retroalimentación e instrucciones para mejorar las destrezas

## Sección B: Materiales Informativos

### **¿Por qué se deben interesar las agencias de tratamiento en adoptar esta intervención clínica— cuáles son los beneficios para las agencias y sus clientes?**

El Avalúo de EM es una práctica basada en la evidencia desarrollada por la Red Nacional de Pruebas Clínicas de Tratamiento para Abuso de Sustancias de “NIDA”.

El Avalúo de EM mejora la práctica clínica, el compromiso del cliente y la retención. Su uso:

- Cumple con la necesidad de la agencia para la información administrativa y clínica,
- Provee una experiencia que aumentará la posibilidad de que el cliente regrese para las actividades de tratamiento subsecuentes, y
- Fomenta un acercamiento centrado en el cliente diseñado para resaltar y facilitar el cambio en el comportamiento del cliente.

El conjunto de herramientas llena una necesidad de materiales de supervisión prácticos y de estrategias para apoyar el uso competente de EM. Usar las herramientas y los procesos incluidos en este conjunto:

- Aumentará la calidad de la supervisión clínica de la supervisión clínica,
- Ofrecerá conocimiento y competencia en usar estrategias de EM, y
- Proveerá un modelo que se pueda usar para mejorar destrezas de consejería y supervisión más allá del Avalúo de EM.

### **¿Por qué otra aplicación para la EM?**

1. Porque hemos aprendido lo siguiente acerca de los resultados del tratamiento y de la EM:

- Los resultados positivos dependen de que las personas permanezcan en tratamiento durante un período de tiempo adecuado, y
- La EM está bien desarrollada, investigada y produce resultados que son significativos y duraderos; y la EM es especialmente útil para comprometer y retener a las personas en tratamiento.

2. Porque por medio de la Red de Pruebas Clínicas de “NIDA”, hemos aprendido lo siguiente:

- Añadir la EM al principio del tratamiento aumenta la retención en el tratamiento, el adherencia y la motivación del cliente percibida por el personal, y
- El tipo de supervisión clínica necesaria para mantener las destrezas de la EM entre los consejeros suele ser deficiente; los supervisores clínicos necesitan herramientas y procedimientos efectivos para poder ayudar al personal a desarrollar y mantener el nivel de competencia en la EM lo que produce un mayor compromiso y retención.

## Sección B: Materiales Informativos

### **¿Qué necesitarían las agencias para poder lograr resultados similares?**

El conjunto de herramientas de “MIA: STEP” contiene todo lo que necesita para implantar el protocolo; los pasos claves que seguirá al usar el Conjunto de Herramientas son:

- Presentar la idea de usar la EM durante una sesión de admisión,
- Adiestrar a los consejeros y supervisores en EM,
- Proveer supervisión constante de la EM por medio de cintas de audio, repasos o retroalimentación acerca del uso de las sesiones de consejería de EM; usar información de las cintas y calificaciones para guiar la supervisión y aumentar el compromiso y la competencia en EM,
- Adiestrar a los supervisores en un sistema de calificación de las cintas y pedirles que califiquen las sesiones de consejería, y
- De ser posible, usar un estilo de EM en la supervisión (se ha hecho hipótesis pero no probado).

### **¿Cuáles son los costos para una agencia al implantar este acercamiento?**

- El tiempo del personal para aprender e implantar el Avalúo de EM y para recibir con regularidad una revisión y retroalimentación acerca de sus destrezas de EM,
- Supervisión clínica sobre la marcha que incluya adiestramiento, práctica, retroalimentación, mentoría, revisión de las entrevistas grabadas, desarrollo de planes de aprendizaje, y
- El costo de una grabadora de cintas y cintas de audio.

### **¿Por qué debemos considerar este acercamiento cuando nuestros consejeros ya han recibido adiestramiento y están usando la EM?**

La investigación de “NIDA” descubrió que la mayoría de los clínicos adiestrados en EM, cuando fueron observados directamente por los supervisores clínicos, a menudo no usaban la EM en forma apropiada, efectiva o consistente.

Es fácil caer en la trampa de la simplicidad engañosa de la EM: hacer bien la EM es más difícil de lo que esperan los clínicos. Al preguntar a los clínicos, muchos reportaron que habían sido adiestrados y ya habían usado la EM. Estos pueden creer que el uso de las destrezas básicas de la EM es directo o elemental y pueden desempeñar estas estrategias considerablemente bien con poca práctica. La clave para una implantación exitosa de la EM es la supervisión clínica efectiva.

### **¿Dónde y por quién fueron desarrollados estos protocolos?**

El protocolo fue desarrollado y puesto a prueba en 5 programas de tratamiento comunitario en Estados Unidos. El estudio de Avalúo de EM fue diseñado como algo que todos los proveedores de tratamiento ambulatorio en la comunidad podían realizar.

## Sección B: Materiales Informativos

Los investigadores trabajaron en el desarrollo y la implantación directamente con los expertos en EM y los proveedores de tratamiento.

### ¿Qué más debemos saber acerca del estudio?

La EM se convirtió en el foco de un estudio como parte de la Red de Pruebas Clínicas de “NIDA” porque en otros estudios de investigación mejoró la retención del cliente, la cual predice mejores resultados. El agotamiento es un problema significativo en los ambientes de tratamiento de abuso de sustancias porque las personas.

El perfil demográfico de los participantes del estudio de “CTN” fue como sigue:

- Edad promedio: 32
- Género: 40% mujeres
- Raza: 76% blancos
- Estado civil: 21% casados
- Fuente de referencia: 32% referidos por el sistema de justicia criminal
- Años promedio de educación: 12
- Problema primario de drogas: alcohol (48%) seguido por marihuana, cocaína, estimulantes

### Hallazgos de Investigación

Los resultados demostraron que a los clientes que se les asignó el Avalúo de EM completaron más sesiones durante los primeros 28 días que los que estaban bajo el tratamiento usual. Los consejeros que tenían adiestramiento en EM y que la implantaron, retuvieron una cantidad mayor de clientes en un período de 4 semanas, con más de un 84 por ciento que permaneció activamente en tratamiento.

La EM tuvo un ligero beneficio al afectar la abstinencia completa en 28 días; había aproximadamente una diferencia de entre 5 a 10 por ciento entre los centros de tratamiento participando en el estudio. Los investigadores encontraron un efecto estadísticamente significativo de la EM, por encima del tratamiento estándar, en lo que se refiere a la asistencia a tratamiento para usuarios de alcohol y que se mantenía hasta el día 84 del seguimiento.

La investigación se resumió en un artículo de Kathleen Carroll y sus colegas que apareció en la edición de febrero de 2006 de *Drug and Alcohol Dependence* (*Dependencia a las Drogas y el Alcohol*) (Carroll, K.M. et al, 2006). En la Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de “NIDA”, se incluye una copia.



## “MIA: STEP”

### Visión General del Conjunto de Herramientas

El Conjunto de Herramientas de “MIA: STEP” ha sido diseñado para presentar a los consejeros en tratamiento de adicción, los supervisores clínicos y los mentores pares, un proceso de avalúo basado en la EM que ha demostrado mejorar la retención del cliente en tratamiento. También, el conjunto de herramientas introduce una estrategia efectiva para la supervisión clínica basada en la observación, cuyo uso tiene el potencial de mejorar las destrezas del consejero más allá de la EM. Los elementos del conjunto de herramientas se delinearán brevemente a continuación:

- 1. Materiales Informativos: Materiales que usted puede usar para introducir el protocolo a personas claves en la toma de decisiones como Administradores de Autoridad Estatal Autónoma (SSA, por sus siglas en inglés, *Single State Authority*), directores de agencias de tratamiento, asociaciones proveedoras, educadores y adiestradores en adicción y otros. Los materiales incluyen:**
  - Anuncio del Conjunto Combinado
  - Resumen ejecutivo: El Avalúo de la Entrevista Motivacional
  - Temas de Conversación
  - Visión general del conjunto de herramientas de “MIA: STEP”
  - Fuentes del adiestramiento básico en EM
  - Entrevista con un director de agencia de tratamiento
  
- 2. Resumen de la Intervención de Avalúo de EM – una descripción de los pasos y la justificación para usar este protocolo**
  
- 3. Resultados de las Pruebas Clínicas de Tratamiento para Abuso de Sustancias de “NIDA”**
  - Publicación de la investigación
  - Transparencias en “PowerPoint”

## Sección B: Materiales Informativos

- 4. Herramientas de Enseñanza para Destrezas de Avalúo y Mejoramiento de EM: Guías prácticas y recordatorios para ayudar a los supervisores clínicos, mentores pares y consejeros a utilizar la EM, de forma que les ayude a lograr resultados similares a los de las pruebas cónicas.** Las herramientas de enseñanza y de repaso fueron desarrolladas por clínicos para clínicos. Incluyen folletos con descripción de destrezas, así como hojas con criterios de avalúo para los conceptos y destrezas fundamentales de EM, incluyendo:

### **A. Herramientas de Enseñanza**

- Estilo y Trampas de EM
- Sándwich de Avalúo de EM
- Principios de EM
- Usando “OARS”
- Etapas de Cambio
- Reflexiones
- Explorando la Ambivalencia
- Extrayendo un Intercambio de Ideas al Hablar
- Avaluando la Preparación para el Cambio

### **B. Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo**

- Estilo y Esencia de EM
- Fomentando una Atmósfera de Colaboración
- Preguntas Abiertas
- Afirmaciones
- Planteamientos Reflexivos
- Motivación para el Cambio
- Desarrollando Discrepancias
- Ventajas, Desventajas y Ambivalencia
- Discusión Centrada en el Cliente y Retroalimentación
- Planificación para el Cambio

## **Sección B: Materiales Informativos**

### **5. Guía para Calificar las Cintas de Audio**

La Guía para Calificar las Cintas de Audio, proporciona a los supervisores y mentores una forma sistemática de monitorear la consistencia y la competencia del clínico en la EM. Calificar las cintas proporciona a los clínicos de una retroalimentación de supervisión sumamente individualizada y adiestramiento como una forma de desarrollar y refinar más sus destrezas en EM.

La guía detalla un sistema para identificar formas en que los clínicos usan las estrategias de consejería, consistentes o inconsistentes con la EM. También proporciona a los supervisores un método para evaluar la frecuencia y la competencia de las destrezas del consejero en EM. Como el sistema depende de la observación directa de la práctica de los clínicos en la EM, mediante cintas, tiene el potencial de una supervisión sumamente individualizada basándose en lo que realmente dicen y hacen los clínicos en las sesiones, en lugar de sólo en la retroalimentación proporcionada exclusivamente en el auto-informe del clínico. Este acercamiento “auditivo” a la supervisión es muy importante ya que el auto-informe del clínico a menudo no está relacionado con el nivel de competencia de la práctica observada. En esta guía encontrará que se incluye:

1. Instrucciones para calificar las cintas,
2. Formularios de calificación de las cintas,
3. Demostraciones grabadas de las Entrevistas de Avalúo,
4. Calificaciones de las cintas de demostración, y
5. Modelo de los formularios para proporcionar retroalimentación y planificación de desarrollo de destrezas.

### **6. Currículo de Adiestramiento del Supervisor**

El currículo incluye una visión general de 2 horas del protocolo de “MIA: STEP” y un adiestramiento de 8 horas para desarrollar destrezas de supervisor clínico al revisar y evaluar las sesiones grabadas de consejeros usando la EM. El tiempo total necesario para el adiestramiento son 10 horas.



## Adiestramiento en Entrevista Motivacional

La meta del adiestramiento es el desarrollo de las destrezas clínicas, el estilo y la esencia de la Entrevista Motivacional en una etapa temprana de intervención en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. Un objetivo más a largo plazo, es promover la adopción de estrategias para mejorar la motivación en la práctica clínica rutinaria.

El adiestramiento en EM se suele encontrar de varias formas:

- **Creación de conciencia:** Las actividades educativas suelen ser introducciones breves (de 1 a 3 horas) a los conceptos de EM. Proporcionan cierto conocimiento del acercamiento, pero no deben considerarse un adiestramiento de destrezas.
- **Adiestramiento concentrado en el conocimiento:** Actividades más largas (de 6 a 10 horas) que proporcionan una base de conocimiento sólido en EM y que podrían incluir algunas destrezas de adiestramiento, a menudo en forma de demostraciones y una práctica breve o actividades de discusión.
- **Adiestramiento basado en destrezas:** Adiestramiento que se extiende por dos días o más (a menudo de 14 a 16 horas) y cubre los principios de EM, el estilo de EM, la descripción y demostración de los métodos de EM y la práctica de la creación de destrezas. Esta clase de programa se puede ofrecer como un taller de varios días o como parte de un curso más largo difundido durante una serie de semanas o meses, como si fuera un curso universitario o una serie de educación continuada.
- **Adiestramiento de habilidades:** El adiestramiento en el uso efectivo de EM se logra mejor cuando se hace de forma constante, sobre la marcha. Esto podría significar usar la EM en consejería con la asistencia de un supervisor/mentor clínico, y/o sesiones de grabación en cintas de audio y recibir retroalimentación e instrucción por parte de un adiestrador en EM. Una tercera opción es tener acceso a la asistencia técnica de uno o varios consultores con destrezas avanzadas en EM.

Los métodos más efectivos de adiestramiento y supervisión, se incluirán en las presentaciones de charlas, discusiones grupales, demostraciones de videos, dar forma a destrezas específicas, ejercicios de práctica, representación de roles, revisión de los manuales de EM, referencias de lecturas y asignaciones para el hogar.

El bosquejo de la página siguiente describe qué se suele incluir en un taller de adiestramiento en EM de 2 días. El contenido representa una base mínima sobre la que se deben construir las destrezas del consejero.



## Sección B: Materiales Informativos

### Bosquejo de Muestra para un Taller de Adiestramiento Básico en EM

1. Entrevista motivacional como un estilo y esencia
  - a. Acercamiento centrado en la persona en lugar de centrado en el trastorno
  - b. Motivación como una etapa de cambio, no como un rasgo fijo del carácter
  - c. Defensiva del cliente o resistencia como un proceso terapéutico
  - d. Efecto del estilo del terapeuta en el comportamiento del cliente
  - e. Colaboración, no confrontación
  - f. Resistencia e intercambio de ideas: lados opuestos de la ambivalencia
  - g. Respeto hacia la autonomía y elección del cliente
2. Principios subyacentes de la Entrevista Motivacional
  - a. Expresar empatía
  - b. Desarrollar discrepancia
  - c. Fluir con la resistencia, evitar la argumentación
  - d. Apoyar la auto-eficacia
3. Etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1992)
  - a. Pre-contemplación
  - b. Contemplación
  - c. Preparación
  - d. Acción
  - e. Mantenimiento
  - f. Recaída
4. Micro-destrezas de EM: "OARS" (por sus siglas en inglés)
  - a. Preguntas abiertas
  - b. Afirmaciones
  - c. Escuchar atentamente
  - d. Resúmenes
5. Práctica de "OARS", especialmente al hacer reflexiones
  - a. Tipos de reflejos
    - i. Simples
    - ii. Amplificados
    - iii. Desde dos ángulos
  - b. Niveles de reflexión
    - i. Repetir
    - ii. Re-frasear
    - iii. Parafrasear
6. Explorando la ambivalencia
  - a. Balance en la decisión
  - b. Desarrollando la discrepancia
    - i. Explorando las metas y valores
    - ii. Mirando hacia adelante

## Sección B: Materiales Informativos

7. El rol de la resistencia y fluyendo con ésta
  - a. ¿A qué se parece y cómo se siente?
    - i. Argumentando
    - ii. Interrumpiendo
    - iii. Negando o “negación”
    - iv. Ignorando
  - b. ¿Qué es?
    - i. Una clave para estrategias de cambio
    - ii. Una retroalimentación normal para disminuir o denegar libertades
    - iii. Un proceso entre personas
  - c. Formas de fluir
    - i. Reflexiones
    - ii. Cambiar el enfoque
    - iii. Reformular
    - iv. Acuerdo con un giro
    - v. Enfatizar la elección personal y el control
    - vi. Moverse paralelamente
  
8. El concepto de la preparación: importancia + confianza
  - a. Según se relaciona con las etapas de cambio
  - b. Métodos para medir
    - i. Regla para medir preparación
    - ii. Instrumentos como “URICA” (University of Rhode Island Change Assessment Scale) y “SOCRATES” (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)
  
9. Intercambio de ideas
  - a. Reconociendo los planteamientos “DARN C”
    - i. Deseo (Desire)
    - ii. Habilidad (Ability)
    - iii. Razones (Reasons)
    - iv. Necesidades (Needs)
    - v. Nivel de compromiso (Commitment level)
  - b. Extrayendo el intercambio de ideas
    - i. Preguntas evocativas
    - ii. Elaboraciones
  
10. Desarrollando un plan de cambio
  - a. Rol de la información y los consejos
  - b. Opciones del menú
  - c. Pedir compromiso

## Entrevista con un Director de Agencia de Tratamiento

**Esto es un resumen de los comentarios de una entrevista breve con John Hamilton, Director de los Programas “LMG” en Stamford, Connecticut, cuya agencia usó el protocolo “MIA: STEP” como parte de las Pruebas Clínicas de “NIDA”.**

### 1. ¿Cómo se beneficiaron su agencia y sus clientes al usar esta estrategia?

La agencia mejoró su compromiso y la retención de los clientes:

- Los clientes recibieron un tratamiento sumamente individualizado.
- Los clientes reportaron haber sentido que los consejeros realmente escuchaban y entendían su problema particular.
- Los clientes sentían que el consejero realmente se preocupaba por ellos y que quería ayudarles a descubrir motivación(es) para cambiar.
- El personal de consejería recibió supervisión clínica enfocada, estructurada, individualiza y hecha a la medida.
- Los supervisores mejoraron sus propias destrezas y se volvieron más eficientes al formular y proveer supervisión efectiva.
- Los clientes se sintieron seguros y respetados, por ende divulgaron más de sus historiales personales con mayor honestidad y apertura.

### 2. ¿Cuáles fueron los retos más grandes que enfrentó durante la implantación, y cómo los venció?

Los retos más grandes durante la implantación:

- Ayudar inicialmente a los consejeros para que cambiaran sus paradigmas acerca de la supervisión clínica.
- Crear un ambiente seguro y una expectativa para que los consejeros comenzaran a examinar críticamente la calidad de sus destrezas de consejería.
- Proveer a los consejeros una retroalimentación en cuanto a las destrezas consistentes de EM en contra de las no consistentes, de forma que se les motivara a adoptar la EM.

## Sección B: Materiales Informativos

### 3. ¿Qué aprendió al implantar esta estrategia?

De implantar la estrategia:

- Aprendí que la supervisión de calidad sobre la marcha es la clave para aumentar las destrezas y estrategias clínicas.
- Aprendí que la EM fomenta el compromiso con los clientes y cómo minimiza la resistencia.
- Aprendí que hasta los consejeros que tienen arraigado un acercamiento radicalmente diferente, pueden perfeccionar las destrezas de la EM con una supervisión concentrada en el estilo de la EM.
- Aprendí que se tiene que desvelar, reconocer y vincular la motivación del cliente al proceso de recuperación para promover el cambio. Los consejeros no suelen darle atención a esto.
- Aprendí que la EM parece fácil cuando uno la examina por primera vez. Volverse un terapeuta competente en EM exige trabajo arduo, un enfoque intenso, atención, destrezas agudas, dedicación y una supervisión efectiva.

### 4. ¿Con qué áreas del protocolo se preocupó más el personal cuando usted presentó por primera vez este concepto y cómo abordó sus preocupaciones?

Cuando presenté el concepto por primera vez:

- Los miembros del personal no estaban preocupados con si podrían o no aprender, implantar y adherirse con éxito al protocolo.
- Los miembros del personal estaban preocupados con exponer su trabajo.
- Los miembros del personal estaban preocupados con si serían lo suficientemente buenos.
- Los supervisores trabajaron usando el estilo y la estrategia de EM en la supervisión para abordar las preocupaciones y afirmar los esfuerzos del consejero.

### 5. ¿Qué consejo daría a una agencia que esté considerando implantar este protocolo?

Necesita asegurarse de que tiene el apoyo del administrador antes de comenzar.



**“MIA: STEP”  
Proyección de Transparencias para Orientación**

# Conjunto de Medidas de “MIA:STEP”



**Conjunto de Medidas de  
"MIA:STEP"**

  
blending initiative  
NIDA + SAMHSA

---

---

---

---

---


---

---

---

**¿Qué es un Avalúo de EM?**

- Uso de un estilo de EM centrado en el cliente
- Las estrategias de EM que se pueden integrar al proceso de avalúo de admisión que existe en la agencia
- Métodos que se pueden usar con distintos problemas de uso de sustancias
- Destrezas para ayudar a los clientes a evaluar su propio uso de sustancias
- Entender la percepción del cliente y su disponibilidad a entrar en el proceso de tratamiento

  
blending initiative  
NIDA + SAMHSA 2

---

---

---

---

---

---

---

---

**"Sándwich" de Avalúo de EM**

**Estrategias de EM, primeros 20 mins.**

**Admisión o Avalúo de la Agencia**

**Estrategias de EM, últimos 20 mins.**

  
blending initiative  
NIDA + SAMHSA 3

---

---

---

---

---

---

---

---



**Implantar la EM podría requerir:**

- Supervisión clínica enfocada en el Modelo
- Grabar el audio de las sesiones de Avalúo de EM
- Codificar las cintas
- Reacción, adiestramiento e instrucción para mejorar destrezas



---

---

---

---

---

---

---

---

**Beneficios de Avalúo de EM**

- Tiene una base de evidencia sólida
- La EM mejora el compromiso del cliente y la retención
- Usar "MIA:STEP":
  - Mejora la supervisión clínica
  - Proporciona al consejero conocimiento y competencia en EM



---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Por qué otra aplicación para la EM?**

- Los resultados positivos dependen de que los clientes permanezcan en tratamiento durante un período de tiempo adecuado
- Añadir la EM al principio del tratamiento aumenta la retención del cliente
- El tipo de supervisión clínica necesaria para mantener y mejorar las destrezas de EM suele ser deficiente



---

---

---

---

---

---

---

---

**El Conjunto de Herramientas  
"MIA:STEP" incluye todo lo que  
necesita para:**

- Presentar la idea de hacer un avalúo de EM
- Adiestrar consejeros y supervisores
- Proveer supervisión de EM según se necesite
- Adiestrar supervisores para usar un sistema simple de calificación de cintas
- Usar un estilo de EM en la supervisión



7

---

---

---

---

---

---

---

---

**Los costos de implantar un  
Avalúo de EM**

- Tiempo para aprender e implantar el protocolo
- Regularmente repasar y ofrecer retroalimentación sobre las destrezas de EM
- Supervisión clínica sobre la marcha, que incluya:
  - Adiestramiento
  - Práctica
  - Retroalimentación
  - Mentoría
  - Repaso de entrevistas grabadas
  - Desarrollo de planes de aprendizaje
- El costo de grabadoras y materiales



8

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Por qué considerar este acercamiento  
cuando el personal ya se adiestró en EM?**

- La mayoría de los clínicos adiestrados no usa la EM adecuada, efectiva o consistentemente
- La EM es más difícil de lo que esperan los clínicos
- La clave para implantar con éxito la EM es la retroalimentación y el adiestramiento en la supervisión



9

---

---

---

---

---

---

---

---

### Desarrollo del protocolo

- La Red de Pruebas Clínicas de Tratamiento de Abuso de Drogas "NIDA" diseñó el protocolo
- Se diseñó como algo que podían usar todos los proveedores de tratamiento ambulatorio comunitario
- Los investigadores trabajaron directamente con los expertos de EM y los proveedores de tratamiento tanto en el desarrollo como en la implementación.



10

---

---

---

---

---

---

---

---

### Perfil de los participantes del estudio de "CTN"

- Edad promedio: 32
- Género: 40% mujeres
- Raza: 76% blancos
- Estado civil: 21% casados
- Fuente de referencia: 32% referidos por el sistema de justicia criminal
- Años promedio de educación: 12
- Problema primario de drogas: alcohol (48%) seguido por marihuana, cocaína, estimulantes



11

---

---

---

---

---

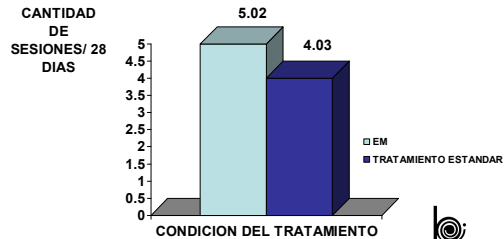
---

---

---

### Hallazgos de Investigación

1. Las personas que recibieron un avalúo de EM completaron más sesiones en 4 semanas que los que recibieron el protocolo de admisión estándar.



12

---

---

---

---

---

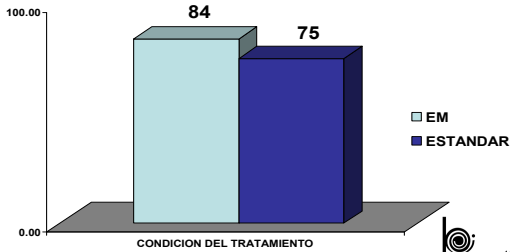
---

---

---

### Hallazgos de Investigación

2. La EM mantuvo a más personas en tratamiento luego de cuatro semanas que el avalúo estándar.



---

---

---

---

---

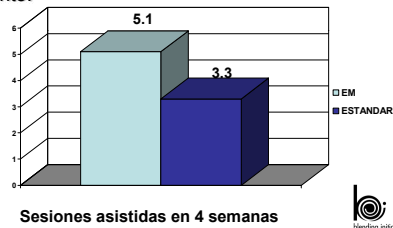
---

---

---

### Hallazgos de Investigación

3. Sólo para los usuarios de alcohol, hubo una diferencia más pronunciada en las sesiones asistidas de tratamiento en 4 semanas que se mantuvo a los 84 días de seguimiento.



---

---

---

---

---

---

---

---

### Visión General del Conjunto de Herramientas de "MIA:STEP"

1. Materiales Informativos
2. Resumen de la intervención del Avalúo de EM
3. Resultados de la Investigación del "CTN" de "NIDA"
4. Herramientas de enseñanza para aumentar y avaluar las destrezas de EM
5. Guía para calificar las cintas y materiales de demostración
6. Currículo de Adiestramiento del Supervisor



---

---

---

---

---

---

---

---



## Sección C

# Resumen de la Intervención del Avalúo de Entrevista Motivacional

## **Sección C: Resumen de la Intervención del Avalúo de EM**

### **RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN DEL AVALÚO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

#### **¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN DE AVALÚO DE EM?**

La Entrevista Motivacional (EM) está integrada en la entrevista de avalúo clínico para clientes que buscan tratamiento. La meta es entender los motivos que tienen los clientes para abordar sus problemas de uso de sustancias y fortalecer su motivación para cambiar en estas áreas. Por medio de su avalúo de EM, el propósito específico es mejorar el compromiso del cliente y los resultados del tratamiento para el uso de sustancias. Los clínicos que llevan a cabo el avalúo se esfuerzan en crear una alianza terapéutica tolerante y libre de juicios, extraer planteamientos de auto-motivación o “intercambio de ideas”, reducir la resistencia y desarrollar discrepancias entre las metas, valores, percepciones personales del cliente y su comportamiento actual de uso de sustancias. Una vez que esté listo para el cambio, el cliente comienza a identificar metas y métodos personales para cumplirlas en colaboración con los clínicos del programa de tratamiento.

#### **¿Para qué usarla?**

Esta intervención tiene el beneficio de abordar dos aspectos importantes del avalúo clínico:

1. Obtener la información administrativa y clínica del cliente que ayudará al proveedor a desarrollar un plan de tratamiento dirigido a las necesidades y preparación para el tratamiento del cliente, y
2. Llevar a cabo la entrevista de una forma que provoque el regreso del cliente a la próxima cita.

#### **¿Cuánto tiempo toma?**

Dada la variabilidad de las expectativas en el programa en cuanto a qué se necesita lograr durante la sesión de avalúo, se espera que el avalúo mejorado con EM dure de un mínimo de 90 minutos a un máximo de 150 minutos.

#### **IMPLANTANDO EL AVALÚO DE EM**

Además de recopilar la información clínica y administrativa necesaria del cliente, una de las metas principales de la sesión de avalúo de la EM es extraer planteamientos de auto-

## **Sección C: Resumen de la Intervención del Avalúo de EM**

motivación o el “intercambio de información” y reducir la resistencia. Otras metas importantes incluyen crear una alianza terapéutica tolerante y libre de juicios y desarrollar discrepancias entre las circunstancias actuales del cliente y las expectativas para el futuro. En la entrevista ideal, el cliente comenzará a expresar metas de cambio y métodos posibles para alcanzarlas.

### **Logística**

El avalúo de EM está integrado al proceso normal de admisión y de evaluación clínica de un programa de tratamiento ambulatorio. La integración de la EM en esta coyuntura, requiere atención especial a la forma en que la agencia aborda el proceso de admisión del cliente. Algunos programas de tratamiento de la comunidad, pueden completar la recopilación de información del avalúo clínico antes de una entrevista en la que se pueda usar los principios de EM para discutir los datos con el cliente. Otros proveedores pueden llevar a cabo un cernimiento/selección preliminar o un avalúo de elegibilidad clínica antes de hacer un avalúo bio-psico-social abarcador, en cuyo caso las destrezas de EM se pueden usar durante una o ambas entrevistas. Aún así, otros proveedores pueden escoger adoptar completamente la intervención de avalúo de EM que se usa en este protocolo, donde todo el avalúo de admisión, integrado con la EM, ocurre durante la primera sesión del cliente. Puesto que los programas usan una variedad de herramientas de avalúo como parte del proceso de admisión y de evaluación clínica, este protocolo asume que la agencia usará sus herramientas de estándares de avalúo. Las porciones de EM de la entrevista, ocurrirán al inicio y cerca del final de la entrevista.

### **Paso 1 – Creando un vínculo con el cliente**

Durante los primeros minutos de la entrevista, el clínico usa las destrezas de EM para establecer afinidad y lograr una discusión de la percepción del cliente en cuanto a sus problemas. Cosas como saludar al cliente de una forma respetuosa y amigable, preguntar sobre cómo se siente el cliente y qué le impulsó a solicitar el servicio, ayudan a establecer una buena relación. Es un momento excelente para hacer preguntas abiertas para explorar lo que quiere el cliente de la agencia y afirmar la decisión del cliente y el potencial para el cambio. Durante el segmento inicial de la entrevista, el consejero obtiene una idea de dónde está el cliente en el continuo de las etapas del cambio, qué clases de resistencias pueden surgir y la preparación del cliente para el cambio.

## **Sección C: Resumen de la Intervención del Avalúo de EM**

### **Paso 2 – Recopilar información esencial y/o proveer retroalimentación**

Dependiendo de la cantidad de datos recopilados en el avalúo anterior, el Paso 2 implica, llevar a cabo el avalúo psicosocial de la agencia o revisar los datos de avalúo existentes, los cuales pueden usarse para facilitar una discusión con la retroalimentación sobre los efectos del abuso de sustancias en las distintas áreas del funcionamiento del cliente. En este momento, el consejero recopila más información acerca de los problemas del cliente y los objetivos del tratamiento. Esta información será útil para desarrollar discrepancias y extraer planteamientos auto-motivacionales más adelante en el Paso 3.

Si el avalúo estándar se completa durante el Paso 2, se recomienda que los datos se recopilen de la forma usual en lugar de tratar de integrar artificialmente un estilo de la EM a lo que típicamente sería un método semi-estructurado de recopilación de datos. Al terminar, el consejero puede resumir la información obtenida o volver sobre aspectos específicos para lograr una discusión mayor, usando un estilo de EM antes de pasar al Paso 3. De hecho, este método es sumamente deseable para hacer la transición de vuelta a la discusión al estilo de EM. Del mismo modo, si los datos del avalúo han sido recopilados antes de la intervención de EM, el consejero puede utilizar el Paso 2 para repasar ítems o calificaciones de severidad usando un estilo de EM.

Puesto que el Paso 2 puede representar un cambio en el estilo del consejero (por ej., de usar las preguntas abiertas del Paso 1 para facilitar la exploración de un problema posible, a usar las preguntas cerradas del Paso 2 para facilitar la recopilación de información específica clínica necesaria para completar el avalúo), el consejero debe hacer planteamientos de transición entre los pasos 1, 2, y 3. Por ejemplo: "Comenzamos nuestra reunión de hoy hablando de forma abierta acerca de qué le llevó a buscar tratamiento. Ahora durante los próximos 30 minutos, necesitamos cambiar de velocidad un poco para completar algunos de los formularios clínicos que le pedirán información más específica. Cuando terminemos, volveremos a una discusión más abierta acerca de qué quiere del tratamiento".

### **Paso 3- Resumir y reconectar con el cliente**

En este punto, el clínico deja saber al cliente que la parte de la entrevista que sigue regresa a un formato más abierto para entender mejor qué es lo que el cliente quiere lograr durante el tratamiento. El consejero utiliza las estrategias para producir el cambio o lidiar con la



## **Sección C: Resumen de la Intervención del Avalúo de EM**

resistencia en esta fase. El material que se obtuvo durante el avalúo estándar, provee al consejero con ideas acerca de preguntas que se podrían hacer para establecer discrepancias y mejorar la motivación para el cambio.

En este punto, el éxito depende en gran medida de las destrezas del clínico. Los clientes más resistentes o pre-contemplativos, se deben abordar usando técnicas diseñadas para manejar y reducir la resistencia. Los clientes ambivalentes o pre-contemplativos que sean más abiertos, pueden beneficiarse de una discusión de las ventajas y desventajas de continuar el uso de sustancias o detenerlo, o discutir su nivel de preparación para el cambio. Los clientes más motivados (preparados, determinados, listos para actuar) pueden beneficiarse del desarrollo de un plan de cambio formal o informal. Todas estas técnicas se discuten en la literatura de EM y suelen recibir una atención considerable durante el adiestramiento en EM. Se espera que la información recopilada durante los Pasos 1 y 2 proporcionará al consejero suficiente información para saber cuáles de estos grupos de técnicas deben recibir un énfasis mayor cuando se comience con el Paso 3.

En resumen, cada uno de los 3 Pasos mencionados anteriormente, puede conceptuarse como si tomaran de 30 a 45 minutos y se pueden considerar como un sándwich de EM, en el sentido de que un avalúo estándar más estructurado es el centro del sándwich entre dos intervenciones de EM centradas en el cliente. El avalúo de EM comienza con una discusión de los problemas al estilo de la EM (Paso 1), pasa a un avalúo más formalizado o a un repaso de la información existente del avalúo (Paso 2), y luego regresa a una discusión de EM para el cambio (Paso 3).

### **DESTREZAS CLÍNICAS NECESARIAS**

El conocimiento y las destrezas necesarias para implantar el protocolo de Avalúo de EM, se resumen en otra sección del conjunto de “MIA: STEP”. En primer lugar, los consejeros necesitarán adiestramiento en las prácticas y principios básicos de la Entrevista Motivacional. Un resumen del formato y objetivos de este adiestramiento se incluye en los Materiales Informativos.

Luego, los supervisores clínicos querrán reforzar y hacer de mentores para el desarrollo continuo de las destrezas de EM una vez que el consejero asista a un taller. Las herramientas que pueden usar los consejeros y supervisores, que sirven como recordatorios de las destrezas

## Sección C: Resumen de la Intervención del Avalúo de EM

y prácticas básicas, se pueden encontrar en la sección de Herramientas de Enseñanzas. Ésta incluye los repastos de los siguientes conceptos clave de EM:

- Estilo y Trampas de EM
- Sándwich de Avalúo de EM
- Principios de EM
- Usando “OARS”
- Etapas de Cambio
- Reflexiones
- Explorando la Ambivalencia
- Extrayendo un Intercambio de Ideas al Hablar
- Avaluando la Preparación para el Cambio

Para ayudar a los consejeros con el auto-avalúo de sus destrezas, hay una sección aparte que cubre los Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo. Una descripción breve de las destrezas, ejemplos de cómo se usan las destrezas en la práctica y ejemplos de niveles de destrezas superiores e inferiores, proporcionan a los consejeros la oportunidad de evaluar su propia eficiencia. Se incluyen resúmenes de auto-avalúo para:

- Estilo y Esencia de EM
- Atmósfera Colaboradora
- Preguntas Abiertas
- Afirmaciones
- Planteamientos Reflexivos
- Motivación para el Cambio
- Desarrollando Discrepancias



## Sección D

### Resultados de las Pruebas Clínicas de “NIDA”

Tema	Página
1. Publicación de la Investigación	2
2. Transparencias de “Power Point”	17



## Entrevista Motivacional para mejorar el compromiso con el tratamiento y el resultado en individuos que buscan tratamiento para abuso de sustancias: Un estudio de efectividad en varias facilidades

Kathleen M. Carroll<sup>a</sup>, Samuel A. Ball<sup>a</sup>, Charla Nich<sup>a</sup>, Steve Martino<sup>a</sup>, Tami L. Frankforter<sup>a</sup>,  
Christiane Farentinos<sup>b</sup>, Lynn E. Kunkel<sup>c</sup>, Susan K. Mikulich-Gilbertson<sup>d</sup>, Jon Morgenstern<sup>e</sup>,  
Jeanne L. Obert<sup>f</sup>, Doug Polcin<sup>g</sup>, Ned Snead<sup>h</sup>, George E. Woody<sup>i</sup>,

para la Red de Pruebas Clínicas del Instituto Nacional de Abuso de Drogas

<sup>a</sup> Division of Substance Abuse, Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, 950 Campbell Avenue, West Haven, CT 06516, USA

<sup>b</sup> Changepoint, Inc., 1949 SE 122 Avenue, Portland, OR 97292, USA

<sup>c</sup> Oregon Health & Science University, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239, USA

<sup>d</sup> University of Colorado Health Science Center, Department of Psychiatry and Preventive Medicine/Biometrics, 4200 East Ninth Avenue, C268-35, Denver, CO 80262, USA

<sup>e</sup> Columbia University Medical School, 180 Fort Washington Avenue, HP 240, New York, NY 10032, USA

<sup>f</sup> Matrix Institute on Addictions, 12304 Santa Monica Boulevard, #100, West Los Angeles, CA 90025, USA

<sup>g</sup> Haight Asbury Free Clinic, 529 Clayton street, San Francisco, CA, USA

<sup>h</sup> Chesterfield County Department of Mental Health Support Services, 6801 Lucy Corr Boulevard, Chesterfield, VA 23832, USA

<sup>i</sup> University of Pennsylvania/Philadelphia VAMC, 600 Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106, USA

Recibido el 24 de mayo, 2005; revisión recibida el 29 de julio, 2005; aceptado el 8 de agosto, 2005

### Abstracto

A pesar del énfasis reciente en integrar en la práctica clínica el tratamiento validado empíricamente, existen pocos datos acerca de si se pueden implantar terapias conductuales guiadas por medio de manuales en la práctica clínica estándar y de si la incorporación de dichas técnicas está asociada con mejores resultados. La efectividad de integrar las técnicas de entrevista motivacional (EM) en el contacto y sesión de evaluación iniciales, se evaluó en una prueba clínica al azar en varias facilidades. Los participantes fueron 423 usuarios de sustancias que ingresaban a tratamiento ambulatorio en una de cinco facilidades de programas de tratamiento con sede en comunidades, quienes fueron seleccionados al azar para recibir o bien la sesión estándar de admisión/evaluación en cada una de las facilidades o la misma sesión en la que se integraron técnicas y estrategias de EM. Los clínicos se escogieron del personal de los programas participantes y fueron seleccionados al azar para aprender e implantar la EM o para realizar la sesión estándar de admisión/evaluación. Los análisis independientes de 315 sesiones grabadas en cintas de audio, sugirieron que las dos formas de tratamiento son altamente diferenciales y que los clínicos adiestrados en EM tendían a tener calificaciones más altas en las destrezas. En cuanto a los resultados, para la muestra en general, los participantes que fueron asignados a la EM tuvieron una retención significativamente mayor a lo largo del seguimiento de 28 días que los que fueron asignados a la intervención estándar. No hubo efectos significativos de la EM en los resultados del uso de sustancias ni en el seguimiento a los 28 días, ni en el seguimiento a los 84 días. Los resultados sugieren que los clínicos con sede en la comunidad pueden implantar efectivamente la EM cuando se les proporciona adiestramiento y supervisión, y que integrar las técnicas de EM en las fases iniciales del tratamiento, puede tener efectos positivos en la retención al comenzar el curso del tratamiento.

© 2005 Elsevier Ireland Ltd. Todos los derechos reservados

*Palabras claves:* Investigación de efectividad; Entrevista Motivacional; Práctica basada en la evidencia

### 1. Introducción

La Entrevista Motivacional (EM), una estrategia de tratamiento desarrollada para aumentar la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 2002, 1991), tiene un apoyo empírico sólido en pruebas con una cantidad de poblaciones que usan sustancias, particularmente los bebedores problemáticos (Miller y Wilbourne, 2002, Dunn et al., 2001; Burke et al., 2003; McCambridge y Strang, 2004). La base empírica cada vez mayor de la EM y su naturaleza a corto plazo, unida a las presiones provenientes del sistema de tratamiento y pagadores terceros para

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

reducir los costos y mejorar la retención del cliente y los resultados del tratamiento, han llevado a que se aplique la EM abarcadoramente en una gama de ambientes de tratamiento para abuso de sustancias.

Sin embargo, quedan cantidad de aspectos importantes por abordar en cuanto a la eficacia de la EM en ambientes de la comunidad, que aún no se han investigado, y entre diversas poblaciones de usuarios de sustancias. En primer lugar, a pesar de que la mayoría de los estudios que evalúan la EM con poblaciones de usuarios de drogas han sugerido es más efectiva que ningún tratamiento o acercamientos comparables (Burke et al., 2003; Dunn et al., 2001), varios estudios bien manejados que evalúan la EM con muestras comparativamente grandes de individuos que usan drogas, han dado por resultado pocas diferencias significativas entre la EM y las condiciones comparadas de cuidado estándar (Miller et al., 2003; Donovan et al., 2001). En segundo lugar, puesto que la mayoría de los estudios que evalúan la EM con usuarios de drogas, han evaluado la eficacia de añadir una sesión adicional al tratamiento estándar, relativamente hay pocos datos acerca de la efectividad de la EM bajo las condiciones en que con más probabilidad se aplicaría en la práctica clínica estándar, es decir, integrar las técnicas de EM en los acercamientos de tratamiento estándar (Dunn et al., 2001).

En tercer lugar, también hay considerablemente pocos datos acerca de la efectividad de la EM en la práctica clínica y de cuál es la mejor forma de diseminar la EM entre la comunidad clínica. Tan sólo un puñado de estudios han evaluado la capacidad de los clínicos del “mundo real”, en ambientes con sede en las comunidades para aprender e implantar la EM efectivamente. Rubel et al. (2000) reportaron, por medio de una evaluación sin controlar, el impacto que tuvo un taller de adiestramiento clínico de 2 días en el conocimiento y práctica de EM en 44 participantes. El conocimiento en la EM de los participantes (evaluado mediante una prueba de selección múltiple de 15 ítems) aumentó después de asistir al taller, al igual que la articulación de sus planteamientos para reflejar las técnicas de EM como respuesta a las viñetas escritas. Las pruebas de talleres subsecuentes, han sugerido que un solo taller se puede asociar con ciertos cambios en el comportamiento del clínico, pero estos cambios puede que no sean lo suficientemente significativos como afectar la respuesta del cliente (Miller y Mount, 2001) y que adiestrar y reaccionar parecen ser claves para que se implante la EM efectivamente (Miller et al., 2004). Por último, en comparación son menos estudios los que han abordado los aspectos de validez interna y crítica en cuanto a la efectividad del adiestramiento, como por ejemplo, proporcionar datos en cuanto a monitorear el compromiso de los clínicos al implantar con fidelidad y destreza la EM, y en cuanto a si la EM se logra diferenciar del tratamiento estándar (Miller et al., 2003; Burke et al., 2003).

El Instituto de Medicina (1998) preparó un informe resaltando la brecha entre el conocimiento empírico y la práctica clínica en el tratamiento de abuso de sustancias en EEUU. El informe del Instituto de Medicina pidió el desarrollo de asociaciones de investigación-práctica en ambientes comunitarios para mejorar la calidad del tratamiento de abuso de drogas y para ampliar la base de conocimiento acerca de la efectividad de los tratamientos apoyados empíricamente cuando se implantaron en ambientes comunitarios. La Red de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*) del Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés, *National Institute on Drug Abuse*), una red de 17 centros académicos y más de 100 programas de tratamiento comunitarios en EEUU, fue instituida en 1999 para abordar la brecha entre la investigación y la práctica. Como uno de los primeros protocolos del “CTN”, se desarrolló una prueba clínica al azar para evaluar la efectividad de la EM en mejorar la retención y los resultados del tratamiento para el uso de sustancias en ambientes con sede en la comunidad.

Esta prueba abordaba las siguientes preguntas de investigación. En primer lugar, evaluar la efectividad de integrar las técnicas y estrategias de la EM en una sola sesión de admisión/evaluación en los programas participantes con sede en comunidades, en relación con la consejería estándar de admisión/evaluación, en: (1) aumentar el compromiso con el tratamiento y (2) reducir el uso de sustancias. La hipótesis era que la EM sería más efectiva que la práctica clínica estándar en retener pacientes durante el mes inicial de tratamiento (en función de la proporción de participantes que seguían registrados en el programa de tratamiento 28 días después de la muestra al azar) y en reducir su uso de sustancias (en función de días de uso de la sustancia principal de abuso del participante 28 días después de la muestra al azar). En segundo lugar, teníamos la hipótesis de que la EM sería más efectiva que el tratamiento usual para retener pacientes en tratamiento y reducir el uso de sustancias a los 84 días del seguimiento. Los objetivos secundarios importantes de la prueba incluían la evaluación de: (1) la capacidad de los clínicos en las clínicas participantes para aprender e implantar efectivamente la EM, según se evaluara por medio de calificaciones independientes de compromiso y competencia dejándose llevar por las sesiones grabadas (por ejemplo, ¿podrían los clínicos seleccionados entre el personal de las clínicas participantes aprender la EM adecuadamente y desempeñarse con un nivel aceptable de fidelidad durante la duración de la prueba?); (2) si la EM podría distinguirse de la práctica estándar en las facilidades participantes. Es decir, dada la gran disponibilidad de manuales y otros materiales de adiestramiento en EM, una pregunta importante era hasta qué punto estaban presentes las técnicas y estilos de la EM en las clínicas participantes.

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### 2. Métodos

#### 2.1 *Visión General*

Se ha realizado una prueba clínica al azar en varias facilidades, para comparar el efecto de una sesión estándar de admisión/evaluación en los resultados de retención y abuso de sustancias para individuos que buscaban tratamiento en cinco facilidades de tratamiento con sede en la comunidad, con los resultados de la misma sesión estándar de admisión/evaluación a la cual se le integraron técnicas de la EM. Las cinco facilidades participantes (ADAPT, Inc. En Rosenburg, Oregon; Changepoint, Inc., en Portland, Oregon; Chesterfield Substance Abuse Services, en Chesterfield, Virginia; Lower Eastside Service Center, en Nueva York; Willamette Family Treatment Services, en Eugene, Oregon) se asociaron con el “CTN” y ofrecieron principalmente tratamiento con base grupal. Puesto que la EM ha sido evaluada ante todo como un acercamiento individualizado de consejería y podría no prestarse para un formato grupal (Walters Ogle y Martin, 2002), el objetivo de la prueba era evaluar si integrar la EM tan pronto como fuera posible en la sesión individual de admisión/evaluación, que suele venir antes de asignar pacientes a terapia grupal, mejoraría los resultados en la retención y el abuso de sustancias en comparación con los acercamientos estándar de admisión/evaluación. La duración del tratamiento era diferente en cada una de las facilidades y se determinó por las características del participante (por ejemplo, severidad del uso de sustancias y condiciones comórbidas). En consecuencia, debido a que homogenizar el contexto/duración del tratamiento en los centros de tratamiento donde se llevó a cabo el estudio habría limitado la variabilidad en la muestra de pacientes, la duración del tratamiento varió entre las facilidades. Las facilidades tendieron a ofrecer exclusivamente sesiones grupales semanales; el tratamiento en una de las facilidades (facilidad 4) fue un poco más intensa e incluyó sesiones familiares. En estas facilidades, se ofrecieron pocas o ninguna sesión individual como parte del tratamiento estándar.

Un estudio independiente, pero sumamente paralelo, que evalúa la efectividad de un procedimiento más duradero (tres sesiones) de EM individual en comparación con el tratamiento estándar, fue desarrollado por los programas del “CTN” en los que se ofrecía principalmente tratamiento individual. Puesto que el diseño y la razón de ser de estos estudios han sido descritos en detalle en otras fuentes (Carroll et al., 2002; Ball et al., 2002), a continuación sólo se resumen brevemente.

#### 2.2 *Participantes*

Los participantes fueron individuos que buscaban tratamiento para un problema de uso de sustancias en uno de los cinco programas participantes. Como la intención de la prueba era evaluar la efectividad de la EM en una muestra tan diversa y representativa como fuera posible, se hicieron un mínimo de exclusiones en cuanto a los participantes potenciales: por eso, fueron elegibles los que hablaran inglés y estuvieran: (1) buscando tratamiento ambulatorio para cualquier condición por abuso de sustancias y que hubieran consumido alcohol o cualquier droga ilícita al menos una vez durante los últimos 28 días, (2) tuvieran 18 años o más, y (3) estuvieran dispuestos a participar en el protocolo (por ej., ser parte de una selección al azar para tratamiento, ser contactado para un avalúo de seguimiento y que una de las sesiones fuera grabada en cintas de audio). Los individuos que fueron excluidos: (1) no estaban ni física ni mentalmente estables para participar en el tratamiento ambulatorio o no había muchas probabilidades de contactarlos para seguimiento debido a su inestabilidad residencial o encarcelación eminente, o (2) sólo buscaban desintoxicación, tratamiento con mantenimiento de metadona o tratamiento con hospitalización. Cada una de las facilidades trató de reclutar y seleccionar al azar a 100 participantes.

#### 2.3 *Procedimientos y avalúos*

Luego del contacto inicial con la clínica, los participantes potenciales se reunieron con un asistente de la investigación que les explicó el estudio y consiguió el consentimiento informado escrito. El protocolo del estudio común, los procedimientos de consentimiento informados y el formulario de consentimiento, fueron aprobados todos por la Junta de Revisión Institucional correspondiente del centro académico con el que estaban afiliados cada uno de los programas comunitarios (“Oregon Health & Sciences University”, con “Virginia Commonwealth University”, “Johns Hopkins School of Medicine”, “New York University” y “Yale University School of Medicine”). Una Junta de Monitoreo y de Seguridad de Datos, convocada por el Instituto Nacional de Abuso de Sustancias (NIDA), aprobó también el protocolo y revisó los datos del estudio y los sucesos adversos serios durante la duración del protocolo.

La batería de avalúo de la investigación básica, tomó menos de 1 hora en completar, a pesar de que en todas las facilidades a menudo se requería documentación adicional en la sesión de admisión para cumplir con las

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

regulaciones estatales y la política de la clínica. Después del avalúo básico, los participantes se seleccionaban al azar para el proceso (EM o evaluación estándar) usando el “urn randomization program” (programa de selección aleatoria) (Wei, 1978; Scout et al., 1994) usado en varias pruebas clínicas multicéntricas (“MTP Research Group, 2004; Grupo de Investigación del Proyecto MATCH, 1997). El programa de selección aleatoria se usó para balancear los participantes entre las distintas facilidades por género, grupo étnico, sustancia principal usada, condición laboral y si el participante fue ordenado a recibir tratamiento. Después de completar su sesión inicial de protocolo, los participantes fueron asignados, usando procedimientos clínicos regulares, a tratamiento estándar en la clínica (típicamente tratamiento grupal semanal). Las entrevistas de seguimiento se llevaron a cabo a los 24 y 84 días después de la selección al azar para evaluar el impacto de la intervención de una sola sesión (EM o estándar) en la retención y la frecuencia del uso de sustancias.

Puesto que este protocolo se concibió como una prueba de efectividad al azar enfatizando la generalidad, se hizo todo lo posible para minimizar el impacto del protocolo de investigación en la práctica clínica en las distintas facilidades, para no cambiar los procedimientos estándares de admisión/evaluación en cada una de las clínicas participantes y para proporcionar a cada uno de los participantes con sesiones de protocolo tan pronto como fuera posible después de la aplicación inicial del tratamiento. Por tanto, la batería de avalúo fue diseñada para ser breve, para tener una alta coincidencia con los avalúos que ya están vigentes en las clínicas y para completarse en una sola sesión. La batería incluyó: (1) análisis de orina y muestras de aliento, que se tomaron en cada una de las sesiones de avalúo de la investigación (básica, en el seguimiento de 24 días, y en el de 84). (2) Los auto-informes del uso de sustancias (marihuana, cocaína, alcohol, metanfetaminas, opioides, benzodiazepinas, y otras drogas ilícitas) se recopilaron por medio del Calendario de Uso de Sustancias, que usa el método “Time-Line-Follow-Back” (registro de consumo de bebida) el cual ha demostrado ser confiable y válido para monitorear el uso de sustancias y otros resultados en estudios longitudinales (Miller y Delboca, 1994; Sobell y Sobell, 1992; Fals-Stewart et al; 2000); este instrumento avalúo todas las clases de uso de sustancias (alcohol, marihuana, cocaína, opioides, benzodiazepinas, metanfetaminas y otras drogas) a diario y permitió una evaluación flexible, continua, del uso de sustancias. (3) Una versión breve del Índice de Severidad de Adicción (ASI, por sus siglas en inglés, *Addiction Severity Index*) (McLellan et al., 1992), una entrevista clínica ampliamente difundida que evalúa la frecuencia y la severidad del uso de sustancias y los problemas psiquiátricos asociados, se administró en cada una de las sesiones de avalúo (básica, en el seguimiento de 24 días, y en el de 84). El “ASI” tiene un nivel alto de apoyo psicométrico (Alterman et al., 1994, 2001); la versión breve que usó la “CTN” eliminó algunas preguntas que la batería de avalúo las recopilaba por otro lado y/o no se usaban en el cálculo de las puntuaciones compuestas. (4) La escala de Evaluación para el Cambio por la Universidad de Rhode Island (URICA, por sus siglas en inglés, *University of Rhode Island Change Assessment Scale*) (DiClemente y Hugues, 1990), un auto-informe ampliamente difundido que evalúa la posición actual del individuo en cuanto a su preparación para el cambio (por ejemplo; precontemplación, contemplación y mantenimiento) (Carey et al., 1999; Sobell et al., 1994) se recopiló tanto al inicio como en los seguimientos. (5) Una versión abreviada del Inventario Breve de Problemas (SIP-R, por sus siglas en inglés, *Short Inventory of Problems*) se usó para evaluar la percepción de los participantes de las consecuencias adversas de su uso de sustancias. El “SIP-R” se modificó partiendo del Inventario de Consecuencias por la Bebida (DrINC, por sus siglas en inglés, *Drinker Inventory of Consequences*) (Miller et al., 1995) para usarse con los usuarios de drogas y cuyas propiedades psicométricas han demostrado ser aceptables en varias pruebas (Miller et al., 1995). (6) El nivel básico de los comportamientos de riesgo de VIH y el cambio en esos comportamientos a lo largo del seguimiento, se evaluaron usando la Escala de Comportamiento de Riesgo para HIV (HRBS, por sus siglas en inglés, *HIV Risk Behavior Scale*), un cuestionario de 12 ítems desarrollado por Darke y sus colegas (Darke et al., 1991; Darke, 1998). Los datos de retención del tratamiento se recopilaron y confirmaron con los récords de los clientes; los asistentes de investigación recibieron un adiestramiento abarcador y específico en el protocolo y los datos de la investigación no se compartieron con las clínicas.

Los análisis de orina y muestras de aliento indicaron una correspondencia elevada con los auto-informes de los participantes en cuanto a su uso reciente de sustancias. Por ejemplo, de las 1,059 muestras de aliento tomadas, sólo 3 de las lecturas arrojaron resultados por encima de .08. De los especímenes de orina tomados en los seguimientos de 24 y 84 días, sólo 7.5% indicaron uso reciente de drogas cuando el participante había negado haber usado su droga de consumo principal en los últimos 3 días. Esta tasa compara favorablemente con los estudios anteriores de las muestras de dependientes a sustancias que habían apoyado la exactitud de los datos de los auto-informes que usaban los métodos que se han descrito en este documento (Zanis et al., 1994; Hersh et al., 1999; Ehrman y Robbins, 1994).

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### 2.4 Intervenciones

Para minimizar el tiempo entre la aplicación para el tratamiento y la sesión del protocolo, la sesión de avalúo e intervención fueron diseñadas para que se dieran el mismo día. Cuando esto no era posible, se exigía que la sesión de intervención ocurriera dentro de un plazo de 1 semana desde la muestra al azar. Entre las distintas facilidades, la cantidad media de días que transcurrieron desde la muestra al azar y la sesión fue de 2.0 (S.D. (desviación estándar)= 3.4); la cantidad media de días fue de 0. Todas las sesiones del protocolo (estándar y EM) se grabaron para el avalúo del proceso.

#### 2.4.1 Sesión estándar de admisión/evaluación

Los participantes que fueron asignados a este proceso, recibieron una sesión de avalúo/evaluación de 2 horas durante la cual el clínico recopiló información estándar de acuerdo a las guías de su agencia. Ésta suele incluir típicamente recopilar información del historial del paciente y del nivel actual de uso de sustancias, historial de tratamiento y funcionamiento psicosocial; luego, el clínico proporcionó una orientación a la clínica. Después de esta sesión de protocolo, el participante era referido a un tratamiento grupal estándar en cada una de las facilidades. En algunos casos, los grupos eran dirigidos por el clínico, que había proporcionado la sesión de protocolo, pero en la mayoría de los casos era dirigida por otro miembro del personal en la clínica.

#### 2.4.2. Sesión de admisión con entrevista motivacional

Los participantes que fueron asignados a este proceso, recibieron una sesión de avalúo/evaluación de 2 horas que el terapeuta llevó a cabo de la misma forma en que se describió la anterior, pero incorporando estrategias de EM (por ejemplo, practicando empatía, proporcionando elecciones, eliminando barreras, proporcionando retroalimentación y aclarando metas) y usando un estilo de entrevistar siguiendo la EM (por ej., haciendo preguntas abiertas, escuchando atentamente, afirmando los planteamientos y esfuerzos relacionados con el cambio que haga el cliente, extrayendo planteamientos de auto-motivación con métodos directivos y manejando la resistencia sin confrontación directa). Se desarrolló un manual detallado para este protocolo, el cual surgió de los manuales y guías existentes para EM (Miller, 1999; Miller y Rollnick, 1991, 2002; Miller et al., 1992) adaptados para que se usaran con el formato de una sola sesión, la cual debía precipitar una muestra de participantes con una gama amplia de problemas por abuso de sustancias.

### 2.5 Clínicos y adiestramientos

Todos los clínicos fueron voluntarios sacados del personal de los programas de tratamiento participantes; en varias de las facilidades incluyó todo el personal clínico a tiempo completo. Para asegurar que tanto la EM como el tratamiento estándar fueran desempeñados por clínicos con un nivel comparable de interés y compromiso hacia la EM y el protocolo, los clínicos se seleccionaron al azar para llevar a cabo o la evaluación de EM o la estándar (los clínicos/voluntarios también proporcionaron un consentimiento informado por escrito para su participación cuando lo exigía la Junta de Revisión Institucional). Antes de la selección aleatoria, los clínicos completaron una batería de pre-adiestramiento breve que incluía información de los datos demográficos de los clínicos y la experiencia, la orientación de consejería y un inventario de las técnicas clínicas que usaban con más frecuencia. Los 37 clínicos participantes eran predominante mujeres (68%), Caucásicos (81%) y tenían una edad media de 42 años (S.D.=9.8). Veinte (54%) tenían Maestrías, cinco Bachilleratos (13.5%) y el resto tenía Grados Asociados o Diploma de Escuela Superior. Veintidós (60%) habían recibido certificaciones estatales como consejeros en abuso de sustancias. Los clínicos tenían que haber estado empleados en su agencia por un mínimo de 4.8 años (S.D.=4.7), y tener un media de 7.2 (S.D.=5.2) años de experiencia en consejería. Como se describió en el informe anterior (Ball et al., 2002), la mayoría de los clínicos no había tenido una exposición previa a la EM y casi ninguno informó haber usado algún manual de EM en la práctica.

El adiestramiento clínico seguía un modelo descentralizado que tenía la intención de proporcionar un nivel elevado y consistente de adiestramiento y supervisión constante, así como proporcionar recursos que capacitaran a las facilidades para seguir usando la EM después de que la prueba clínica terminara. Por lo tanto, se identificó un adiestrador experto en EM para cada una de las facilidades, a quien se le exigió completar un taller de EM para adiestradores y que tuviera vasta experiencia en adiestrar y supervisar a clínicos en EM. Todos los adiestradores expertos en EM asistieron a un seminario inicial centralizado en adiestramiento/planificación (“adiestramiento de adiestradores”) llevado a cabo por los Drs. William Miller y Theresa Moyers, con este adiestramiento se pretendía estandarizar el tratamiento, la supervisión y los procedimientos para calificar las cintas de audio en las distintas facilidades. Al adiestramiento didáctico siguió un formato estandarizado que incluía el repaso de los principios y



## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

prácticas de EM, el uso de las cintas de video de adiestramiento y el desempeño de roles para desarrollar destrezas, y la discusión de aspectos de implantación específicos para el protocolo de EM. Además, cada una de las facilidades identificó un supervisor clínico, empleado de la facilidad, para desempeñar un rol de liderazgo clínico. Los supervisores locales recibieron adiestramiento adicional en EM y avalúo de la consistencia del clínico con el Modelo y sus destrezas al realizar la EM.

Después del adiestramiento didáctico, se exigió a los supervisores de las facilidades y a los clínicos que completaran con éxito un mínimo de tres casos de adiestramiento en EM. Todos los casos de adiestramiento fueron grabados en cintas de audio y supervisados tanto por el adiestrador experto en EM (por teléfono) como por el supervisor de la facilidad (en persona), quienes examinaron las cintas de audio y las calificaron usando el sistema de calificación de la consistencia/competencia que se describe más adelante. Los casos de adiestramiento proporcionaron una oportunidad para que cada uno de los clínicos practicara la EM bajo unas condiciones elevadas de apoyo, con supervisión estrecha. Los clínicos que fueron calificados como que seguían adecuadamente el manual de EM recibieron certificaciones y se les permitió comenzar a tratar los pacientes de la prueba. Los clínicos que no pasaron del umbral mínimo (véase más adelante) fueron asignados casos de adiestramiento adicionales, con guías escritas en las que se sugerían áreas específicas con las que debían trabajar más detalladamente dentro de las guías del manual, hasta que cumplieran con los estándares de certificación.

Todas las sesiones grabadas (155 de EM, 160 de tratamiento estándar) fueron examinadas y revisadas por 15 calificadores independientes del proceso, usando un sistema de calificación de consistencia/competencia (Carroll et al., 2000, 1998) el cual evaluaba las tres clases de intervenciones: 9 ítems evaluaban el uso de las técnicas y estrategias de EM por parte de los terapeutas (por ej., uso de un estilo de entrevistar de EM, hacer preguntas abiertas y escuchar atentamente), 5 ítems evaluaban las estrategias estándar de consejería de drogas (por Ej., proveer orientación del programa, hacer avalúo del uso de sustancias y planificación del tratamiento) y 9 ítems evaluaban las intervenciones que se veían como inconsistentes para la EM (por Ej., proporcionar consejos directamente y enfatizar la autoridad del terapeuta en la toma de decisiones). Cada uno de los ítems fue calificado en una escala tipo Likert de 7 puntos en conformidad con dos dimensiones: frecuencia (consistencia) (1: ausente en la sesión a 7: extensivamente) y destreza (1: muy pobre a 7: excelente). Una muestra de confiabilidad de las 16 cintas de audio que fueron evaluadas por los 15 calificadores, indicó un nivel elevado de confiabilidad entre los calificadores para las dimensiones de consistencia y competencia en las tres escalas; el modelo de Shrout y Fleiss (1979) para los efectos al azar, indicó un estimado ICC (coeficiente de correlación intraclase) promedio para la dimensión de consistencia de .89, .85 y .96 para la EM, para lo que no perteneciera a la EM y las escalas de consejería generales, respectivamente. Los estimados para la dimensión de destrezas, fueron .81, .82 y .94 para la EM, para lo que no perteneciera a la EM y las escalas de consejería generales, respectivamente.

### 2.6 Análisis de datos

Los análisis de Chi-cuadrado y ANOVA (por sus siglas en inglés, *Analysis Of Variance*) se usaron para evaluar las diferencias básicas en las características de los participantes entre los procesos de intervención y las facilidades. Las medidas de los resultados fueron evaluadas por la condición del tratamiento usando dos modelos. El primer modelo, efectos mixtos de ANOVA, se usó para evaluar las medidas principales del resultado, las cuales se miden sólo una vez (por ejemplo, duración del tiempo en tratamiento y total de días de uso de drogas durante los primeros 28 días). Puesto que este estudio se diseñó como una investigación de efectividad y en consecuencia con énfasis en la generalidad de los resultados de la práctica clínica, los datos se moldearon de acuerdo al proceso de la intervención como un efecto fijo y la facilidad como un efecto aleatorio. Este efecto mixto de ANOVA consideraba las diferencias en los patrones y tipos de uso de drogas en las cinco facilidades, así como las variaciones esperadas en el “tratamiento estándar” entre las diferentes facilidades al incluir la variante del nivel de la facilidad dentro del modelo. Las medidas de resultados dicótomos (por ej. si el participante seguía registrado en la clínica 28 días después de la muestra al azar) se moldearon utilizando una estructura jerárquica similar que tomaba en consideración a los participantes agrupados por facilidades como un modelo Bernoulli con iteraciones de LaPlace, para proporcionar una transformación de normalización. Se llevó un registro de la transformación natural para obtener distribuciones más normales para las variables continuas. El segundo modelo, las medidas repetidas de ANOVA, se usó para evaluar las medidas secundarias del resultado, que fueron evaluadas al inicio, y en los seguimientos de 28 y 84 días (por ejemplo, las puntuaciones compuestas de “ASI” y las puntuaciones de “HRBS”); estos análisis se hicieron para toda la muestra, así como por separado para cada una de las facilidades. Una de las facilidades dejó de matricular para el estudio poco tiempo después de iniciar el proceso de reclutamiento debido a los sucesos del 11 de septiembre de 2001, habiendo seleccionado al azar a 23 individuos. Los datos de esta facilidad se incluyeron en los análisis de la intención de tratar, pero se excluyeron de los análisis de los procesos y de los

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

análisis en los que se moldearon los efectos de la facilidad. También se analizaron los datos de la muestra de 377 participantes que estuvieron expuestos a una sesión de protocolo; estos hallazgos son consistentes con los análisis de la intención de tratar.

### 3. Resultados

#### 3.1 Características de los participantes

Tabla 1  
Características demográficas básicas y variables en el uso de sustancias de acuerdo a las facilidades

Variable (porcentaje o media (S.D.))	Fac. 1	Fac.2	Fac.3	Fac. 4	Fac. 5	Total	X <sup>2</sup> ó F
Mujeres	42.9	28.4	42.6	66.7	10.3	43.2	48.03**
Etnia, americanos europeos	80	81	72	72	0	71.6	259.4**
Afroamericanos	0	6.4	20.4	0	62.1	9.8	
Latinos	.8	2.3	0	0	31	2.7	
Varias etnias	17.6	7.3	5.6	26.3	3.4	13.8	
Otras	1.7	2.8	1.9	1.8	3.4	2.1	
Empleados a tiempo completo/ parcial	34	54	43	20	26.1	36.9	28.54**
Casados o cohabitando	74.8	81.7	77.8	85.1	93.1	80.6	7.55
Admisión impulsada por sistema legal	57	70	46	31	91.3	53.2	47.2**
En probatoria o bajo palabra	35	39	30	36	82.6	37.6	22.8**
Tratamiento anterior por drogas/alcohol	60	50	62	69	87	61.7	14.38**
Droga de consumo principal							
Alcohol	59.5	60.6	57.9	29.8	27.6	50.3	141.7**
Cocaína	.9	3.7	13.1	4.4	13.8	5.9	
Marihuana	14.7	22	22.4	14	51.7	20.2	
Opiáceos	4.3	4.6	4.7	5.3	6.9	4.8	
Metanfetaminas	20.7	8.3	0	46.5	0	18.1	
Benzodiacepinas	0	.9	1.9	0	0	.6	
Edad	32.8 (10.4)	34.0 (11.2)	32.5 (9.1)	31.2 (9.0)	37.2 (8.8)	32.8 (9.9)	2.6*
Años de educación	11.8 (1.8)	12.8 (2.1)	12.4 (1.9)	11.8 (1.6)	11.6 (1.6)	12.2 (1.9)	7.1**
Días de uso de sustancia, últimos 30	8.3 (10.3)	7.9 (8.5)	13.1 (10.4)	10.3 (9.0)	8.8 (10.0)	9.8 (.8)	5.1**
Puntuaciones compuestas de ASI, médicas	.30 (.37)	.25 (.34)	.17 (.31)	.36 (.34)	.38 (.38)	.27 (.34)	4.286**
Empleo	.76 (.25)	.66 (.30)	.60 (.27)	.84 (.23)	.11 (.11)	.72 (.28)	16.73**
Alcohol	.20 (.22)	.17 (.18)	.31 (.28)	.20 (.25)	.09 (.09)	.21 (.23)	7.62**
Drogas	.10 (.10)	.08 (.11)	.14 (.11)	.16 (.12)	.07 (.07)	.11 (.12)	8.07**
Legal	.24 (.21)	.12 (.17)	.18 (.20)	.22 (.24)	.16 (.16)	.19 (.21)	6.764**
Familia	.14 (.21)	.15 (.21)	.18 (.23)	.26 (.25)	.20 (.20)	.18 (.22)	4.29**
Psicológico	.21 (.23)	.23 (.22)	.30 (.25)	.40 (.21)	.15 (.15)	.27 (.22)	14.18**

Nota: n's para facilidades 1-4 = 100, n para la facilidad 5 = 23. Las facilidades individuales no se identifican para proteger el anonimato de los participantes y clínicos.

\*  $p < .05$ .

\*\*  $p < .01$ .

Entre las cinco facilidades, se cernieron un total de 640 individuos; de estos, 423 se consideraron elegibles para el protocolo y proporcionaron su consentimiento informado. Las razones principales para no ser elegibles fueron no haber usado sustancias en los últimos 28 días ( $n=95$ , 51.9%), que buscaban desintoxicación, tratamiento ambulatorio o mantenimiento con metadona ( $n=34$ , 18.6%), falta de vivienda apropiada para participar en un tratamiento ambulatorio ( $n=15$ , 8.2%), mudándose o que tenían que ir a prisión dentro de un plazo de 60 días ( $n=12$ , 6.6%), inestabilidad psiquiátrica para tratamiento ambulatorio ( $n=11$ , 6%), no estaban dispuestos a recibir un tipo de tratamiento seleccionado al azar o ser localizados después para un seguimiento ( $n=5$ , 2.7%), no interesados en participar ( $n=5$ , 2.7%), menores de 18 años ( $n=3$ , 1.6%), no hablaban inglés ( $n=2$ , 1.1%), o habían participado antes en el estudio ( $n=1$ , 0.5%). Treinta y cuatro individuos fueron cernidos, pero dejaron el estudio durante el proceso de evaluación.

Un total de 423 participantes fueron seleccionados al azar para un proceso de tratamiento (198 a EM, 202 a la admisión/evaluación estándar para las cuatro facilidades que alcanzaron los 100). Las características básicas por cada facilidad están representadas en la Tabla 1. A pesar de que la selección al azar fue exitosa en cuanto a que hubo pocas diferencias entre las condiciones en las distintas facilidades, hubo varias diferencias estadísticas significativamente, incluyendo el género (la proporción de mujeres participantes variaba desde 10% a 67% entre las

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

distintas facilidades), educación (la cantidad media de años de educación variaba desde 11.8 a 12.8), la involucración con el sistema legal al buscar tratamiento (la proporción de participantes con problemas legales que fueron impulsados u obligados a buscar tratamiento variaba desde .31 hasta .91 entre las distintas facilidades), y el informe de sus problemas con la sustancia principal de consumo. En cuanto a lo último, a pesar de que el alcohol fue la sustancia principal de consumo con la que se informaron problemas en las distintas facilidades (variando desde 30% hasta 60% de los participantes), en las distintas facilidades el tipo de droga con la que se tenían problemas secundarios variaba ampliamente; entre éstas estaban la marihuana, cocaína y metanfetaminas. En las distintas facilidades, 38% de los participantes habían recibido tratamiento para el alcohol anteriormente y 47% para las drogas.

En general, de los 423 participantes seleccionados al azar, 377 (89%) completaron su sesión de protocolo, 323 (76%) completaron el seguimiento del primer mes (28 días) y proporcionaron una muestra de orina o de aliento (81% de los que completaron la sesión de protocolo), y 307 (73%) completaron el seguimiento de los 3 meses (84 días) (77% de los que completaron la sesión de protocolo). Trescientos cuarenta y siete participantes (82%) fueron entrevistados por lo menos una vez. Las tasas de seguimiento no variaron entre las condiciones dentro de las facilidades, pero sí entre las distintas facilidades (las tasas de cumplimiento para el seguimiento de 84 días entre las cuatro facilidades que seleccionaron 100 participantes al azar, fueron de 65%, 81%, 81% y 69%).

### 3.2 Implantación, consistencia y destrezas del tratamiento

Las cintas de audio de las sesiones estuvieron disponibles para 315 de las 377 sesiones que se llevaron a cabo (59 sesiones no fueron grabadas, estaban inaudibles o se grabaron incorrectamente). Las 315 cintas de audio fueron calificadas por evaluadores independientes para evaluar: (1) el grado de implantación de la EM según se pretendía y se podía distinguir de la intervención estándar y (2) el nivel de variación al realizar la intervención entre las distintas facilidades y terapias, tanto para la EM, como para los procesos de intervención estándar. Como se demuestra en la Tabla 2, hubo diferencias consistentes y significativas entre los dos procesos, en las direcciones esperadas, en las calificaciones de la frecuencia con la que las intervenciones y las estrategias se asociaban a la EM y que estuvieron presentes en las sesiones (media de EM=3.8, media de estándar=2.2), con diferencias estadísticas significativas en todas las facilidades (NB: las identidades de las facilidades están protegidas). Para las sesiones en las que se calificó como presente por lo menos una estrategia o técnica de EM (100% de todas las sesiones, 44% de todas las sesiones estándares), los clínicos que realizaron la EM fueron calificados como

Variable	Facilidad 1			Facilidad 2			Facilidad 3			Facilidad 4			Todas las facilidades			Proceso		Facilidad dentro del proceso						
	EM	Estándar	S.D.	EM	Estándar	S.D.	EM	Estándar	S.D.	EM	Estándar	S.D.	EM	Estándar	S.D.	F	d.f	F	d.f					
Escala de EM																								
Apego	3.3	1.1	2.0	.7	3.8	.6	2.0	.7	4.4	.7	2.4	.7	3.8	.9	2.5	1.0	3.8	.9	2.2	.8	302.38**	1,307	7.83**	6,307
Destreza	4.2	1.0	3.2	1.1	4.4	.7	3.2	.8	5.2	.6	3.7	.8	4.7	.8	3.7	1.3	4.6	.9	3.4	1.0	120.57**	1,301	6.09**	6,301
Escala sin EM																								
Apego	1.6	.5	1.6	.5	1.7	.5	1.5	.4	1.1	.2	1.4	.4	1.3	.4	1.3	.4	1.4	.5	1.5	.5	7.44*	1,307	3.80**	6,307
Destreza	4.0	.7	4.0	.6	4.2	.6	4.1	.8	4.3	.6	4.2	.8	4.5	.9	4.0	1.0	4.5	.7	4.0	.8	2.8	1,218	1.56	6,218
Escala de consejería general																								
Apego	4.6	1.1	4.3	.7	4.4	.8	4.3	1.0	3.6	1.0	4.5	.8	4.1	1.1	4.7	1.1	4.2	1.1	4.5	.9	.92	1,307	7.14**	6,307
Destreza	4.6	.8	4.3	.6	4.5	.5	4.3	.7	4.7	.6	4.6	.7	4.6	.6	4.2	1.1	4.6	.6	4.3	.8	10.09**	1,306	108	6,306

*Nota:* Las puntuaciones fluctúan de 1 a 7. Para las tasas de frecuencia (apego), 1 indica 'que no se hizo en lo absoluto', 4 indica 'moderadamente' y 7 indica 'extensamente'. Para todas las calificaciones de destreza, 1 indica 'pobre', 4 indica 'promedio' y 7 indica 'excelente'. Para las tasas de apego,  $n=315$ . Puesto que no se otorga puntuación de destrezas en una intervención en la que no se usen,  $n$ 's para el tratamiento con EM y sin EM, y las puntuaciones de destrezas generales son 309, 226 y 314 respectivamente.

\*  $p < .05$ .  
 \*\*  $p < .01$ .

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

significativamente más diestros al realizar las intervenciones de EM (media de EM=4.6, media estándar=3.4), con efectos estadísticamente significativos en las facilidades también.

Como se esperaba, los ítems que utilizaban intervenciones asociadas con actividades de consejería general, no fueron significativamente diferentes entre procesos (media de EM=4.2, media estándar=4.5). Nuevamente, los clínicos que realizaron EM recibieron calificaciones como que se desempeñaban con mucha más destreza (media de EM=4.6, media estándar=4.3). Como se muestra en la Tabla 2, las intervenciones que fueron inconsistentes al Modelo de EM se vieron muy poco en los dos procesos, pues se vieron puntuaciones muy bajas en esta escala. Sin embargo, los terapeutas de EM fueron calificados como que usaban estas intervenciones con una frecuencia significativamente menor que los terapeutas de tratamiento estándar (media de EM=1.4, media estándar=1.5), pero entre los procesos no hubo diferencias significativas en cuanto al nivel de destrezas durante la implantación de ninguno de los procesos.

A pesar de que hubo diferencias estadísticas significativas en las calificaciones de la frecuencia y destrezas entre los procesos, también hubo efectos significativos en las facilidades para la mayoría de estas dimensiones que con toda probabilidad reflejen la variabilidad en la naturaleza de las intervenciones que se suelen realizar en estas facilidades. Para poner estas diferencias en contexto, un análisis de ANOVA de múltiples variables (Harris, 1985), de las tasas de consistencia/frecuencia de estas tres escalas (EM, sin EM y general) simultáneamente sugería efectos significativos para el proceso ( $F(3,305)=112.30, p=.00$ ) y la facilidad dentro del proceso ( $F(18,921)=6.11, p=.01$ ). Sin embargo, los valores theta, que proveen un estimado en la cantidad de variables que explicaban cada uno de los efectos, sugiere que el proceso ( $\theta=.52$ ) explicaba las variantes más sustanciales en las puntuaciones de consistencia que la facilidad dentro del proceso ( $\theta=.23$ ). Del mismo modo, a pesar de que hubo efectos significativos tanto en el proceso como en la facilidad dentro del proceso para las puntuaciones de destrezas, los valores theta sugirieron que la mayoría de las variables en las puntuaciones de destrezas estaban asociadas con el proceso ( $\theta=.30$ ) en lugar de con el proceso dentro del grupo ( $\theta=.10$ ). Un análisis similar evaluaba la magnitud de los efectos del terapeuta y sugería que el 47% de variable en las puntuaciones de consistencia en las cintas de audio, estaba asociado con el proceso de la intervención, y sólo 8% es atribuible a los terapeutas en general.

### 3.3 Resultados de un mes: retención y abuso de sustancias

Las variables principales de los resultados (retención en el tratamiento y frecuencia de uso de sustancias), por proceso de tratamiento y facilidad, se presentan en la Tabla 3. Como se señaló anteriormente, los dos acercamientos se usaron para evaluar los efectos del tratamiento de estudio en la medición continua de la retención (cantidad de sesiones de tratamiento completadas). El modelo de efectos mixtos de ANOVA, con el efecto de consistencia de la facilidad a los procesos del tratamiento, evaluó los efectos del proceso en el contexto de la variabilidad entre las facilidades participantes. Este modelo indicó que entre las cinco facilidades, los participantes que fueron asignados a EM completaron considerablemente más sesiones 28 días después de la selección, que los que fueron asignados a tratamiento estándar (media 5.0 contra 4.0,  $F(1,334)=3.8, p=.05$ ). El tamaño del efecto, expresado con el  $d$  de Cohen, fue .24. Cuando se evaluó cada una de las facilidades por separado, la retención era superior en la EM que con la intervención estándar en tres de las cuatro facilidades. Usando la medida

Variable	Facilidad 1 EM, n=44		Facilidad 2 EM, n=41		Facilidad 3 EM, n=37		Facilidad 4 EM, n=43		Facilidad 5 EM, n=8	
	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.
<b>Resultados a los veintiocho días</b>										
Porcentaje retenido en la facilidad	95.5	84.4	90.2	86.3	62.2	57.1	83.7	69.7	100	100
Cantidad de sesiones completadas	3.13	3.77	3.46	2.43	3.46	3.02	9.8	6.14	5	4.57
Días de uso de sustancia principal	3	2.71	3.2	5	6.24	8.8	1.3	2.33	2.87	2.37
<b>Resultados a los ochenta y cuatro días</b>										
Porcentaje retenido en la facilidad	67.4	61.9	75.7	66.7	48.4	44.4	58.5	61.3	100	100
Cantidad de sesiones completadas	8.25	8.14	8.02	6.33	3.87	5.02	20.12	15.6	2	15.1
Días de uso de sustancia principal	4	7.84	5.62	13.4	13.4	17.2	5.3	9.8	3.16	6.37

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

dicótoma, los participantes que fueron asignados a la EM tenían más probabilidades de estar registrados bajo tratamiento en la clínica 28 días después de la selección que los que habían sido asignados a la evaluación estándar (84% para EM contra 75% para la estándar,  $X^2(1)=3.5$ ,  $p=.05$ ). En los casos donde hubo algún tipo de retraso en la administración de la sesión de protocolo, los resultados fueron similares.

La medida principal para el resultado de evaluar los efectos de los procesos del estudio en el uso de sustancias, fue la cantidad de días que el participante informara usar la sustancia principal de consumo a los 28 días después de la selección. Tanto el modelo ANOVA como el modelo de efectos mixtos, no indicaron un efecto significativo del proceso en los días de uso de sustancias para la muestra global (ANOVA:  $F(1,334)=.10$ ,  $p=.75$ ; efectos mixtos:  $F(1,328)=0.15$ ,  $p=.70$ ). Cuando se evaluó cada una de las facilidades por separado, la EM estuvo asociada con menos días de uso de sustancias en tres de las cuatro facilidades, pero estos efectos no eran significativos.

### 3.4 Resultados a los tres meses: retención y abuso de sustancias

A los 84 días de seguimiento, la retención siguió siendo elevada en términos generales. Los participantes que fueron asignados a la evaluación estándar habían completado una media de 13.2 (S.D.=13.0) sesiones con una media de 56.5 días de tratamiento (S.D.=31.2) y los asignados a EM habían completado una media de 15.2 (S.D. =14.6) sesiones y una media de 60.7 días de tratamiento (S.D. =32.7). Sin embargo, las diferencias al usar cualquiera de los modelos no eran significativas estadísticamente. En general, 96 (61.5%) de los que fueron asignados a EM y 91 (56%) de los que fueron asignados a la evaluación estándar, siguieron registrados en tratamiento en la clínica en el seguimiento a los 84 días ( $X^2(1)=1.1$ ,  $p=.3$ ). No hubo diferencias significativas entre los grupos de los resultados de uso de sustancias en el seguimiento de 84 días (ANOVA:  $F(1,291)=.97$ ,  $p=.33$ ; efectos mixtos:  $F(1,288)=.05$ ,  $p=.83$ ).

### 3.5 Análisis de subgrupos: usuarios de alcohol

Una ventaja de las pruebas en varias facilidades, es que permiten algunos análisis del resultado dentro de poblaciones con algún interés específico. A pesar de que la EM se desarrolló y validó originalmente como una intervención para trastornos por uso de alcohol, y que los estudios recientes sugieren que la EM podría ser más efectiva para poblaciones que consumen alcohol, en lugar de drogas (Miller et al., 2003), se llevaron a cabo otros análisis explicativos para evaluar los resultados para una sub-población grande cuya sustancia principal de consumo era el alcohol ( $n=177$ ). Para este subgrupo, los que fueron asignados a la EM completaron significativamente más sesiones en los 28 días que siguieron a la selección, en comparación con los que fueron asignados a la sesión de evaluación estándar (media de EM=5.1 sesiones (S.D.5.1), media estándar = 3.3 (S.D.= 3.2)), para ambos modelos (ANOVA:  $F(1,175)=8.1$ ,  $p=.01$ ,  $d=.56$ ); efectos mixtos:  $F(1,164)=10.33$ ,  $p=.002$ ). El efecto positivo de la EM en la retención al tratamiento, también fue significativo en el seguimiento a los 84 días ( $F(1,154)=3.79$ ,  $p=.05$ ,  $d=.32$ ). En cuanto al resultado del uso de sustancias (por Ej., frecuencia de consumo de alcohol a los 28 días de seguimiento después de la selección), el modelo estándar ANOVA que incluía a los participantes de todas las facilidades, sugería efectos significativos en general ( $F(1,107)=.6$ ,  $p=.44$ ). Sin embargo, el modelo de efectos mixtos sugirió que los participantes asignados a la EM, usaron alcohol con menos frecuencia que los que fueron asignados al tratamiento estándar ( $F(1,164)=3.07$ ,  $p=.06$ ).

### 3.6 Medidas del resultado secundario

“ASI”, “HRBS” y “URICA” fueron incluidas como medidas de cambio en los problemas psicológicos. Los comportamientos de riesgo de VIH y la intención para cambiar, respectivamente. Para las puntuaciones compuestas de ASI, las puntuaciones repetidas de ANOVA para la muestra global indicaron reducciones significativas en la intensidad de los problemas en las siete áreas (médica, legal, empleo, alcohol, drogas, familia y psicológica) con el paso del tiempo, tanto en los puntos durante el avalúo de 28 días como en el de 84. Sin embargo, no hubo efectos significativos en la intervención. Para el “HRBS”, hubo reducciones significativas, tanto en las sub-escalas de riesgo por drogas como por sexo, en los puntos del avalúo de 28 días como en el de 84, pero no hubo efectos significativos en el tiempo, la condición grupal o la condición con el tiempo en el seguimiento de 28 días para las puntuaciones de precontemplación, contemplación, acción o de mantenimiento. En el seguimiento de 84 días, hubo efectos significativos del tiempo sólo en la escala de precontemplación, indicando un descenso significativo en las puntuaciones de contemplación para los participantes en general.

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### 4. Discusión

Esta prueba clínica aleatoria en varias facilidades, la cual evaluaba la efectividad de incorporar técnicas de la entrevista motivacional en la sesión inicial de admisión/orientación, en los programas de tratamiento comunitarios, sugirió lo siguiente: en primer lugar, a pesar de que la retención en el tratamiento fue comparativamente más alta en general, los participantes que fueron asignados a EM tuvieron más probabilidades de seguir registrados en el programa un mes después de la selección. Este efecto se vio entre las distintas facilidades y fue consistente con los otros indicadores de la retención, como la cantidad de sesiones completadas. En el seguimiento final, a pesar de que la retención en las clínicas se mantenía considerablemente más alta que la retención de los participantes asignados a la intervención estándar, la diferencia dejaba de ser significativa estadísticamente. En segundo lugar, en cuanto a los resultados del uso de sustancias, para el grupo en general, hubo reducciones significativas en la frecuencia del uso de sustancias con el tiempo, pero no hubo diferencias significativas por medio del proceso de intervención. Entre las medidas del resultado secundario (puntuaciones compuestas de “ASI”, los comportamientos de riesgo de VIH), se vieron reducciones significativas para estos problemas, pero no hubo efectos significativos del proceso de intervención.

Los datos de esta prueba, que fueron de los primeros en evaluar el efecto de implantar terapias basadas en la evidencia en ambientes clínicos del “mundo real”, y que seleccionaban al azar clínicos del personal de esos ambientes para el proceso de intervención, también sugieren que la prueba se implantó con una validez interna aceptable (Carroll y Rounsaville, 2003). Los análisis con base en calificaciones independientes de las cintas de audio sugieren que, en las distintas facilidades, la intervención de EM y la estándar eran sumamente distinguibles y por tanto, los objetivos principales de la prueba se cumplieron y se protegió la validez interna, aún en el contexto de niveles comparativamente más altos de variabilidad entre las características de los pacientes y las naturales de la intervención estándar en las diferentes facilidades. En segundo lugar, ambas clases de intervención se realizaron comparativamente consistente y diestramente, con proporciones más altas de la variabilidad en el desempeño del tratamiento que se explicaba mediante el proceso de la intervención, en lugar de por la facilidad o los terapeutas. Mientras que la eficacia del modelo que se usó en esta prueba no se avaluó directamente, estos resultados sí sugieren que los clínicos con sede en las comunidades pueden aprender a realizar la EM efectivamente, al menos cuando se les exige demostrar cierta competencia en la implantación de la EM basándose en la revisión de las cintas de las sesiones y cuando se les proporciona monitoreo y supervisión consistentes, estructurados y en las mismas facilidades de tratamiento. Estos hallazgos, por ende, son consistentes con otros estudios recientes que evalúan las estrategias de los terapeutas en adiestramiento en EM (Miller et al., 2004; Baer et al., 2004).

Estos datos, que sugieren integrar las técnicas de EM en una sola sesión inicial de evaluación, están asociados con los efectos positivos de una retención temprana en el tratamiento, no dejan de ser impactantes en cuanto a que se examinan en el contexto de una prueba de efectividad con unos niveles comparativamente elevados de variabilidad entre las muestras y las características de las facilidades. Podría tener cierto significado clínico, dadas las relaciones consistentes entre la retención y los resultados en el tratamiento de abuso de sustancias. Aunque el efecto de una sola sesión de EM en la retención no era significativo estadísticamente en el seguimiento a los 84 días, se debe señalar también que la EM se realizó antes del programa de tratamiento ambulatorio o tratamiento grupal comparativamente intensivos y que podrían haber diluido cualquier efecto de la intervención. Es más, el efecto inicial beneficioso de la EM en la retención, ocurrió en el contexto de una buena retención en términos generales y en el resultado de las facilidades participantes (las cuales podrían reflejar en cambio, los efectos de la selección entre las distintas facilidades dispuestas a participar en el “CTN” y en este protocolo, los clínicos dispuestos a ser seleccionados al azar para el proceso de adiestramiento y dejar que su trabajo fuese grabado).

Mientras que la EM no ha sido asociada con la reducción en el uso de sustancias para toda la muestra del estudio, hubo algunos indicadores de que era más efectiva al aumentar la retención en el tratamiento en los que informaron que el alcohol era la sustancia principal de consumo. A pesar de que la investigación en cuanto a la efectividad exige la evaluación de los efectos del tratamiento en las muestras heterogéneas de usuarios de sustancias, los patrones de uso pueden variar dentro de las clases de uso de drogas (por Ej., alcohol, estimulantes y marihuana), y podría ser difícil detectar el cambio cuando hay un nivel elevado de variedad entre los distintos usuarios de diferentes clases de sustancias (Rounsaville et al., 2003). Los usuarios de diferentes clases de sustancias pueden responder de formas diferentes a acercamientos diferentes; hallazgos como éste implican que es importante entender las clases de individuos para los que la EM es efectiva, qué mediadores o moderadores impactan el proceso, incluyendo el nivel de fidelidad y destrezas en los principios de EM. Estos resultados también son consistentes con los estudios recientes de efectividad que sugieren que los datos empíricos para la práctica basada en la experiencia, no son universalmente positivos y que inclusive las intervenciones con un apoyo empírico sólido, pueden tener efectos débiles cuando se evalúan dentro del contexto de la gran variabilidad de los ambientes con sede en las

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

comunidades (Morgenstern et al., 2001; Miller et al., 2003). El impacto en la práctica de las terapias basadas en la evidencia, se debe evaluar cuidadosamente y en una gama de ambientes y poblaciones.

Este fue, que nosotros sepamos, el primer estudio de terapia conductual en el cual los clínicos fueron seleccionados completamente de entre el personal de programas con sede en las comunidades y que fueron seleccionados al azar para los procesos de intervención para controlar los efectos de la motivación clínica, experiencia y disponibilidad para aprender un acercamiento nuevo. El impacto a largo plazo de proveer adiestramiento y supervisión en EM en las facilidades participantes será objeto de informes futuros; sin embargo, estaba claro que los clínicos abordaron el estudio con un entusiasmo considerable y vieron su participación como un medio de ampliar sus propias destrezas y mejorar los resultados de los individuos para los que trabajan. Es más, a manera de contraste con los informes de niveles elevados de rotación de personal en los ambientes de tratamiento con sede en las comunidades (McLellan et al., 2003), la rotación de supervisores y clínicos que participaban del protocolo de EM, fue infrecuente, sugiriendo que brindar adiestramiento y supervisión, al menos dentro del contexto de la investigación del protocolo, puede desempeñar un papel importante en la reducción de la rotación de personal. Los informes futuros abordarán la relación de las destrezas del terapeuta y la consistencia del tratamiento con el modelo en el resultado, las características específicas de los participantes (por E., género, referidos por el sistema de justicia criminal), así como en los resultados de las pruebas clínicas independientes y paralelas que evalúan el tratamiento individual de tres sesiones.

Se deben señalar varias limitaciones del estudio, muchas de las cuales reflejan su énfasis en la efectividad y su contexto de sede en las comunidades. Por ejemplo, puesto que éste era un estudio de efectividad, no era factible monitorear el uso de sustancias por medio de muestras de especímenes de orina o aliento con más frecuencia que en los puntos principales del avalúo (básico y en el seguimiento de 24 y 84 días) y por eso los resultados del uso de sustancias están basados principalmente en los auto-informes. Sin embargo, varios métodos han demostrado anteriormente aumentar la validez de los auto-informes en las pruebas clínicas cuando se usaron con las poblaciones que usan sustancias (Brown et al., 1992; Babor et al., 2000; Darke, 1998; Maisto et al., 1990; Zanis et al., 1994), incluyendo las garantías a los participantes de que sus auto-informes son confidenciales, independientes del programa clínico en comparación con los avalúos de la investigación, usan el método “Time-Line-Follow-Back” (registro de consumo de alcohol) y la confirmación de los auto-informes de los participantes con los resultados de los especímenes de orina y aliento. Además, como un estudio de efectividad, el tiempo transcurrido en adiestramiento no se balanceó entre condiciones y los clínicos asignados a la EM recibieron más adiestramiento y supervisión a través de la prueba por medio del diseño. A pesar de que en este estudio se vieron los efectos en algunas facilidades, hubo una consistencia considerable en los hallazgos entre las distintas facilidades que incluían variaciones considerables en la mezcla y severidad de los clientes, en las características de los clínicos y en los procedimientos. Aún así, las conclusiones acerca de los efectos de la intervención, habrían sido algo diferentes si los hallazgos hubieran estado basados en la participación de una sola facilidad, subrayando la necesidad de tener cuidado al interpretar los resultados de cualquier estudio con una sola facilidad, inclusive con los estudios de efectividad (Carroll y Rounsaville, 2003; Klein y Smith, 1999; Beutler y Howard, 1998).

Las fortalezas de esta prueba incluyen la naturaleza de su muestra amplia, diversa y con varias facilidades, y que todos los tratamientos fueron llevados a cabo por clínicos del personal de las facilidades participantes y que fueron seleccionados al azar para la intervención. Además, la exclusión mínima de participantes en el estudio se hizo con la intención de obtener un resultado de una muestra variada compuesta de todos “los que llegaron” a estas facilidades, con tasas de seguimiento que se acercaban al 80% en un estudio que puso pocas barreras a la participación. Finalmente, el avalúo de la distinción de la intervención y la destreza del terapeuta por parte de calificadores independientes, basado en las cintas de audio tanto de las sesiones de intervención de EM como estándar, sugirió que los clínicos participantes eran capaces de implantar la EM con un nivel elevado de consistencia y de que las intervenciones consistentes con la EM se implantaban en comparación con mucha menos frecuencia en el proceso de intervención estándar. Este estudio sugiere por tanto que los clínicos con sede en las comunidades, pueden implantar efectivamente los acercamientos por medio de guías en manuales, como la EM, y subraya que inclusive con pequeñas adaptaciones a los procedimientos de admisión/selección en las clínicas comunitarias, pueden mejorar la retención al inicio del tratamiento.

### Reconocimientos

Este informe no habría sido posible sin una serie de aportaciones económicas de “NIDA” como parte de un Acuerdo Cooperativo con la Red de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*) Nacional de Tratamiento para Abuso de Sustancias números U10 (DA13038, 13036, 13716, 13034 y 13046). Su contenido es responsabilidad única de los autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales de “NIDA”.

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

Nódulos y Programas de Tratamiento en la Comunidad Participante

### Nódulo de Oregon:

Investigador Principal: Dennis McCarty  
Coordinador de Protocolo: Lynn Kunkel  
Adiestradores expertos: Kathy Tomlin y Chris Farentinos

Directores del “CTP”:

ADAPT, Inc., Roseburg, OR: Bruce Piper  
Changepoint, Inc., Portland, OR: Richard Drandoff y Chris Farentinos  
Willamette Family Treatment Services (WTFS), Eugene, OR: Hillary Wylie

Coordinadores de las facilidades:

ADAPT: Lori Farmer  
Changepoint: Chris Farentinos  
WTFS: Lucy Zammarelli

Supervisores:

ADAPT: Susan Dimock, Steve Dimock y Lori Farmer  
Changepoint: Chris Farentinos  
WTFS: Lucy Zammarelli

Clínicos:

ADAPT: Larry Fricano, Paul Farmer, Linda Watson, Patsy Smith y Joan Anderson  
Changepoint: Mónica Rodríguez, Paula Mena, Dianna Kingdon, Gustavo Picazo, Bob Nobile, Katy McLeod, Maddy O’Callin y Michael Davis  
WTFS: Theresa Powell, Trina Renfrew, Doug Laird, Denise Zanetta, and Natalie Lock

Asistentes de la Investigación

ADAPT: Marisha Johnson y Janet Tribble  
Changepoint: Joan Weidemann y Mary Dyer-Romer  
WTFS: Davina Jones

### Nódulo “Mid-Atlantic”:

Investigador Principal: Maxine Stitzer  
Coordinador de Protocolo: Gena Britt  
Adiestrador experto: Charlotte Chapman  
Director del “CTP”: Ned Snead, “Chesterfield County CSB Substance Abuse Services”  
Supervisores: Janet Loving, Tom Mullins y Denise Pyle  
Clínicos: Tammy Bays, Blair Craig, Don Hanback, Debbie McNee, Shane Severet, Taresa Steele, Valerie Stolcis y Robin Waggoner  
Asistente de Investigación: Jennifer Ferris

### Nódulo de Nueva York:

Investigador Principal: John Rotrosen  
Coordinador de Protocolo: Erin Conner  
Adiestrador experto: Jon Morgenstern  
Directores del “CTP”: Eileen Pencer y Larry Taub, “Lower East Side Service Center”  
Supervisora: Jackie DeCarlo  
Clínicos: Yueh Shan Chan, Susan D’Addario, Christopher Dustow, Jaime Holder, Arthur Maglin y Devorah Silverman  
Asistente de Investigación: Erica Torres

### Nódulo de Nueva Inglaterra:

Investigadores a Cargo: Kathleen Carroll y Samuel Ball  
Coordinadores del Proyecto: Melissa Gordon, Julie Mathews y Bryce Libby  
Adiestrador en EM: Theresa Moyers y William R. Miller

## Referencias

- Alterman, A.I., Bovasso, G.B., Cacciola, J.S., Mcdermott, P.A., 2001. A comparison of the predictive validity of four sets of baseline ASI summary indices. (*Una comparación de la validez de predicción de cuatro conjuntos de índices del resumen del “ASI” básico*). *Psicol. Addict. Beba.* 15, 159-162.
- Alterman, A.I., Brown, L.S., Zaballero, A., McKay, J.R., 1994. Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look (Calificaciones de severidad del entrevistador y de las puntuaciones compuestas de “ASI”: un examen más detallado). *Drug Alcohol Depend.* 34, 201-209.
- Babor, T.F., Steinberg, K., Antón, R.F., Del Boca, F.K., 2000. Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials (*Hablar no cuesta: midiendo los resultados de la bebida en las pruebas clínicas*). *Stud. Alcohol* 61, 55-63.
- 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 (*Una evaluación de un taller de adiestramiento en entrevista motivacional para los clínicos de adicción y salud mental*). *Drug Alcohol Depend.* 73, 99-106.



## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

- Ball, S.A., Bachrach, K., DeCarlo, J., Farentinos, C., Keen, M., McSherry, T., Plocin, D., Snead, N., Sockriter, R., Wrigley, P., Zammarelli, L., Carrollo, K.M., 2002. Characteristics of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers (*Características de los clínicos comunitarios adiestrados para proporcionar terapias a los que abusan de sustancias usando las guías de manuales*) J. Subst. Abuse Treat, 23, 309-318.
- Beutler, L.E., Howard, K.I., 1998. Clinical utility research: an introduction (*Investigación de utilidad clínica: una introducción*) J. Clin. Psicol. 54, 297-301.
- Brown, J. Kranzler, H.R. Desboca, F.K., 1992. Self-reports by alcohol and drug abuse in patients: factors affecting reliability and validity (*Autoinformes de abuso de alcohol o drogas en pacientes: factores que afectan la confiabilidad y validez*). Addiction 87, 1013-1024.
- Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M., 2003. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials (*La eficacia de la entrevista motivacional: meta-análisis de pruebas clínicas controladas*). J. Consult. Clin. Psychol. 7, 843-861.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., Carey, M.P., 1999 Assessing readiness to change substance abuse: a critical review of instruments. Clin. Psychol.: Sci. Pract. 6, 245-266.
- Carroll, K.M., Connors, G.J., Cooney, N.L., DiClemente, C.C., Donovan, D.M., Longabaugh, R.L., Kadden, R.M., Rounsaville, B.J., Wirtz, P.W., Zweben, A., 1998. Internal Validity of Project MATCH treatments: discriminability and integrity (Validez Interna de los tratamientos del Proyecto "MATCH": diferenciabilidad e integridad) J. Consult. Clin. Psychol. 66, 290-303.
- Carroll, K.M., Farentinos, C., Ball, S.A., Crits-Christoph, P., Libby, B., Morgenstern, J., Obert, J., Polcin, D., Woody, G.E., 2002. MET meets the real world: design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network (*El Tratamiento de Entrevista Motivacional (MET) se encuentra con el mundo real: aspectos del diseño y estrategias clínicas en la Red de Pruebas Clínicas*). J. Subst. Abuse Treat. 23, 73-80.
- Carroll, K.M., Nich, C., Sifry, R. Frankforter, T., Nuro, K.F., Ball, S.A., Fenton, L.R., Rounsaville B.J., 2000. A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions (*Un sistema general para evaluar el consistencia y competencia del terapeuta en la investigación de psicoterapia en las adicciones*). Drug Alcohol Depend. 57, 225-238.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., 2003. Bridging the gap between research and practice in substance abuse treatment: a hybrid model linking efficacy and effectiveness research (*Eliminando el vacío entre la investigación y la práctica en el tratamiento de abuso de sustancias: un modelo híbrido vinculando la eficacia y la efectividad de la investigación*). Psychiatr. Serv. 54, 333-339.
- Darke, S., 1998. Self-report among injecting drug users: a review (*Auto-informe entre los usuarios de drogas que se inyectan: una revisión*). Drug Alcohol Depend. 51, 253-263.
- Darke, S., Hall, W., Heather, N., Ward, J., Wodak, A., 1991. The reliability and validity of a scale to measure HIV risk-taking behavior among intravenous drug users (*La confiabilidad y validez de una escala para medir el comportamiento de riesgo para el VIH entre usuarios de drogas intravenosas*). AIDS, 181-185.
- DiClemente, C.C., Hugues, S.O., 1990. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment (*Etapas de cambio en los perfiles del tratamiento ambulatorio de alcoholismo*). J. Subst. Abuse 2, 217-235.
- Donovan, D.M., Rosengren, D.B., Downey, L., Cox, G.C., Sloan, K.L., 2001. Attrition prevention with individuals awaiting publicly funded drug treatment (*Para prevenir el agotamiento entre los individuos que esperan por tratamiento subvencionado con fondos públicos*). Addiction, 96, 1149-1160.
- Dunn, C., Deroo, I., Rivara, F.P., 2001. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review (*El uso de intervenciones breves adaptadas de la entrevista motivacional entre campos conductuales: una revisión sistemática*). Addiction 96, 1725-1742.
- Ehrman, R.N, Robbins, S.J. 1994. Reliability and validity of a 6-month timeline report of cocaine and heroin use in a methadone population (*Confiabilidad y validez de un informe que cubre el registro de uso de cocaína y heroína durante un período de 6 meses en una población bajo metadona*). J. Consult. Clin. Psychol. 62, 843-850.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Freitas, T.T., Mcfarlin, S.K., Rutigliano, P., 2000. The timeline follow back reports of psychoactive substance use by drug-abusing patients: psychometric properties (*El registro de seguimiento informa del uso de sustancias psicoactivas de los pacientes que abusan de drogas: propiedades psicométricas*). J. Consult. Clin. Psychol. 68, 134-144.
- Harris, R.J., 1985. A Primer of Multivariate Statistics (*Un Compendio de Estadísticas de Múltiples Variables*), segunda edición. Academic Press, New York.
- Hersh, D., Mulgrew, C.L., Van Kira, J. Kranzler, H.R., 1999. The validity of self-reported cocaine use in two groups of cocaine abusers (*La validez del uso de cocaína auto-reportado en dos grupos de personas que abusan de la cocaína*). J. Consult. Clin. Psychol. 67, 37-42.
- Instituto de Medicina, 1998. Bridging the Gap Between Research and Practice: Forging Partnerships with Community-Based Drug and Alcohol Treatment (*Eliminando el vacío entre la investigación y la práctica: forjando asociaciones con el tratamiento para drogas y alcohol con sede en la comunidad*). National Academy Press, Washington, DC.
- Klein, D.F., Smith, L.B., 1999. Organizational Requirements for Effective Clinical Effectiveness Studies (*Requisitos organizacionales para estudios de efectividad clínica que sean efectivos*). Prevention and Treatment (*Prevención y Tratamiento*), segunda edición.
- Maisto, S.A., McKay, J.R., Connors, G.J., 1990. Self-report issues in substance abuse: state of the art and future directions (*Aspectos del auto-informe en el abuso de sustancias: direcciones futuras con lo último en tecnología*). Behav. Assess. 12, 117-134.
- McCambridge, J. Strang, J., 2004. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial (*La eficacia de una sola sesión de entrevista motivacional en reducir el consumo de drogas y la percepción de riesgos relacionados con drogas entre jóvenes: resultados de una prueba aleatoria de grupos en varias facilidades*). Addiction, 99, 39-52.
- McLellan, A.T., Carise, D., Kleber, H.D., 2003. Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care (*Puede de la infraestructura nacional de tratamiento en adicción resistir la demanda pública para un cuidado de calidad*). J. Subst. Abuse 25, 117-121.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argerious, M., 1992. The fifth edition of the Addiction Severity Index (*La quinta edición del Índice de Severidad de Adicción*). J. Subst. Abuse 9, 199-213.
- Miller, W.R., 1999. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment (*Aumentando la motivación para el cambio en el tratamiento para abuso de sustancias*). Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, MD.
- Miller, W.R., Delboca, F.K., 1994. Measurement of drinking behavior using the Form 90 family of instruments (*Medición del comportamiento de consumo de bebida usando el Formulario 90 de la familia de instrumentos*). J. Stud. Alcohol 12 (Suppl.), 112-117.
- Miller, W.R., Mount, K.A., 2001. A small study of training in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? (*Un pequeño estudio de adiestramiento en entrevista motivacional: ¿puede un solo taller cambiar el comportamiento del clínico y del cliente?*). Behav. Cogn. Psychother. 29, 457-471.

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA


- Miller, W.R., Rollnick, S., 1991. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior (*Entrevista Motivacional: preparando a las personas para cambiar su comportamiento adictivo*). Guilford, New York.
- Miller, W.R., Rollnick, S., 2002. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior (*Entrevista Motivacional: preparando a las personas para cambiar su comportamiento adictivo*). segunda edición, Guilford Press, New York.
- Miller, W.R., Tonigan, J.S., Longabaugh, R., 1995. The Drinker Inventory of Consequences (DRrINC): An instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse (*El Inventario de Consecuencias del Bebedor (DRrINC): un instrumento para el avalúo de las consecuencias adversas del abuso de alcohol*). Manual de Exámenes. NIAAA, Rockville, MD.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L., 2002. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (*Mesa Grande: un análisis metodológico de las pruebas clínicas de los tratamientos para los trastornos por uso de alcohol*). *Addiction* 97, 265-277.
- Miller, W.R., Yahne, C.E., Moyers, T.B., Martínez, J., Pirritano, J., M., 2004. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivation interviewing (*Una prueba aleatoria de métodos para ayudar a los clínicos a aprender la entrevista motivacional*). *J. Consult. Clin. Psychol.* 71, 1050-1062.
- Miller, W.R., Yahne, C.E., Tonigan, J.S., 2003. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial (*Entrevista motivacional en servicios para abuso de drogas: prueba aleatoria*). *J. Consult. Clin. Psychol.* 71, 754-763.
- Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C., Rychtarik, R.G., 1992. Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinician Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence (*Manual de Terapia de Aumento Motivacional: una guía de investigación clínica para tratar individuos que abusan y tienen dependencia del alcohol*). NIAAA, Rockville, MD.
- Morgenstern, J., Blanchard, K.A., Morgan T.J., Labouvie, E., Hayaki, J., 2001. Testing the effectiveness of cognitive-behavioral treatment for substance abuse in a community setting: within treatment and posttreatment findings (*Poniendo a prueba la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en un ambiente comunitario: hallazgo dentro del tratamiento y postratamiento*). *J. Consult. Clin. Psychol.* 69, 1007-1017.
- MTP Research Group, 2004. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial (*Tratamientos breves para la dependencia a la cannabis: hallazgos de una prueba aleatoria en varias facilidades*). *J. Consult. Clin. Psychol.* 72, 455-466.
- Project MATCH Research Group, 1997. Matching alcohol treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes (*Pareando los tratamientos de alcohol con la heterogeneidad del cliente: resultados del consumo de bebida postratamiento del Proyecto MATCH*). *J. Consult. Clin. Psychol.* 58, 7-29.
- Rounsaville, B.J., Petry, N.M., Carroll, K.M., 2003. Single versus multiple drug focus in substance abuse clinical trials research (*Enfoque simple contra múltiples drogas en la investigación de las pruebas clínicas de abuso de sustancias*). *Drug Alcohol Depend.* 70, 117-125.
- Rubel, E.C., Sobell, L.C., Miller, W.R., 2000. Do continuing workshops improve participants' skills? Effect of a motivational interviewing workshop on substance-abuse counselors' skills and knowledge (*¿Mejoran los talleres continuos las destrezas de los participantes? Efecto de un taller de entrevista motivacional en las destrezas y conocimiento de los consejeros de abuso de sustancias?*). *Behav. Ther.* 23, 73-77.
- Stout, P.E., Fleiss, J.L., 1979. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability (*Correlaciones entre clases: usos de evaluar la confiabilidad del calificador*). *Psychol. Bull.* 86, 420-429.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., 1992. Timeline followback: a technique for assessing self-reported alcohol consumption (*Registro diario: una técnica para evaluar el consumo de alcohol auto-informado*). En: Litten, R.Z., Allen, J. (eds.), *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods (Midiendo el consumo de alcohol: métodos psicosociales y biológicos)*. Humana Press, New Jersey.
- Sobell, L.C., Toneatto, T., Sobell, M.C., 1994. Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: current status with an emphasis on clinical applications (*Avalúo conductual y planificación de tratamiento para los problemas por alcohol, tabaco y otras drogas: situación actual con un énfasis en las aplicaciones clínicas*). *Behav. Ther.* 25, 533-580.
- Stout, R.L., Wirtz, P.W., Carbonari, J.P., Delboca, F.K., 1994. Ensuring balanced distribution of prognostic factors in treatment outcome research (*Asegurando la distribución balanceada de los factores pronósticos en la investigación del resultado del tratamiento*). *J. Stud. Alcohol* 12 (Suppl.), 70-75.
- Walters, S.T., Ogle, R., Martin, J.E., 2002. Perils and possibilities of group-based motivational interviewing (*Peligros y posibilidades de la entrevista motivacional con base grupal*). Miller, W.R., Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior (Entrevista Motivacional: preparando a las personas para cambiar su comportamiento adictivo)*. segunda edición, Guilford Press, New York.
- Wei, L.J., 1978. An application of an urn model to the design of sequential controlled clinical trials (*Una aplicación del modelo de selección aleatoria para el diseño de las pruebas clínicas controladas secuenciales*). *J. Am. Stat. Assoc.* 73, 559-563.
- Zanis, D.A., McLellan, A.T., Randall, M., 1994. Can you trust patient self-reports of drug use during treatment (*Se puede fiar de los auto-informes de uso de drogas durante el tratamiento*). *Drug Alcohol Depend.* 35, 127-132.

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

**Avalúo de Entrevista Motivacional**

**El efecto de una sesión en la retención**

Hallazgos de investigación de la Red de Trabajo de Pruebas Clínicas de "NIDA"



Transparencia 1

---

---

---

---

---

---


---

---

**Qué sabemos por la investigación**

El tratamiento de la adicción es tan exitoso como el tratamiento de otras condiciones crónicas como la diabetes, hipertensión y asma.

40%-60% porcentajes de éxito



Transparencia 2

---

---

---

---

---


---

---

---

**Qué sabemos por la investigación**

Los buenos resultados dependen de que las personas permanezcan en tratamiento por un período de tiempo adecuado.



Transparencia 3

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### Qué sabemos por la investigación

Muchas personas abandonan el tratamiento antes de que tengan oportunidad de funcionar.

El que un cliente permanezca en tratamiento depende de:

- Motivación para cambiar
- Grado de apoyo
- Presión externa (como por ejemplo del Sistema de Justicia Criminal)



Transparencia 4

---

---

---

---

---

---

---

---

### Entrevista Motivacional

La EM es especialmente útil para comprometer y retener a las personas en tratamiento.

La EM está bien desarrollada e investigada.

Los efectos de la EM son significativos y duraderos.



Transparencia 5

---

---

---

---

---

---

---

---

### Meta-análisis de 72 estudios empíricos de EM

“Efectos significativos y duraderos cuando se añade la EM al principio del tratamiento.”

- La EM aumenta la retención del tratamiento
- La EM aumenta el compromiso con el tratamiento
- La EM aumenta la motivación percibida por el personal

Hettema, J. Steele, J. & Miller, W. R. (2005). A meta-analysis of research on MI treatment effectiveness (MARMITE) – Una meta-análisis de la investigación de la efectividad del tratamiento con EM-. *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol 1.



Transparencia 6

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### ¿Qué es la Entrevista Motivacional\*?

La Entrevista Motivacional (EM) es un método **centrado en el cliente**, pero **directivo**, para aumentar la motivación **intrínseca** para el cambio al explorar y resolver la **ambivalencia**. Un consejero que usa el estilo de la EM, expresa empatía, desarrolla discrepancia, reduce la resistencia y apoya la auto-estima.

\*La EM fue descrita por primera vez por William R. Miller y Stephen Rollnick en su libro de 1991, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior* (Entrevista motivacional: preparando las personas para cambiar su comportamiento adictivo). Fue actualizado en 2002 con *Motivational Interviewing: Preparing People to Change* (Entrevista motivacional: preparando las personas para cambiar). New York: Guilford Press.



Transparencia 7

---

---

---

---

---

---

---

---

### Buenas/malas noticias

#### **Buenas noticias:**

Hay una cantidad considerable de consejeros en EEUU recibiendo adiestramiento en EM, éstos informan que están "haciendo EM" en sus sesiones.

#### **Malas noticias:**

- Las investigaciones demuestran que la mayoría de los consejeros que dicen que están haciendo EM realmente **no** lo están haciendo.
- A no ser que los consejeros graben las sesiones para que se puedan calificar después, no es posible saber si realmente están haciendo EM (o siguiendo cualquier tipo de práctica).



Transparencia 8

---

---

---

---

---

---

---

---

### Propósito principal del estudio de la Red Nacional de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés)

Probar el efecto de una entrevista de admisión basada en EM en la retención del cliente y el uso de sustancias 4 semanas después



Transparencia 9

---

---

---

---

---

---


---

---

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

**Propósito secundario**

Asegurar que las personas que están “haciendo EM” realmente sean competentes en la práctica de EM.



Transparencia 10

---

---

---

---

---

---

---

**Diseño del Estudio**


El individuo...

1. Se presenta para tratamiento
2. Completa proceso de consentimiento informado
3. Participa en el cernimiento básico
4. Se le asigna al azar a:

Avalúo estándar: 1 sesión      EM: 1 sesión

Se evalúa condición a los 28 días de distribución al azar

Condición evaluada en seguimiento de 3 meses



Transparencia 11

---

---

---

---

---

---

---


**Sesión de EM**

Las estrategias y la esencia de EM se integraron al proceso de admisión existente en las clínicas.

Concepto del “sándwich” de EM:

- Estrategias de EM durante la apertura de 20 mins.
- Transición al avalúo de admisión
- Estrategias de EM durante el cierre de 20 mins.

Se usa para distintos problemas con sustancias  
Apropiado para “los que lleguen.”



Transparencia 12

---

---

---

---

---

---

---

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### Después de la 1<sup>era</sup> sesión

Cuando se completa la primera sesión (ya sea la estándar o la que tiene integrada la EM), los participantes reciben el **tratamiento usual** que esté vigente en la clínica.



Transparencia 13

---

---

---

---

---

---

---

---

### ¿Qué se mide?

#### Resultados principales

- *Retención* en la clínica (cantidad total de sesiones, % que sigue en tratamiento a los 28 y 84 días)
- *Uso de sustancias* (# de días antes de que se use la sustancia principal)

#### Resultados secundarios

- *Funcionamiento psicosocial* (puntuación compuesta de ASI, *Addiction Severity Index*)
- *comportamientos de riesgo de VIH* (puntuaciones de HRBS, *HIV Risk Behavior Scale*)



Transparencia 14

---

---

---

---

---

---

---

---

### ¿Quién estuvo involucrado?

5 programas de tratamiento en la comunidad (CTPs, community treatment programs )

- 3 en Oregon
- 1 en New York
- 1 en Virginia

Clínicos, supervisores, administradores, directores de cada una de las facilidades

Investigadores colaborando con el personal del programa

Adiestradores en Entrevista Motivacional



Transparencia 15

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### Vistazo a los participantes

Edad promedio = 32  
40% mujeres  
76% blancos  
21% casados  
32% referidos por el sistema de justicia criminal  
12 años promedio de educación  
Alcohol como problema principal (48%)  
seguido de marihuana, cocaína, estimulantes



Transparencia 16

---

---

---

---

---

---

---

---

### Hallazgos

1. El estudio fue factible y se completó a tiempo.
  - 4 de cada 5 facilidades lograron el objetivo de reclutar 100 participantes
  - Desde que se matriculó el primer participante hasta que se le dio seguimiento al último, transcurrieron 21 meses
2. Tres cuartas partes de los participantes en el estudio recibieron seguimiento en un término de 12 semanas.
  - 77% en un mes
  - 75% a los 3 meses (entre 66%-84%)



Transparencia 17

---

---

---

---

---

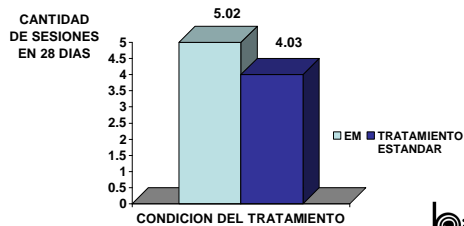
---

---

---

### Hallazgos

3. Las personas que recibieron EM completaron más sesiones en 4 semanas que los que recibieron una admisión estándar.



Transparencia 18

---

---

---

---

---

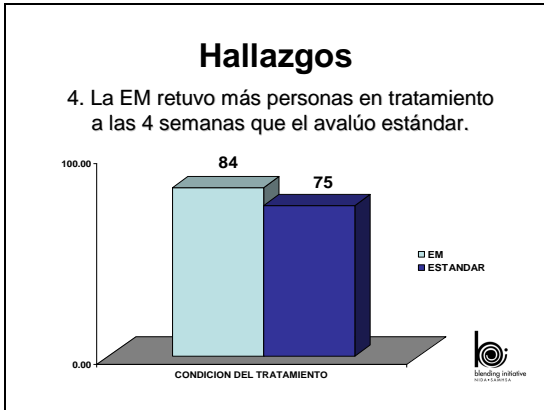
---

---

---



## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA



Transparencia 19

---

---

---

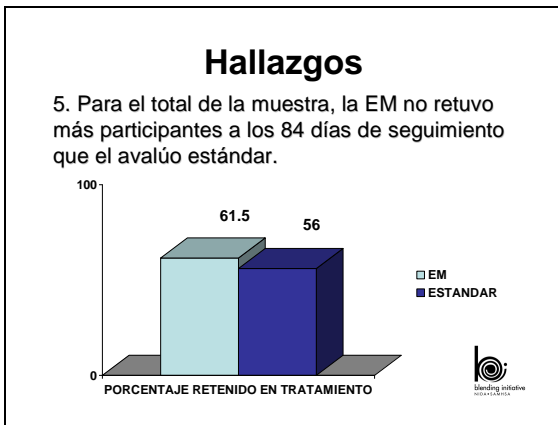
---

---

---

---

---



Transparencia 20

---

---

---

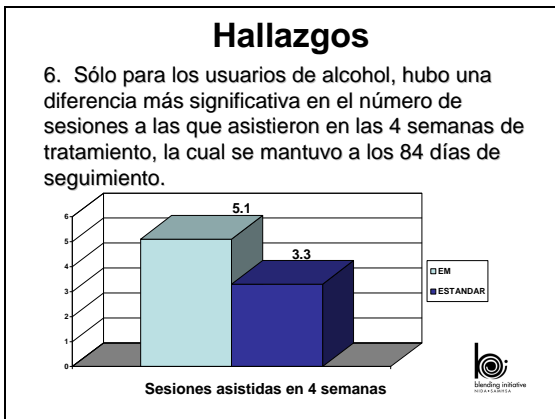
---

---

---

---

---



Transparencia 21

---

---

---

---

---

---

---


---

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

**¿Por qué es importante este estudio?**

1. Demostró que se pueden desarrollar las destrezas de EM a través del adiestramiento y ser utilizadas con un nivel elevado de consistencia con el Modelo cuando se usan:

- Sesiones grabadas
- Codificaciones de cintas
- Supervisión clínica



Transparencia 22

---

---

---

---

---

---


---

---

**¿Por qué es importante este estudio?**

2. Demostró que una sesión de EM mejoraba la retención.

Los clientes que recibieron el avalúo de EM tenían más probabilidad de mantenerse en terapia cuatro semanas después y de haber asistido a más sesiones que los clientes que recibieron un avalúo regular.



Transparencia 23

---

---

---

---

---


---

---

---

**¿Cómo lograr estos efectos?**

- Presentar la EM en **una** entrevista de avalúo
- Adiestrar a los consejeros y supervisores en EM
- Proporcionar supervisión constante de EM
- Grabar las sesiones de consejería
- Adiestrar supervisores en un sistema simple de calificación de cintas
- Calificar las sesiones de consejería con regularidad
- Usar la información de las cintas y las calificaciones para aumentar el compromiso con, y la competencia en, EM
- De ser posible, usar un estilo de EM en la supervisión (lo que creemos sin evaluar)



Transparencia 24

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sección D: Resultados de las Pruebas Clínicas de NIDA

### Bibliografía de EM

Para más información acerca de los estudios de EM llevados a cabo internacionalmente, con varias poblaciones y con distintas clases de problemas, refiérase a:

[motivationalinterview.org/library/biblio.html](http://motivationalinterview.org/library/biblio.html)



Transparencia 25

---

---

---

---

---

---

---

---



## Sección E

### Herramientas de Enseñanza para Supervisión

<b>Herramienta</b>	<b>Página</b>
1. Estilos y Trampas de la EM	2
2. Sándwich de Avalúo de EM	5
3. Principios de EM	7
4. Usando sus “OARS”	11
5. Etapas de Cambio	14
6. Reflexiones	17
7. Explorando la Ambivalencia	21
8. Extrayendo Aseveraciones Auto-motivacionales	25
9. Avaluando la Preparación para el Cambio	28

## **Estilo y Trampas de EM**

La Entrevista Motivacional no es una técnica sino más bien un estilo, una manera que facilita la forma de ser con las personas. La EM es una interacción centrada en el cliente, empática, pero también directiva, diseñada para explorar y reducir la ambivalencia y resistencia inherentes y para fomentar la auto-motivación para el cambio positivo en las personas que se presentan a tratamiento por abuso de sustancias.

**Colaboración** - La EM requiere que el terapeuta se relacione con el cliente sin emitir juicio, de forma colaboradora. La experiencia y las perspectivas personales del cliente proporcionan el contexto dentro del cual se facilita el cambio, en lugar de imponerse.

**Evocación** - El tono del entrevistador no es de alguien que imparte sabiduría, discernimiento o realidad, sino más bien de alguien que extrae el punto de vista interno del cliente. El consejero extrae ideas, sentimientos y deseos del cliente. Conocer la motivación, encontrar la motivación intrínseca para el cambio y sacarla a flote para discutirla, es la esencia de la EM.

**Autonomía** - La responsabilidad para el cambio se deja totalmente al cliente. Se respeta la autonomía individual. El estilo de la EM comunica seguridad y apoyo, primero mediante una ausencia de confrontación o persuasión y segundo, mediante la aceptación del cliente.

**Fluir con la resistencia** - Cuando se opone la resistencia se suele reforzar. Sin embargo, la resistencia se puede convertir o reformular ligeramente para crear un momento propicio para el cambio. El entrevistador no opone resistencia directamente, sino más bien se desenvuelve y fluye con ésta. La renuencia y ambivalencia no se enfrentan, sino que se reconocen como naturales y comprensibles. El entrevistador no impone metas o puntos de vista nuevos, sino que invita al cliente a considerar información nueva y le ofrece perspectivas nuevas.

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

El entrevistador no se siente obligado a responder a una objeción o resistencia por parte del cliente. En la EM, el entrevistador suele hacer que la pregunta o el problema regresen a la persona y recaen en los recursos personales del cliente encontrar soluciones para sus problemas. Fluir con la resistencia incluye involucrar a la persona activamente en el proceso de la solución de problemas. La resistencia es una señal para el entrevistador de que el cambio se acerca. La forma en que responda el entrevistador, influirá en cuanto a si la resistencia aumenta o disminuye.

**Trampas** - Los entrevistadores de EM han descubierto una cantidad de “trampas” que evitan que se pueda usar completamente el estilo de EM al trabajar con clientes que abusan de sustancias. Aquí hay algunas de las trampas más comunes en las que pueden caer los consejeros.

- 1. Trampa de Pregunta-Respuesta.** Establecer la expectativa de que el terapeuta hará preguntas y el cliente las responderá, fomenta la pasividad del cliente. Esta trampa puede aparecer inadvertidamente cuando se hacen muchas preguntas específicas relacionadas con los formularios que se completaron al principio del tratamiento. Considere hacer que los clientes llenen los cuestionarios con anticipación, o espere al final de la sesión para obtener todos los detalles que necesite. Hacer preguntas abiertas, dejar al cliente que hable y escuchar atentamente, son algunas formas de evitar caer en esta trampa.
- 2. Trampa de Etiquetar.** Los diagnósticos y otras etiquetas representan un obstáculo común para el cambio. No hay ninguna razón persuasiva para usar etiquetas y el cambio positivo no depende de la aceptación de una etiqueta de diagnóstico. Con frecuencia, es mejor evitar las etiquetas de ‘problemas’ o reenfocar la atención. Por ejemplo: “Las etiquetas no son importantes. Usted es importante y me gustaría oír más acerca de...”
- 3. Trampa de Enfoque Prematuro.** Cuando un consejero insiste en hablar de su concepto del “problema” y el cliente tiene preocupaciones diferentes, el consejero cae en la trampa y pierde contacto con el cliente. El cliente se pone a la defensiva e inicia una lucha para ser entendido. Para evitar caer en la trampa, comience con la preocupación del cliente en lugar de con su avalúo del

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

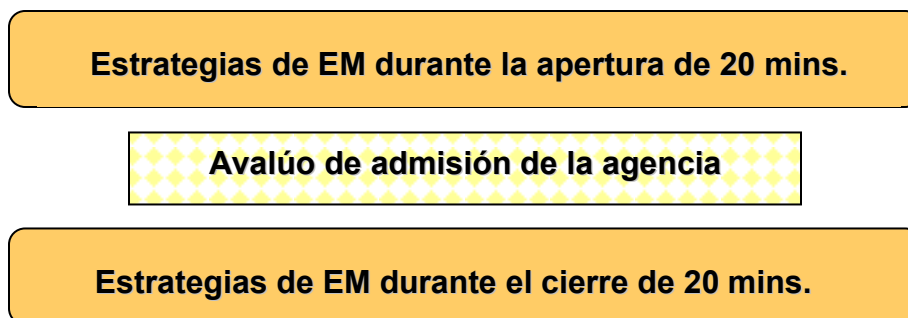
problema. Más adelante, la preocupación del cliente puede conducir a su diagnóstico inicial de la situación.

- 4. Trampa de Tomar Posición.** Cuando detecte que cierta información le indica la presencia de un problema y comienza a decir al cliente cuán serio es y qué hacer al respecto, usted ha tomado una posición. Esto podría desencadenar argumentos de oposición de que “aquí no hay problema” por parte del cliente. Mientras argumenta a favor de su punto de vista, el cliente puede defender la otra posición y en esta situación usted podría hacer que el cliente no quiera cambiar. Usted va a evitar tomar posiciones
- 5. Trampa de Culpa.** Algunos clientes expresan una posición defensiva al culpar a otros por su situación. Es útil diluir la culpa al explicar que echar culpas no es uno de los propósitos de la consejería. Escuchando atentamente y reformulando, usted podría decir: “Quién es culpable no es tan importante como sus preocupaciones acerca de la situación”.
- 6. Trampa del Experto.** Cuando usted da la impresión de que tiene todas las respuestas, lleva al cliente a asumir un rol pasivo. En la EM, el cliente es el experto acerca de su situación, valores, metas, preocupaciones y destrezas. En el estilo de consejería de la EM, usted busca la colaboración y ofrece a sus clientes la oportunidad de explorar y resolver la ambivalencia por su cuenta.

### Concepto del Sándwich de Avalúo

El protocolo de Avalúo de EM se puede conceptualizar como un “sándwich de EM” en el que un proceso de avalúo estándar más estructurado (completar o revisar instrumentos completados) se coloca entre dos intervenciones de EM centradas en el cliente. Esta diseñada como una sesión simple que empieza con una discusión de EM usando “OARS” (Paso 1), luego pasa despacio a un avalúo más formalizado o una revisión de instrumentos de avalúo ya completados (Paso 2), y luego regresa a una discusión de EM para el cambio (Paso 3).

#### Concepto del Sándwich de Avalúo de EM:



**Paso 1: La capa de arriba del sándwich de EM** implica desarrollar afinidad y usar las micro-destrezas de “OARS” para conseguir que el cliente discuta la percepción de sus problemas. Durante este paso, el consejero tiene posibilidades de obtener una idea de la preparación inicial para el cambio del cliente y qué clases de resistencias pueden surgir.

**Paso 2: El medio del sándwich de EM** implica alguna forma de avalúo psicosocial (“Addiction Severity Index” o el avalúo clínico estándar) o la revisión de avalúos que ya se han completado y que se pueden usar para facilitar una discusión acerca de los efectos del uso de sustancias en distintas áreas del funcionamiento del cliente. Durante la entrevista, el consejero conseguirá más información acerca de las preocupaciones del cliente y qué quiere del



## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

tratamiento. Cuando termine, el consejero puede resumir la información obtenida por medio del instrumento o regresar a ítems específicos para seguir con la discusión usando un estilo de EM antes de pasar al Paso 3.

**Paso 3: La capa inferior del sándwich de EM** se concentra en las estrategias para extraer el cambio o manejar la resistencia. La meta del Paso 3 dependerá mucho del nivel de preparación del cliente en términos de la importancia que perciba del cambio y la confianza en ser capaz de lograrlo. La meta final es desarrollar un “plan de cambio”.

**Nota a los Supervisores y Mentores:** Usted puede introducir cualquier parte del “sándwich de EM” en el proceso de mentoría. La idea es que puede que quiera empezar por repasar la porción inicial (paso 1) para evaluar y proporcionar guías sobre la creación de destrezas con las micro-destrezas de EM, como las “OARS”, antes de pasar a una destreza más avanzada (paso 3) que agrupe toda la información para establecer un plan de cambio. Para información más detallada, véase la descripción en detalle del protocolo de Avalúo de EM.

## Principios de EM

En la EM usted proporciona una reacción moderada, se desenvuelve con la resistencia (por ejemplo, evitando los argumentos, cambiando el enfoque) y usando un acercamiento de apoyo, cálido, libre de juicios y colaborador. Usted transmite sensibilidad empática a través de las palabras y el tono de voz, y demuestra un interés genuino y conciente de las experiencias del cliente. Sigue la dirección del cliente en la discusión, en lugar de estructurar la discusión de acuerdo a su agenda. Cuatro principios componen el “gran cuadro” de la EM y son la base de todos los aspectos del acercamiento:

- **Expresar Empatía**
- **Desarrollar Discrepancia**
- **Fluir con la Resistencia**
- **Apoyar la Auto-Eficacia**

Una forma de recordar los principios es con la repetición de letras: **EE – DD – FR – AA.**

**Expresar Empatía.** La empatía ha sido llamada el principio definidor de EM. La empatía es un término que se usa vagamente en los círculos de terapia, ¿pero qué quiere decir en realidad? Una definición (del Webster’s) es: *la capacidad para participar de los sentimientos e ideas de otro.* Otra forma de pensar en la empatía viene de Carl Rogers, quien popularizó el término como uno de los tres pilares esenciales de la terapia centrada en el cliente. Empatía significa la aceptación y el entendimiento de la perspectiva y sentimientos de otro de una forma neutral, sin juzgar o evaluar de ninguna manera. La neutralidad es la clave porque la aceptación no necesariamente significa aprobación o acuerdo. Típicamente, la palabra “escuchar” se asocia con la empatía, ya que uno tiene que realmente escuchar y oír al otro para poder ser capaz de entender, aceptar y sentir empatía hacia la otra persona. Escuchar atentamente y reflexionar son formas de transmitir empatía usando la EM. Para más información, véase Reflexiones (Herramienta de Supervisión Núm. 6) más adelante en esta sección.

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

**Desarrollar Discrepancia.** Al desarrollar discrepancia es que la EM se aleja de un acercamiento centrado en el cliente o un acercamiento humanístico, porque es específicamente directivo. La discrepancia que quiere crear un consejero de EM, es entre la forma en que están las cosas en el presente y la forma en que a una persona le gustaría que estuviesen las cosas. Uno de los propósitos de usar un acercamiento de EM, es ayudar a la persona a “salir del atasco” de los sentimientos ambivalentes que la mantienen bajo los mismos patrones de comportamiento. Al desarrollar la discrepancia entre dónde se encuentra una persona en la vida y dónde quiere estar, el consejero está ayudando al cliente a determinar cuán importante puede ser un cambio. Idealmente, un cliente se motivará ante la discrepancia percibida entre su comportamiento actual y las metas o valores importantes que tenga.

Típicamente, es más útil si el cliente habla acerca de las razones para el cambio, en lugar de que sea el consejero el que hable. Parte del desarrollo de la discrepancia es conseguir planteamientos por parte de los clientes acerca de la importancia de lograr las metas futuras o hacer cambios a su estado actual. Cuando un comportamiento actual está en conflicto con las metas generales en la vida como estar saludable, vivir una existencia productiva y proveer a la familia, concentrarse en la discrepancia, puede proporcionar motivación para el cambio.

A pesar de que la cantidad de formas para desarrollar discrepancia con un cliente probablemente esté limitada por la creatividad de uno, algunos de los métodos comunes que se usan en la EM son de la actividad “Balance Decisional” (en el que las ventajas/desventajas del comportamiento actual y las ventajas/desventajas de cambiar se desglosan en una lista que prepara el cliente) y los ejercicios de clarificación de valores. Para más información, véase Explorando la Ambivalencia (Herramienta de Supervisión Núm. 7) más adelante en esta sección.

**Fluir con la Resistencia.** Argumentar con un cliente para el cambio probablemente desencadenará un argumento en contra, que el consejero puede sentir (o considerar) como “resistencia.” En la EM, la “resistencia” se considera como una señal, un semáforo rojo, y el momento para hacer algo más. Cuando usted

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

experimente lo que tradicionalmente se ha llamado resistencia – el cliente suena desinteresado o desmotivado o sin estar preparado para el cambio – en los términos de EM, usted “fluye” con la misma. Fluir significa salirse del camino de la resistencia y no involucrarse para tomar parte. Una metáfora de Jay Haley y de la familia de terapeutas estratégicos de familia, se toma prestada con frecuencia para explicar que fluir con la resistencia es como un “judo psicológico”. En el arte marcial del judo, el ataque de otro no se recibe con la oposición directa, sino más bien usando el impulso del atacante para lograr ventaja. En lugar de pelear en contra del atacante, uno “fluye” con el impulso del otro o su energía y, en efecto, se protege al reducir la resistencia. Para estrategias específicas para fluir, véase Fluyendo con la Resistencia (Herramienta de Supervisión Núm. 10).

**Apoyar la Auto-eficacia.** La auto-eficacia es un término que popularizó Albert Bandura en la década de los 80 como un pilar de la Teoría de Aprendizaje Social. Significa la creencia de una persona en su habilidad para llevar a cabo un acto o comportamiento específico. Es similar a la confianza en uno mismo, pero es más específica y está vinculada a una actividad o comportamiento en particular. La auto-eficacia es crítica en la EM, pues refleja la actitud de “puedo hacer” en lugar de “no puedo hacer”, que puede crear o destruir un esfuerzo por cambiar. Si uno siente que hacer un cambio es muy importante, pero no tiene idea de cómo lograrlo, es muy probable que una auto-eficacia tan baja para hacer el cambio, ponga en riesgo el intento de hacer el cambio. Una forma de evaluar la auto-eficacia es por medio del uso de una medición simple que se describe en Evaluando la Preparación para el Cambio (Herramienta de Supervisión Núm. 9). En lugar de preguntar a los clientes cuán listos están para hacer un cambio, pregunte cuán confiados se sienten en una escala del uno al 10 para hacer el cambio específico que estén discutiendo.

La parte “de apoyo” de este principio, hace alusión en parte al poder de las expectativas. Cuando un consejero cree en un cliente y es capaz de transmitirlo, es probable que el cliente crea más en su habilidad para lograr el cambio. Un consejero de EM apoya y aumenta la creencia de un cliente en que logrará hacer un cambio. No depende del consejero tomar la decisión para el cambio, sino más bien es el cliente

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

quien es responsable de tomar esta decisión y de llevarla a cabo. El consejero ayuda a proporcionar el contexto que conduzca al cambio.

Otra estrategia para aumentar la auto-eficacia, es explorar los éxitos pasados de un cliente (en cuanto a su comportamiento u otros comportamientos). El consejero anima al cliente a que aplique en la situación actual lo que le haya funcionado. Por ejemplo, si un cliente ha dejado alguna otra sustancia como la nicotina, un consejero puede facilitar una discusión en torno a qué pasos tomó el cliente para tener éxito en el cambio de ese comportamiento. Otra estrategia es el *desarrollo de destrezas*. Por ejemplo, si alguien valora usar condones, pero tiene una auto-eficacia baja en cuanto a negociar su uso con su pareja, trabajar con sus estrategias de comunicación y afirmación, podrían darle la confianza en este comportamiento.



### Usando los “OARS”

Usar “OARS” le ayuda a navegar una discusión con el cliente a través de ríos rápidos de resistencia y maniobrar con su consejería hacia aguas más calmadas de cambio. Los Drs. William R. Miller y Stephen Rollnick, los desarrolladores de la Entrevista Motivacional, combinaron cuatro métodos básicos de la EM para formar el acrónimo “OARS” (equivalente de “remos “en español). Usar sus “OARS” puede ser especialmente útil temprano en el proceso de la terapia cuando se inicia el desarrollo de la afinidad, y puede ser útil en otros momentos a lo largo de la consejería. Usar “OARS” también le ayuda a *evitar* aguas turbias o *manejar* la resistencia. “OARS” son las siglas que representan lo siguiente:

- Preguntas abiertas (**O**pen-ended questions)
- Afirmaciones (**A**ffirmations)
- Escuchar atentamente (**R**eflective listening)
- Resúmenes (**S**ummaries)

**Formular preguntas abiertas:** Hacer preguntas abiertas en contraste con preguntas cerradas ayuda a los clientes a empezar a hablar. Una pregunta abierta no invita a dar una respuesta de una sola palabra, sino más bien anima al cliente a tomar control de la dirección de la respuesta, lo que puede ayudar a hacerle sentir más seguro y capaz de expresarse. Cuando un consejero comienza formulando varias preguntas cerradas, es probable que cause que el cliente responda con frases cortas y caiga en un rol pasivo esperando que el consejero le pida información. En cambio, con las preguntas abiertas, un consejero determina un tono interesado, abierto y colaborador. Entonces, un cliente tendrá más probabilidad de proporcionar más información, explorar temas que le preocupen y revelar lo que sea más importante.

Ejemplos de preguntas abiertas:

- **¿De qué** clase de cosas le gustaría hablar?
- **¿Cómo** empezó a beber?
- **¿Qué** cambiaría en su vida si dejara el consumo?

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

- **¿De qué** forma piensa que fumar Marihuana está relacionado con los problemas matrimoniales de los que habla?

Ejemplos de preguntas cerradas que no son apropiadas para la colaboración y son inconsistentes con la EM:

- ¿No cree que su esposa e hijos han sufrido bastante debido a su consumo?
- La idea de su amiga en cuanto a que debería parar su uso, ¿no es realmente buena?
- ¿Ha pensado alguna vez irse por las escaleras en lugar de esperar con frustración un ascensor para subir tres pisos?

Ejemplos de preguntas cerradas que son relativamente neutrales:

- ¿Hay cosas buenas acerca de su uso de drogas?
- ¿Cuánto tiempo lleva preocupada con su uso de drogas?

**Afirmaciones para el Cliente:** En la EM, las afirmaciones son planteamientos genuinos, directos y de apoyo durante las sesiones de consejería que usualmente van dirigidas a algo específico y orientadas hacia el cambio que ha hecho el cliente. Estos planteamientos demuestran que el consejero entiende y aprecia al menos parte de con lo que el cliente esté lidiando. Además, brinda apoyo al cliente como persona. Por ejemplo:

- Aprecio su honestidad (si sabe que está siendo honesta).
- Puedo ver que cuidar a sus hijos es importante para usted.
- Demuestra compromiso por regresar a la terapia.
- Tiene buenas ideas.

El punto de las afirmaciones es señalar y reconocer el esfuerzo y la fortaleza del cliente.

**Escuchar atentamente:** Escuchar atentamente y formular reflexiones es una forma de ser empático. Escuchar atentamente es quedarse callado y escuchar activamente al cliente y luego responderle con un planteamiento que refleje la esencia de lo que el cliente acabe de decir, o lo que haya querido decir. Véase *la Hoja Suelta para Practicar Reflexiones*.

**Proporcionar Resúmenes:** Los resúmenes cumplen varios propósitos:

1. Comunicar que ha seguido lo que el cliente dijo y que tiene un entendimiento del cuadro general.
2. Ayudan a estructurar una sesión en la que ni el cliente ni el consejero se alejan de los aspectos importantes y pueden ayudar a vincular lo que el cliente acaba de decir con algo que haya dicho de forma voluntaria anteriormente.
3. Proporcionan una oportunidad para enfatizar ciertos elementos de lo que el cliente ha dicho. Por ejemplo, proporcionar resúmenes de los planteamientos positivos que haya hecho un cliente acerca del cambio (intercambio de ideas) da al cliente otra oportunidad para oír lo que acaba de decir en el contexto en que lo proporciona el consejero.

Los resúmenes representan planteamientos en un intercambio de ideas (planteamientos que hacen las personas en dirección al cambio) vinculados por medio de la reflexión del consejero. Después de haber usado “OARS” durante varios minutos, se debe proporcionar un resumen como una forma de verificar si el consejero está “captando” lo que el cliente está tratando de transmitir. Por ejemplo: “Bueno Sandra, déjame asegurarme de que entendí esto bien. Usted se preocupa mucho por sus hijos y no quiere arriesgarse a que servicios sociales intervenga. Usted cree que necesita cambiar las relaciones personales que implican consumo y no está segura de cómo hacerlo. ¿Es eso?” Otro final posible podría ser decir: “¿Qué otra cosa podría añadir?” el cliente le corregirá si está equivocado y entonces usted podrá volver a reflexionar para afirmar que estaba escuchando y que captó.



### **Etapas de Cambio**

Los investigadores han encontrado que las personas tienden a atravesar por el mismo proceso cuando hacen cambios y que este proceso se puede conceptualizar en una serie de etapas de cambio. El modelo de las Etapas de Cambio, parte del Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1984), representa este proceso por el que pasan las personas cuando logran con éxito hacer cambios en sus vidas. Puesto que éste es un modelo de cómo cambian las personas en lugar de una teoría de psicopatología, permite a los consejeros por medio de las orientaciones teóricas que difieren, compartir una perspectiva común.

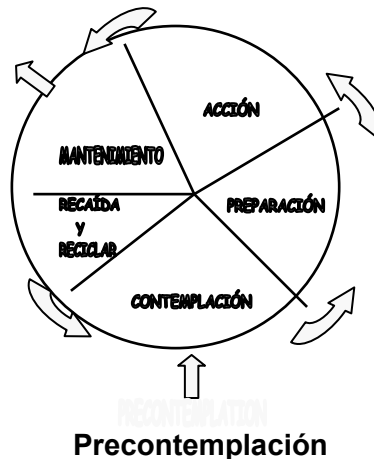
#### **Definiciones Breves de cada Etapa de Cambio**

<b>ETAPA</b>	<b>DEFINICIÓN BÁSICA</b>
1. PRECONTEMPLACIÓN	Una persona no está viendo una necesidad para un cambio en el estilo de vida o comportamiento
2. CONTEMPLACIÓN	Una persona está considerando hacer un cambio, pero no se ha decidido aún
3. PREPARACIÓN	Una persona ha decidido hacer cambios y está considerando cómo hacerlos
4. ACCIÓN	Una persona está haciendo algo activamente para cambiar
5. MANTENIMIENTO	Una persona está trabajando para mantener el cambio o estilo de vida nuevo, posiblemente con algunas tentaciones para recaer en el comportamiento anterior o con recaídas pequeñas

La EM y las etapas de cambio, son complementarias dentro del contexto de entender el cambio. La EM se usa para ayudar a las personas a cambiar. Dentro del

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

espíritu de la EM, se encuentra la necesidad de juntarse con los clientes/supervisados en el punto en que se encuentren. Las etapas de cambio ayudan a identificar cuando una persona se encuentra en el proceso del cambio. Un consejero usará diferentes estrategias de la EM con los clientes en distintas etapas para ayudarles a moverse a través del cambio.



Esta gráfica representa las etapas en una rueda, en lugar de con un modelo en forma lineal. Las Etapas del Cambio son dinámicas; una persona puede atravesarlas una vez o reciclar algunas varias veces antes de tener éxito y mantener con el paso del tiempo un cambio en el comportamiento. Además, los individuos pueden ir hacia atrás y hacia adelante entre varias etapas con un problema en particular o pueden estar simultáneamente en diferentes etapas de cambio para dos o más comportamientos.

### **Puntos claves sobre el uso de EM con clientes en etapas de cambio iniciales:**

Precontemplación y Contemplación:

Aplicar la EM en la precontemplación es una respuesta a la resistencia.

El consejero sigue la dirección de los clientes.

El consejero permanece con el cliente en la etapa en que éste se encuentre.

Los ejemplos funcionan bien en las etapas iniciales pues una idea fija podría prevalecer.

Se estima que 80% de las personas están en contemplación o precontemplación.

**Puntos claves sobre el uso de EM con clientes en etapas de cambio tardías:**

Preparación, Acción y Mantenimiento:

La motivación para continuar con el proceso de cambio fluctúa, al igual que la ambivalencia.

La EM se usa para facilitar el intercambio de ideas al hablar en las etapas de preparación, acción y mantenimiento.

La EM está entrelazada a lo largo de todo el proceso de creación de destrezas para poder mantener la preparación del cliente para el cambio.

La EM se usa mientras los clientes están en transición a través de las etapas y embarcan en el cambio de otros comportamientos adictivos.

## Reflexiones

**Escuchar atentamente** es escuchar respetuosa y activamente para entender genuinamente qué es lo que el cliente está tratando de decir. Usted puede demostrar que escucha y entiende a otra persona al hacer **Planteamientos Reflexivos o “Reflexiones”**. La empatía se puede sentir cuando uno escucha con atención y oye reflexiones.

- ◆ El **primer paso** al escuchar atentamente es *escuchar* cuidadosamente y pensar reflexivamente. La clave para hacerlo es pensar en términos de hipótesis. Esto significa que cuando oye a alguien decir algo, usted forma una hipótesis o una buena suposición en cuanto a lo que el cliente quiere decir.
- ◆ El **segundo paso** es la acción que resulta de escuchar: formular reflexiones. Usted pone a prueba su suposición al reflexionar reformulando lo que cree que acaba de oír. Es algo como preguntar: “¿Quiere decir....?” sin usar sus palabras en forma de pregunta.

Esto requiere diferenciar un planteamiento de una pregunta. Aunque hacer preguntas tiene un papel grande en la terapia, pierde énfasis ante escuchar atentamente y formular reflexiones. Esto significa que su tono de voz *baja* al final de planteamiento en lugar de subir como si fuera una pregunta. Piense en la oración: “Está enojado con su mamá.” Dígalo en voz alta de las dos formas: “¿Está enojado con su mamá?” (Suba la voz al final como si fuera una pregunta), luego: “Está enojado con su mamá.” (Baje la voz al final como si fuera un planteamiento). Considere la diferencia sutil en el tono y significado. Puede que se sienta raro al formular un planteamiento en lugar de una pregunta cuando esté escuchando a alguien y quiere tratar de hacer una hipótesis. Sin embargo, los planteamientos de reflexión funcionan mejor que las preguntas para transmitir empatía y aumentar cuanto habla el cliente. Una pregunta solicita una respuesta. Cuando un cliente siente la necesidad de contestar a una pregunta, tiene un efecto ligero de crear distancia. Un planteamiento no exige una

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

repuesta. El interlocutor puede seguir con lo que estuviera diciendo o simplemente puede parar y pensar en lo que se le acaba de exponer como reacción a lo que acaba de decir. Las reflexiones se pueden usar estratégicamente para enfatizar los aspectos del punto de vista, la emoción, la ambivalencia y el intercambio de ideas al hablar del cliente. Al usar una reflexión, el consejero está tratando de captar lo que la persona quiere decir y reformularlo. El cliente ve al consejero como que le escucha cuidadosamente y es empático.

### **Nivel de Reflexiones**

1. *Repetir* – El primer nivel o el más cerca de la superficie es simplemente repetir lo que alguien acaba de decir.
2. *Refrasear* –El próximo nivel de reflexión es refrasear lo que una persona acaba de decir con substitución de unas pocas palabras que puedan cambiar ligeramente el énfasis.
3. *Parafrasear* – Aquí usted replantea considerablemente lo que la persona acaba de decir. Esto suele incluir que el oyente infiera el significado de lo que se dijo y que lo reformule para el interlocutor. Se puede entender como si fuera la próxima oración que con toda posibilidad podría decir el interlocutor. Esto no es lo mismo que terminar las oraciones de otra persona.
4. *Sentimiento reflexivo*– Es una forma especial de parafrasear pues logra el nivel más profundo de reflexión ya que usted no está reflejando el contenido necesariamente, sino el sentimiento o la emoción en el fondo de lo que la persona está diciendo.

Generalmente, las reflexiones más simples se usan al inicio de una reunión con alguien y las más profundas se intentan según el consejero va obteniendo un entendimiento mayor de la perspectiva y sentimientos del cliente. Aumentar la profundidad de la reflexión es señal de un aumento en la competencia.

### Tipos de Planteamientos Reflexivos

1. **Reflejo Simple.** Este es el reconocimiento más básico de lo que acaba de decir alguien. Es replantear lo que el cliente dijo sin añadir nada. Algunas veces, por medio del cambio sutil en palabras, una reflexión simple puede lograr un cambio en el énfasis.

Cliente: Me está volviendo loco tratando de hacer que lo deje.

Consejero: Sus métodos realmente le están molestando.

Cliente: No tengo nada que decir.

Consejero: No se siente muy hablador hoy.

2. **Reflejo Amplificado.** Con este tipo de reflexión, transmite lo que la persona acaba de decir de una forma ligeramente ampliada o exagerada. **PRECAUCIÓN:** asegúrese de que lo hace genuinamente porque cualquier indicio de sarcasmo puede provocar una reacción de enfado y se puede percibir como poco empático. Con frecuencia, la reflexión amplificada provocará que el cliente clarifique o elabore sobre un aspecto importante de lo que dijo, especialmente cuando lo que se amplió reveló resistencia.

Cliente: Todos mis amigos fuman Marihuana y no me veo dejándola.

Consejero: Así que probablemente siga fumando toda la vida.

Una posible reacción podría ser: Bueno, no, creo que sí la dejaré cuando tenga una familia. (Hace que el cliente comience a pensar en la dirección contraria)

Cliente: No sé por qué todo el mundo le está dando tanta importancia a mi consumo de bebida. No bebo tanto.

Consejero: No hay razón para ninguna preocupación.

Una posible reacción podría ser: Bueno, algunas veces se me va la mano.

3. **Reflejo desde dos ángulos.** La intención de una reflexión desde dos ángulos es transmitir empatía. Estos planteamientos pretenden capturar los dos lados de la ambivalencia de una persona. Al usarlos, puede reformular tanto las ventajas como las desventajas de lo que acaba de decir el cliente, o por lo menos

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

insinuarlas. Típicamente, las dos caras se unen con la frase: “por un lado”. Las reflexiones desde dos ángulos tienen el bono de resumir, así como de demostrar también que usted oyó al cliente y proporcionan la oportunidad de unir los planteamientos discrepantes.

Cliente: Sería terrible perder mi trabajo por una política estúpida debido a que he estado usando drogas, pero de ninguna manera quiero dejar de fiestar porque tenga esa presión encima.

Consejero: Por un lado, usted valora su trabajo porque le permite vivir cómodamente, pero también disfruta usar drogas con sus amigos.

Cliente: Sería bien difícil mantenerme dentro de un plan de ejercicios.

Consejero: Por un lado, tratar de seguir un plan de ejercicios específico parece desalentador y, por otro lado, piensa que su auto-estima mejoraría si perdiese peso (la segunda parte ya se había dicho anteriormente en la sesión).

### **Explorando la Ambivalencia**

Una presunción clave de la EM es que las personas no suelen venir a terapia listas para cambiar. Esto no significa que no quieran cambiar sino más bien que se sienten de dos formas ante el cambio: quieren cambiar y quieren que las cosas sigan igual. Quedarse igual a menudo representa comodidad, familiaridad y ciertos placeres. Para poder “inclinarse la balanza” hacia el cambio, las razones para cambiar necesitan ser más fuertes que las razones para seguir igual.

Pretenda que el círculo de abajo representa la ambivalencia. Una forma de verlo es que cada uno de los lados representa una forma de pensar en cuanto al cambio. El lado derecho representa la parte de una persona que sí quiere cambiar.



- ◆ ¿Qué es más probable que suceda cuando presiona o argumenta con la parte de un cliente que quiere cambiar, animándole a cambiar el comportamiento y señalando todas las razones para cambiar?
- ◆ Típicamente, el cliente se sentirá inclinado a hablar de la otra parte: la parte que no quiere cambiar.



## ¿Por qué es común la Ambivalencia?

Este fenómeno ocurre porque el cliente se siente de dos formas hacia el cambio. Cuando se intenta convencerle de todas las razones para hacer un cambio, un cliente siente la necesidad de presentar el otro lado de la historia, pues es tan importante como la que está reformulando el consejero. Cuanto más argumente el consejero su punto a favor del cambio, más defenderá el cliente el punto o argumento opuesto para no cambiar. *EN CAMBIO*, en la EM es importante para el consejero “moverse junto” a la parte de la persona que no quiere cambiar y unírsele o ayudarlo a proyectar esa parte de la ambivalencia de una persona. Sin embargo, es imperativo que el cliente tenga la libertad de hablar acerca del lado que no quiere cambiar.

Por ejemplo: Tony dijo que le encanta fumar Marihuana con sus amigos y que no le gustaría dejarla. Considera su uso parte de su estilo de vida. Por otro lado, está preocupado con su trabajo. Tiene un buen trabajo que le gusta, con una política estricta en cuanto a las pruebas de drogas. Si usted anima a Tony a que deje de fumar porque necesita conservar su trabajo pues puede estar amenazado si continúa con su consumo, es muy probable que le diga todas las razones por las que debería seguir fumando Marihuana. En cambio, si usted explora su estado actual y reconoce cuánto él se disfruta fumar Marihuana, él recibe el mensaje de que le está escuchando y que no le está presionando a cambiar. Averiguará más acerca de los pensamientos y sentimientos detrás de su uso de marihuana, que son las fuerzas fuertes que mantienen su comportamiento. Ha dado muestras de que está interesado en explorar toda su persona. Después de haber hablado de seguir igual, sentirá la inquietud de hablar de la otra cara de la historia, las razones por las que quiere detener su consumo.

La ambivalencia no siempre es un círculo cortado exactamente por la mitad. Para alguien en precontemplación (que no está considerando el cambio), la parte que no quiere cambiar podría ser mucho más grande que la parte que sí quiere cambiar. Sin embargo, ambas partes siguen estando representadas. A veces, como cuando

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

una persona está pasando a través de las etapas de cambio, la parte que quiere cambiar podría crecer más y más. También podría volver a empequeñecerse. Esto puede pasar de sesión a sesión o inclusive de minuto a minuto. El punto más importante acerca de la ambivalencia es que tenerla es lo esperado y de que la fluctuación es normal.

### **Balance Decisional**

En la EM, el éxito en el tratamiento se determina grandemente por la habilidad del consejero para ayudar al cliente a explorar y resolver su ambivalencia en favor del cambio.

Una herramienta que puede ayudar a un cliente a explorar y resolver la ambivalencia es la hoja de trabajo Balance Decisional o Ventajas y Desventajas. Se usa como un medio para explorar las cosas buenas y las no tan buenas acerca del comportamiento en cuestión. Si se usa durante una sesión, el consejero puede facilitar el proceso extrayendo las respuestas del cliente. Las respuestas deberían corresponder con cada uno de los cuatro cuadrantes que representan aspectos encontrados de cambiar el comportamiento o hacer un cambio.

El consejero podría usar el balance decisional de varias formas: como una asignación para el hogar, como una actividad durante la sesión, o como una hoja de trabajo virtual en la que los cuatro cuadrantes se llenan verbalmente. El consejero puede pedir al cliente que:

- ◆ Haga una lista de todas las cosas buenas de su comportamiento actual.
- ◆ Haga una lista de todas las cosas no tan buenas de su comportamiento.
- ◆ Haga una lista de qué sería bueno del cambio.
- ◆ Haga una lista de de qué no sería tan bueno del cambio.

Si el cliente llena la hoja como asignación para el hogar, se puede repasar en la próxima sesión. Es importante repasar cada cuadrante y explorar las razones detrás de cada una de las listas, extrayendo los pensamientos y sentimientos del cliente acerca de cada ítem. A menudo el consejero necesita sugerir al cliente las cosas

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

buenas acerca del comportamiento. Después de discutir cada uno de los cuadrantes, un consejero resume las respuestas de la actividad en general y pregunta al cliente si quiere haber algún cambio o añadir algo. A menudo, por medio de este ejercicio se revela un caudal de información sobre los motivadores del comportamiento, las razones para querer el cambio y las barreras para dejar el consumo.

<b>Hoja de Trabajo del Balance Decisional</b> (Llene con lo que está considerando cambiar)	
Buenas cosas acerca del <u>comportamiento</u> :	Buenas cosas acerca de cambiar el <u>comportamiento</u> :
Cosas no tan buenas acerca del <u>comportamiento</u> :	Cosas no tan buenas acerca de cambiar el <u>comportamiento</u> :

Es importante recordar: El consejero no sugiere ítems que el cliente debe poner en los cuadrantes, sino que deja que el cliente determine los aspectos pertinentes según su perspectiva.

### **Extrayendo un Intercambio de Ideas**

Extraer un intercambio de ideas al hablar, o planteamientos auto-motivacionales, es un componente crucial y la meta principal cuando se usa un acercamiento de EM. Difiere de “OARS” en cuanto a que es más directivo. Usar “OARS” le permitirá mantenerse a flote y maniobrar hacia las direcciones a las que quieran ir usted y su cliente, pero puede que no le lleven a su destino final. Conseguir un intercambio de ideas al hablar es una estrategia para ayudar a establecer y resolver la ambivalencia y seguir adelante.

El intercambio de ideas al hablar se trata de que el cliente haga planteamientos que estén a favor del cambio, lo que sugiere que el cliente está cada vez más preparado, dispuesto y es más capaz de hacer un cambio. Sin embargo, a pesar de que un consejero puede que quiera oír un intercambio de ideas, un consejero de EM evita imponerla. La meta es extraerlo del cliente de una forma colaboradora. El intercambio de ideas tiene que surgir por medio de un proceso consensual, negociado, entre el consejero y el cliente.

El intercambio de ideas puede ocurrir de varias formas, formando el acrónimo ***DARN C.***

**D = Planteamientos de Deseo.** Planteamientos que indican un deseo de hacer un cambio.

“Me gustaría dejar de beber si pudiera.”

“Desearía poder mejorar mi vida.”

“Quiero cuidar mejor a mis hijos.”

“Ponerme en forma haría que me sintiera tanto mejor conmigo mismo.”

**A = Planteamientos de Aptitud.** Planteamientos que hablan de la auto-eficacia o creencia del cliente en la habilidad de hacer cambios.

“Creo que podría hacer eso.”

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

“Eso podría ser posible.”

“Creo que podría ser capaz de reducir la cantidad de cigarrillos.”

“Si tuviera alguien que me ayudase, probablemente dejaría de usar drogas.”

**R = Planteamientos de Razonamientos.** Planteamientos que reflejan las razones que da el cliente para considerar un cambio.

“Tengo que dejar de fumar por mi asma.”

“Para conservar mi licencia de conductor de camiones, probablemente deba reducir mi consumo de bebida.”

“Mi marido podría dejarme si sigo usando drogas.”

“No me gusta que mis hijos me vean así.”

**N = Planteamientos de Necesidad.** Planteamientos que indican una necesidad para el cambio. Estos pueden ser similares a los planteamientos R, pero el énfasis es más afectivo o emocional que un planteamiento de R que es más cognitivo.

“Es realmente importante para mi salud que cambie la dieta.”

“Algo tiene que cambiar o mi matrimonio se va a romper.”

“Me voy a morir si sigo con este consumo.”

Es importante reconocer estos planteamientos de “DARN” y entonces enfatizarlos por medio de la reformulación o la dirección del cliente para que éste elabore más. Estos planteamientos son vías para la parte más importante del intercambio de ideas, la “**C**” en el “DARN C”, **Lenguaje de Compromiso**. El lenguaje de compromiso es la fortaleza del intercambio de ideas. Por ejemplo, una persona podría decir: “Podría cambiar”, o “Podría considerar cambiar”, o “Estoy planeando cambiar”, o “Voy a cambiar”. Los últimos dos ejemplos representan un verdadero compromiso. La fortaleza del verbo en la oración es equivalente de la fortaleza del lenguaje de compromiso. Una destreza importante del consejero es abordar el compromiso del cliente con el cambio durante el curso de la entrevista al reconocer

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

y responder a los comentarios en el intercambio. La meta es fortalecer el nivel de compromiso.

Amrhein y Miller (2003), un lingüista y un psicólogo respectivamente, han demostrado que aunque todos los elementos del intercambio de ideas pueden ser importantes al crear el lenguaje de compromiso, son los planteamientos de compromiso más fuertes los que predicen los resultados de comportamiento positivo. En otras palabras, cuanto más fuertes sean los planteamientos que esté haciendo el cliente, como por ejemplo: “haré esto” y “voy a hacer esto”, más probable es que vaya a cambiar su comportamiento.

## **Avaluando la Preparación para el Cambio**

La preparación, o estar listo para hacer un cambio, se puede pensar en función de la relación entre cuán *importante* es para una persona hacer un cambio (cuánto valora el cambio el cliente) y cuán *confiada* está la persona en cuanto a su habilidad para hacer el cambio.

La preparación es crítica en las Etapas de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1992). Cada una de las etapas en el modelo representa un nivel diferente de preparación para hacer un cambio. Una cuarta forma de evaluar la preparación es determinar en qué etapa está un cliente en un comportamiento específico. Dentro de cada una de las etapas, puede haber una variación en la preparación con el paso del tiempo.

La preparación que se verbaliza por medio de los planteamientos auto-motivacionales o se expresa por medio de razones para el cambio en los “Intercambios de Ideas al Hablar”, transmite la fuerza del compromiso que tiene un cliente para cambiar comportamientos. Un consejero que usa la EM quiere conseguir que el cliente haga comentarios durante el intercambio de ideas.

Algunos planteamientos transmitirán un alto nivel de preparación:

“He decidido que voy a dejar de fumar hoy.”

Otros transmitirán sólo un hilo de preparación:

“Algún día quisiera reducir mi consumo de bebida.”

Muchos planteamientos están más bien en el centro:

“Podría estar interesado en dejar de fumar si pensara que puedo hacerlo.”

La importancia, confianza y preparación se puede evaluar de varias formas:

- ◆ Por medio de un medidor de escala básico: en papel o verbalmente
- ◆ Por medio de la entrevista clínica: escuchar en busca de claves acerca de la preparación
- ◆ Por medio de inventarios específicos diseñados para medir la preparación

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

1. **Reglas de Preparación - Importancia y Confianza.** Una herramienta simple de avalúo para evaluar dónde está el cliente en las diferentes dimensiones de preparación, es una regla de escalas en dos partes.

Puede pedir a un cliente: “En la línea siguiente, haga una marca en el punto que mejor refleje cuán **importante** es para usted cambiar el comportamiento.”

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sin importancia Muy importante

Luego, puede pedir: “En la línea siguiente, haga una marca en el punto que mejor refleje cuán **confiado** está de que puede cambiar el comportamiento.”

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada confiado Muy confiado

*Otra opción: Puede usar el ejercicio de la regla de preparación para pedir verbalmente que se escoja un número del 0 al 10 sin usar la regla impresa.*

### Preguntas de seguimiento:

Una vez que el cliente le dé un “número”, usted puede darle seguimiento diciendo:

- ◆ “Usted escogió el 7, ¿por qué no un 3?”
- ◆ ¿Por qué no fue una puntuación más baja?”

Como esto le permite al consejero conseguir comentarios en el intercambio de ideas, el cliente impartirá su “**DARN**” (**Deseo, Aptitud, Razones, Necesidad**) para el cambio.

2. **Preguntas claves de la preparación** para usarse durante una sesión de entrevista clínica. La respuesta del cliente ayudará a medir la preparación. Las respuestas pueden involucrar el intercambio de ideas. Simplemente oírle a usted hacer esos planteamientos puede ayudar a que el cliente adelante en su camino al cambio.



## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

- ◆ “¿Qué cree que va a hacer?”
- ◆ “¿Qué quiere decir esto acerca de su (uso)?”
- ◆ “¿Qué es lo que cree que tiene que cambiar?”
- ◆ “¿Cuáles son sus opciones?”
- ◆ “¿Cuál es el próximo paso para usted?”
- ◆ “¿Cuáles serían algunas de las cosas buenas de hacer un cambio?”
- ◆ “¿Qué significa esto para usted?”

Si el cliente demuestra preparación para desarrollar un plan de acción, en ese momento usted puede tener un intercambio creativo de ideas con (no para) el cliente.

Existen muchos cursos de acción posibles: “Vamos a examinar las opciones juntos.”

- ◆ Las ideas del paciente suplementadas por cosas que usted sabe han trabajado para otros
- ◆ “Usted será el mejor juez de lo que trabaja para usted. ¿Cuál se adapta mejor a usted?”
- ◆ Transmita optimismo y disponibilidad para re-examinar la preparación general del cliente a través de la importancia y confianza.

Recuerde los éxitos (apoye la auto-eficacia), especialmente si la confianza es baja.

- ◆ “¿Qué hizo que su intento más reciente tuviera más éxito que los anteriores?”
- ◆ “¿Qué destrezas anteriores pueden usarse para construir un plan nuevo?”
- ◆ Separe el plan en componentes y pregunte al paciente con cuál se siente más confiado.

**3. Inventarios para medir la preparación.** “URICA” y “SÓCRATES” son dos instrumentos que se usan para evaluar la preparación más formalmente. Hay otros. Para más información acerca de los mismos, véase, *Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias* (TIP 35 del “CSAT”, 2001, versión en español).

## Sección E: Herramientas de Enseñanza para Supervisión

“URICA” es la Escala de Avalúo de Cambio de la Universidad de Rhode Island (por sus siglas en inglés, *University of Rhode Island Change Assessment Scale*) (McConaughy, et al., 1989), también llamada escala de Etapas de Cambio (SOC, por sus siglas en inglés, *Stages of Change*). La versión original tiene 32 preguntas Likert de 5 puntos que miden 4 etapas: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

“SÓCRATES” es la Escala de Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento (por sus siglas en inglés, *Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*) (Miller & Tonigan, 1996). La preparación se factoriza en tres dimensiones: “Reconocimiento,” “Ambivalencia,” y “Toma de Pasos.” Dos escalas separadas usan ítems cuyo objetivo es el uso problemático de drogas o alcohol. Tanto la escala larga (39 ítems) y la corta (19 ítems) están disponibles.



## Sección F

### Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

<b>Herramienta</b>	<b>Página</b>
1. Estilo y Espíritu de la EM	2
2. Fomentando una Atmósfera de Colaboración	5
3. Preguntas Abiertas	7
4. Afirmaciones	10
5. Planteamientos Reflexivos	12
6. Motivación para el Cambio	15
7. Desarrollando Discrepancias	17
8. Ventajas, Desventajas y Ambivalencia	20
9. Discusión Centrada en el Cliente y Retroalimentación	23
10. Planificación para el Cambio	26

## **Estilo y Espíritu de la Entrevista Motivacional**

*Con la EM usted proporciona retroalimentación de forma discreta, fluye con la resistencia (por Ej., evita los argumentos, cambia el enfoque) y usa un acercamiento cálido, de apoyo, sin emitir juicios y colaborador. Usted transmite empatía por medio de palabras y el tono de voz, y demuestra una preocupación genuina y conciencia de las experiencias del cliente. Sigue la dirección del cliente en la discusión, en lugar de estructurar la discusión de acuerdo a su agenda.*

### **Avaluando su Uso de EM: Frecuencia y Extensión**

¿Por cuánto tiempo mantiene un acercamiento empático, colaborador y maneja la resistencia diestramente mientras intenta consistentemente en hacer surgir en el cliente la motivación para el cambio? Este estilo terapéutico es uno en el que hay una preocupación calmada y de interés, que demuestra una apreciación hacia las experiencias y las opiniones del cliente. Usted transmite empatía por medio de palabras y el tono de voz, y demuestra una preocupación genuina y conciencia de las experiencias del cliente. Usted evita aconsejar o dirigir al cliente de una forma que no se le haya pedido. Se comparte la toma de decisiones. Mientras escucha con atención al cliente, usa la retroalimentación que tiene el cliente de lo que usted dice como una guía para desempeñarse durante la sesión. Evita los argumentos, esquiva los conflictos o cambia el enfoque a otro tema para poder sacar de manera más productiva auto-afirmaciones y motivación para el cambio. En resumen, la EM es un acercamiento centrado en el cliente.

***Una calificación alta en Frecuencia/Extensión*** se logra cuando mantiene consistentemente la esencia de la EM y persigue lograr un entendimiento preciso del cliente a través de la sesión. Usted demuestra una habilidad para responder sin estar a la defensiva con los comportamientos de resistencia del cliente, como argumentar, interrumpir, negar (negación) o ignorar. Aparenta comodidad y naturalidad al usar las

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

destrezas principales de la EM como las preguntas abiertas, reflexiones, afirmaciones y resúmenes. Usted es capaz de integrar estas destrezas con una variedad de otras técnicas usadas para lograr de forma más directa que el cliente haga planteamientos auto-motivacionales y para reducir la resistencia, como por ejemplo:

- Reflejo ampliado (reflejar los planteamientos del cliente de una forma exagerada);
- Reflejo desde dos ángulos (volver a expresar lo que el cliente ha dicho, pero recordándole las veces que había dicho algo contradictorio anteriormente);
- Cambio de enfoque (cambiar el tema o el enfoque a cosas con las que el cliente esté menos reacio a explorar o cambiar);
- Reformular (reconocer lo que el cliente ha dicho, pero ofreciendo una perspectiva diferente); o
- Tomando el mismo bando (ponerse del lado de no cambiar como una forma de fomentar la ambivalencia del cliente y lograr los comentarios del cliente en un intercambio de ideas).

Usted usa cada una de estas técnicas para reducir la resistencia y facilitar para el cliente la consideración y discusión de temas relacionados con el cambio.

### **Avaluando sus Destrezas en EM:**

#### ***Ejemplos de Destrezas Superiores:***

1. Usted establece un tono global de colaboración y respeto.
2. Usted demuestra que se preocupa acerca de lo que el cliente está diciendo y se esfuerza por entender con precisión y reflejar los planteamientos del cliente.
3. Usted usa hábilmente las reacciones del cliente como una guía para formular sus estrategias y técnicas.
4. Su armonización con el cliente es obvia.

***Ejemplos de Destrezas Inferiores:***

1. Usted controla el proceso de la entrevista, facilitando deficientemente la exploración abierta de las áreas problemáticas del cliente y la motivación para el cambio.
2. Usted actúa inflexiblemente y a la defensiva en respuesta a la resistencia del cliente.
3. Usted practica las intervenciones terapéuticas de una manera correcta técnicamente, pero sin ser cálido, facilitar o conseguir el compromiso del cliente.
4. Usted no ajusta las estrategias del cambio con el estado motivacional del cliente.
5. Usted suena redundante en las intervenciones que selecciona.

## Fomentando una Atmósfera de Colaboración

*¿Hasta qué punto transmite con sus palabras o acciones que la terapia es una relación colaboradora en contraste con una terapia en la que usted (el terapeuta) está a cargo? ¿Cuánto enfatiza la importancia (superior) de las propias decisiones, confianza y percepción del cliente en cuanto a la importancia de cambiar? ¿Hasta qué punto verbaliza usted respeto para la autonomía y elecciones personales del cliente?*

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem captura cualquier esfuerzo que usted (el clínico) haga para buscar dirección por parte del cliente o para actuar como si la terapia fuera un esfuerzo conjunto en oposición a una terapia en la que el clínico está en control consistentemente. El clínico enfatiza la importancia (mayor) de la perspectiva y las decisiones del cliente en cuanto a si debe cambiar y cómo. Cualquier planteamiento clínico específico que verbalice respeto hacia la autonomía y elecciones personales del cliente, son ejemplos para fomentar la colaboración durante la sesión.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “¿Cuál cree que sería una buena forma de manejar esta situación en el futuro?” “Habría pensado que usted..., pero parece que tomó una mejor elección al...” “Vamos a examinar este asunto juntos.” “Podemos pasar un rato hablando de la situación en su casa.”

### **Guías de Calificación para el Nivel de Destrezas**

**Superior:** Las estrategias superiores de calidad ocurren de varias formas. El clínico puede señalar directa y claramente la importancia mayor de la percepción del cliente acerca de su uso de drogas y los eventos de su vida relacionados en contraste con lo que el cliente o las personas significativas del cliente puedan pensar. El clínico puede recalcar la naturaleza colaboradora de la entrevista al

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

destacar su interés en entender la perspectiva del cliente sin prejuicios. Del mismo modo, las referencias directas y claras a la capacidad del cliente para sacar sus propias conclusiones o para tomar elecciones personales acerca de cómo proceder con un plan para cambiar, reciben calificaciones superiores en el Nivel de Destrezas. El uso de estas estrategias cuando el clínico percibe que el cliente se siente coartado por sus personas significativas, puede ser especialmente efectivo y conducir a calificaciones superiores en el Nivel de Destrezas.

Enfatizar las elecciones personales viables, en lugar de elecciones que sean irreales para el cliente, también mejora las calificaciones superiores en el Nivel de Destrezas. Por ejemplo, un clínico puede proporcionar una elección entre las opciones de tratamiento dentro de un programa, en lugar de destacar por ejemplo la opción de no registrarse en tratamiento para un cliente que se presenta a tratamiento porque su trabajo se ve amenazado; con toda probabilidad esta clase de cliente considerará no participar en el tratamiento como un gran riesgo de perder su trabajo.

***Inferior:*** Las estrategias de calidad inferior ocurren cuando usted enfatiza las elecciones personales que no parecen realistas para el cliente. Además, los esfuerzos para articular el control personal, la autonomía y el rol colaborador del cliente durante la entrevista, que se verbalizan pobremente, son vagos o inoportunos, reducen las calificaciones de calidad. Los consejos que da el clínico dentro del contexto aparentemente colaborador, también reciben calificaciones deficientes (por ejemplo: “Usted obviamente está asumiendo el mando, pero yo no haría eso si fuera usted.”)



## Preguntas Abiertas

*Las preguntas abiertas fomentan que sus clientes discutan su percepción de los problemas personales, motivación, esfuerzos para el cambio y planes. Logran extraer algo más que sí/no como respuesta y brindan más información que las preguntas cerradas. Las preguntas abiertas comunican un interés en el cliente y proporcionan tanto una expectativa como una oportunidad para que el cliente haga auto-divulgaciones.*

### Usando preguntas abiertas

Las preguntas abiertas son preguntas que dan como resultado respuestas que son más que sí/no y que no extraen respuestas tensas o información muy específica. A menudo, estas preguntas comienzan con las siguientes interrogantes: “Qué”, “Cómo”, “En qué”, y “Por qué” (que se prefiere menos) o inician una petición: “Dígame...” o “Describa...” Usted usa las preguntas abiertas para estimular una conversación abierta sobre el punto de vista del cliente acerca de sus problemas y su compromiso con el cambio. En breve, al usar preguntas abiertas, usted da al cliente una gama amplia para discutir las circunstancias en su vida y los patrones de uso de sustancias.

*Usar con frecuencia o extensamente las preguntas abiertas, se logra si hace preguntas que invitan al cliente a que converse (véase los Ejemplos Correctos) en oposición a hacer preguntas que sólo requieran respuestas de sí/no (véase los Ejemplos Incorrectos).*

### Ejemplos:

#### **Correctos:**

- Entonces, ¿qué le trae hoy por aquí?
- ¿Cuáles son algunas de las formas en que el uso de sustancias afecta su vida?”
- ¿Qué clase de diferencias ha notado en...?

***Incorrectos:***

- ¿Usa Marihuana? ¿Cuándo fue la última vez que la usó?
- ¿Puede decirme de qué forma le afecta la heroína?
- Su esposa piensa que es adicto a la cocaína. ¿Es usted adicto a la cocaína?

**Avaluando sus destrezas al usar las preguntas abiertas:**

***Ejemplos de Destrezas Superiores:***

1. Las preguntas son relevantes para la conversación del clínico-cliente.
2. Las preguntas estimulan una exploración y reconocimiento mayores de las áreas problemáticas y la motivación para el cambio, sin parecer que se emite juicio o que se dirige al cliente.
3. Las averiguaciones son simples y directas, por lo que aumentan la posibilidad de que el cliente entienda claramente lo que le está diciendo el clínico.
4. Usualmente, no suelen darse varias preguntas abiertas una detrás de otra. Más bien, las preguntas abiertas de calidad superior típicamente se esparcen con reflexiones y con una conversación amplia con el cliente, para evitar la creación de una trampa de preguntas-respuestas entre usted y el cliente.
5. Usted pausa después de cada pregunta para dar tiempo al cliente de que responda.

***Ejemplos de Destrezas Inferiores:***

1. Las preguntas se verbalizan pobremente o se hacen en mal momento o abordan un área que no es relevante inmediatamente en la conversación ni con las preocupaciones del cliente.
2. Las preguntas suelen ocurrir muy cerca una detrás de la otra, dando a la conversación un alto o un tono mecánico.
3. Las averiguaciones pueden estar compuestas de varias preguntas en una sola interrogación, complicando que el cliente entienda y responda. Por ejemplo: “Hábleme de cómo se siente antes o después de que coge una nota y cómo todo eso afecta el riesgo de su uso de cocaína en el futuro.”
4. Las preguntas dirigen o guían al cliente.

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

5. Las averiguaciones tienen un tono sarcástico, o de juicio.
6. Las pausas después de cada pregunta no son suficientes para dar tiempo al cliente de que reflexione y conteste.

## **Afirmando las Fortalezas y los Esfuerzos para el Cambio**

*Las afirmaciones incluyen reforzar verbalmente las fortalezas, habilidades o esfuerzos del cliente para cambiar su comportamiento. Usted ayuda a desarrollar la confianza del cliente al halagarlo por los pasos pequeños que da en dirección al cambio o expresa la apreciación de las cualidades personales en el cliente que podrían facilitar esfuerzos exitosos para lograr el cambio.*

### **Usando afirmaciones:**

Esta destreza se concentra en sus expresiones de confianza en la habilidad del cliente para lograr sus metas. Usted puede afirmar al cliente de varias formas: a) usando halagos o elogios, b) reconociendo las cualidades, competencias o habilidades personales del cliente que promueven el cambio, y c) reconociendo el esfuerzo o los pasos pequeños que toma el cliente para cambiar. Algunas veces, usted podría reformular positivamente para afirmar al cliente (por Ej., señalar de qué forma los varios episodios de tratamiento y las recaídas numerosas son evidencia de la persistencia del cliente en tratar de lidiar con sus problemas por el uso de drogas y no rendirse.). Al afirmar, reforzar positivamente y validar al cliente, usted fomenta que crea que hay esperanza para la recuperación exitosa y que puede cambiar sus comportamientos de uso de sustancias.

### **Ejemplos:**

- Parece que realmente ha pensado mucho en esto y que tiene algunas buenas ideas de cómo podría cambiar su uso de drogas. ¡Usted va por buen camino!
- Eso debe haber sido bien difícil para usted. Usted realmente está tratando de trabajar consigo mismo.

**Avaluando sus destrezas al usar afirmaciones:**

***Ejemplos de destrezas superiores:***

1. Usted afirma las cualidades o esfuerzos personales que hace el cliente para promover el cambio productivo o que en el futuro éste pueda albergar esfuerzos hacia el cambio, en lugar de dar halagos en términos generales.
2. Usted deriva estas afirmaciones directamente de su conversación con el cliente. En consecuencia, las afirmaciones de calidad superior son significativas para el cliente, en lugar de ser demasiado globales o triviales.
3. Es genuino en vez de decir algo que sea una afirmación general hecha de forma que parezca un reflejo o algo mecánico.

***Ejemplos de destrezas inferiores:***

1. Las afirmaciones no están lo suficientemente arraigadas en la conversación entre el cliente y el clínico.
2. Las afirmaciones no son únicas para la descripción que hace el cliente de sí mismo y sus circunstancias en la vida o historial.
3. Puede parecer que usted afirma simplemente para alentar un cliente desesperado o estimularlo a tratar de cambiar cuando ha expresado duda acerca de su capacidad para hacerlo.
4. Las afirmaciones de calidad deficiente suenan triviales, huecas, deshonestas e inclusive condescendientes.

## Planteamientos Reflexivos

*Usted hace planteamientos reflexivos cuando repite (palabras exactas), rephrasea (pone ligeramente en otras palabras), parafrasea (amplia el pensamiento o sentimiento, usando una analogía o infiriendo) o hace un resumen con planteamientos reflexivos de lo que el cliente acaba de decir.*

### **Usando planteamientos reflexivos**

Los planteamientos reflexivos vuelven a plantear los comentarios del cliente usando un lenguaje que aclara con precisión y captura el significado de las comunicaciones del cliente y transmite al cliente el esfuerzo que hace usted por entender su punto de vista. Usted usa esta técnica para animar al cliente a que explore o elabore en el tema. Estas técnicas incluyen repetir exactamente lo que el cliente acaba de mencionar, refrasear (pone ligeramente en otras palabras), parafrasear (ampliando los pensamientos o sentimientos, usando analogías o infiriendo) o hacer un resumen con planteamientos reflexivos de lo que el cliente acaba de decir. Los planteamientos reflexivos para resumir, son una forma especial de reflexión en la que usted selecciona varias piezas de la información del cliente y las combina en un resumen con la meta de invitar una exploración mayor del material, para destacar la ambivalencia o para hacer una transición a otro tema.

### **Ejemplos:**

*Cliente:* “Ahora mismo, usar drogas no resuelve lo mal que me siento, como antes. En tal caso, ahora me siento peor.”

*Reflejo Simple:*

- Usar drogas le hace sentir peor ahora.

*Rephrasear:*

- Así que, usted ha descubierto que usar drogas para lidiar con lo mal que se siente no está funcionando tan bien como antes.

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

### *Parafrasear usando un Reflejo desde dos ángulos:*

- En el pasado usar drogas le ayudó a sentirse mejor cuando tenía dificultades o se sentía mal. Ahora, sólo empeora las cosas para usted.

### *Introducciones al Resumen Reflexivo:*

- Déjeme ver si entendí lo que me ha dicho hasta ahora ...”
- Esto es lo que le he oído decir hasta ahora ...”

## **Avaluando sus destrezas al hacer planteamientos reflexivos**

### ***Ejemplos de destrezas superiores:***

1. Usted puede identificar con precisión el significado esencial de lo que el cliente ha dicho y reflejarlo al cliente en términos fáciles de entender por éste.
2. Su tono de voz (inflexión) al final de la reflexión es descendente.
3. Usted pausa lo suficiente como para dar al cliente una oportunidad de que responda a la reflexión y desarrollar la conversación.
4. Las reflexiones bien planteadas suelen ser concisas y claras.
5. Las reflexiones de calidad tienen profundidad; a menudo parafrasean pensamientos o sentimientos de manera que junten de forma eficiente los elementos discrepantes de los planteamientos del cliente o que aclaren lo que quiere decir éste.
6. Si refleja varios planteamientos del cliente, los acomoda nítidamente para fomentar más conversación, una introspección o motivación para el cambio mayores.
7. Sus reflexiones a menudo aumentan el tiempo que se pasa hablando con el cliente, albergan un tono colaborador y reducen la resistencia del cliente.

### ***Ejemplos de destrezas inferiores:***

1. Las reflexiones que son imprecisas o “andan con rodeos” pueden contribuir a que el cliente se sienta incomprendido.
2. Las reflexiones que son vagas, complicadas o usan demasiadas palabras.
3. Los planteamientos que tienen un tono de voz o inflexión en ascenso al final y en consecuencia su función queda disfrazada como si fuera una pregunta cerrada.

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

4. Los comentarios que disminuyen la cantidad de tiempo que pasa hablando el cliente y aumentan la resistencia del cliente.
5. Las reflexiones que abarcan mucho tiempo de la sesión y que no aumentan la introspección, conversación, o motivación para cambiar.
6. Las reflexiones que son redundantes o permanecen repetitivamente simples de manera que la conversación parece ir en círculos.



## Motivación para el Cambio

*Un consejero diestro puede extraer una discusión del nivel de motivación del cliente para cambiar. Al escuchar atentamente y mediante la facilitación, usted puede identificar los planteamientos auto-motivacionales del cliente. La discusión de estos planteamientos puede promover una gran disponibilidad por parte del cliente para considerar el cambio.*

### **Discutiendo el Cambio:**

Esta destreza se refiere hasta qué punto usted intenta extraer del cliente planteamientos auto-motivacionales o comentarios al intercambiar ideas o cualquier tipo de discusión acerca del cambio. A menudo esto se logra al hacer preguntas o comentarios diseñados para promover una conciencia/preocupación mayor para un problema, reconocer las ventajas del cambio, aumentar la intención/optimismo del cambio o elaborar sobre cualquier tema relacionado con el cambio. Usted puede iniciar también una discusión más formal de las etapas de cambio o el nivel de motivación, ayudando al cliente a determinar el grado de importancia, confianza, preparación o compromiso con el cambio y explorar cómo cualquiera de estas dimensiones podría fortalecerse. En resumen, esta destreza es un medio más directivo para extraer del cliente comentarios al intercambiar ideas y suele llevar a “comentarios” o planteamientos auto-motivacionales y moverse hacia la negociación de planes específicos para el cambio.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Basándome en las preocupaciones que ha planteado, ¿qué cree de su uso actual de sustancias?”

“¿Cuáles son algunas de las razones que podría ver para hacer un cambio?”

“¿Qué cree que funcionaría para que usted se decidiera a cambiar?”

*Cliente:* “Mi esposa realmente cree que hay un problema, así que siempre está encima de mí con el asunto.”

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

*Clínico:* “¿Cómo se siente usted en cuanto a su uso de drogas? ¿Cuáles son sus preocupaciones y qué cree que tendría que pasar?”

### **Avaluando sus destrezas al extraer “comentarios” al hablar:**

#### ***Ejemplos de destrezas superiores:***

1. Usted usa preguntas evocativas para extraer comentarios, durante el intercambio de ideas con el cliente, que tengan como objetivo el nivel de motivación actual del cliente. Por ejemplo, si un cliente no ha reconocido su uso de drogas como un problema, pida al cliente que explore cualquier problema o aspecto problemático de su uso.
2. Si un cliente ha reconocido el uso de drogas como un problema, pero no está seguro acerca de su capacidad para el cambio, usted interroga al cliente directamente acerca de los factores que podrían impactar su intención u optimismo para el cambio.
3. Explora colaboradoramente la preparación actual del cliente para cambiar completamente al combinar las escalas de calificación y las preguntas abiertas de seguimiento y las reflexiones que impulsan los argumentos del cliente a favor del cambio, optimismo y auto-eficacia.

#### ***Ejemplos de destrezas inferiores:***

1. Trata de extraer planteamientos auto-motivacionales que son inconsistentes con el estado de cambio del cliente.
2. Sus esfuerzos para extraer planteamientos auto-motivacionales o evaluar la preparación del cliente para el cambio se vuelven redundantes.
3. Sus esfuerzos para evaluar la preparación del cliente para el cambio precipitan la resistencia o argumentos en contra del mismo. Por ejemplo, una intervención de calidad inferior ocurriría si después de que el cliente selecciona calificar el cambio a 6 con una escala del 1 (la preparación más baja) al 10 (la preparación más alta) usted pregunta: “¿Por qué dijo 6 y no 10?”

## Desarrollando Discrepancias

*Crear o destacar los conflictos internos del cliente relacionados con su uso de sustancias, puede ayudar a aumentar la motivación de éste para el cambio. Cuando usted trata de aumentar la conciencia del cliente en cuanto a una discrepancia entre dónde está su vida en este momento, en contraste con dónde quiere que esté en el futuro, puede ayudar al cliente a ver que el cambio podría ser una opción, inclusive una necesidad si las metas futuras se quieren lograr. Es importante explorar cómo podría ser inconsistente el uso de sustancias con las metas, valores o auto-percepciones del cliente.*

### **Aumentar la conciencia de las discrepancias:**

Con esta destreza usted impulsa una conciencia aumentada en cuanto a dónde está el cliente y dónde quiere estar en relación con su uso de sustancias. Usted puede hacer esto al destacar las contradicciones e inconsistencias en el comportamiento o las metas planteadas del cliente. Usted puede intentar elevar la conciencia del cliente en cuanto a las consecuencias personales del uso de sustancias, y de qué forma estas consecuencias parecerían estar en contradicción con los objetivos señalados por el cliente. Usted puede también lograr que el cliente entable una discusión franca de las discrepancias percibidas y ayudar al cliente a considerar opciones para recuperar el equilibrio. Otras técnicas comunes usadas para crear o desarrollar discrepancias, incluyen:

- 1) pedir al cliente que mire hacia el futuro y se imagine una vida cambiada bajo ciertas condiciones (por ej., ausencia de abuso de drogas, de estar casado con hijos).
  - 2) pedir al cliente que mire hacia el pasado y recuerde los períodos de mejor funcionamiento en contraste con las circunstancias presentes, y
  - 3) pedir al cliente que considere el peor escenario posible que pueda resultar de su uso o las mejores consecuencias posibles que puedan resultar de tratar de cambiar.
- Algunas veces los reflejos desde dos ángulos que unen planteamientos

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

discrepantes que haya hecho el cliente anteriormente, son ejemplos de su intención de destacar las discrepancias.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* "Usted dice que quiere salvar su matrimonio y también le oí decir que quiere seguir usando drogas."

"Por un lado, quiere salir de barras todas las noches. Por otro lado, me dijo que ir a la barra todas las noches le quita tiempo de estar con su hijo."

### **Avaluando sus destrezas al desarrollar discrepancias:**

#### ***Ejemplos de destrezas superiores:***

1. Intenta hacer al cliente consciente de alguna discrepancia en los pensamientos, sentimientos, acciones, metas o valores basándose en los planteamientos anteriores del cliente.
2. Presenta las discrepancias como conflictos legítimos o experiencias mixtas en lugar de cómo contradicciones o juicios que prueban que el cliente tiene un problema con las drogas.
3. Usa reflexiones claras y articuladas que encapsulan los elementos divergentes de lo que el cliente ha dicho. En pocas palabras, usted integra los planteamientos discrepantes específicos del cliente en términos bien articulados usando un tono de apoyo, sin emitir juicio.

#### ***Ejemplos de destrezas inferiores:***

1. Usted destaca un aspecto de la ambivalencia del cliente sin compensarla suficientemente. Por ejemplo, un cliente podría decir que quiere continuar fumando marihuana después de haber reconocido que el que fume enfurece a su esposa y que podría llevar a una separación indeseada. Usted podría responder diciendo: "Sí, pero usted dijo que no se quería separar", en lugar de: "Así que a pesar de que me dijo que estaba preocupado porque su esposa podría dejarlo, usted sigue queriendo fumar marihuana." Este acercamiento

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

puede parecer argumentativo y puede aumentar la resistencia en lugar de desarrollar disonancia en la posición del cliente.

2. Usted platea las discrepancias o las señala con un aire de acusación, lo cual socava la colaboración clínico-cliente y reduce la calidad general de la intervención.
3. Las reflexiones con demasiadas palabras, agobiantes o demasiado complejas de los planteamientos discrepantes del cliente, pueden ser confusas y no indican destrezas suficientes para desarrollar discrepancias en los informes verbales del cliente.

## **Ventajas, Desventajas y Ambivalencia**

*La ambivalencia es una parte esperada del proceso de cambio. Explorar los efectos positivos y negativos, o los resultados del uso de sustancias del cliente, puede ayudarlo a considerar lo que podría haber ganado o perdido por medio de la abstinencia o una reducción en el uso de sustancias. Esa clase de discusión a menudo incluye el uso de métodos como el balance decisional análisis del costo-beneficio, o desarrollar una lista de las ventajas y desventajas del uso de sustancias.*

### **Discutiendo las ventajas, desventajas y ambivalencia:**

Esta destreza incluye discutir las consecuencias específicas del uso de sustancias del cliente. Usted se une al cliente para evaluar los aspectos positivos y/o negativos del pasado, presente o futuro del uso de sustancias del cliente. Las técnicas específicas incluyen balance decisional, hacer un análisis de los costos-beneficios, o hacer una lista y discutir las ventajas y desventajas del uso de sustancias del cliente. Un componente estilístico importante que acompaña estas técnicas, es su habilidad para verbalizar una apreciación hacia la ambivalencia como una parte normal de la experiencia del cliente mientras éste considera el cambio.

Aquí, su meta es discutir en detalle la ambivalencia del cliente. Podría facilitar un análisis de los costos-beneficios mientras solicita insumo del cliente en cuanto a hacer un cambio en vez de continuar con el mismo comportamiento. Otra opción es desarrollar una lista escrita de las Ventajas y Desventajas con el cliente, ya sea durante la sesión de consejería o repasar en detalle una lista que se haya completado antes de la sesión. Ambas son formas muy eficientes para explorar la ambivalencia.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* "¿Qué ve como consecuencias positivas y negativas de su consumo de bebida?"

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

"Usted ha tenido fuertes dolores de pecho después de usar cocaína y parece estar muy preocupado con su salud, su familia y hacia dónde se dirige su vida. Y usted ha identificado muchos posibles beneficios de dejar de consumir, como por ejemplo..."

"Así que al tener una nota, se siente bien y puede evitar los sentimientos dolorosos. Cuáles son algunas de las complicaciones de su consumo."

### **Avaluando sus destrezas al explorar la ambivalencia:**

#### ***Ejemplos de destrezas superiores:***

1. Usted aborda una discusión de la ambivalencia del cliente de forma exploratoria, sin emitir juicios.
2. Por medio del examen de las ventajas y desventajas, usted impulsa al cliente a seguir detallando las dimensiones de la ambivalencia usando preguntas abiertas o reflexiones sobre las consecuencias que haya señalado anteriormente el cliente.
3. Usted facilita una exploración completa de las ventajas y desventajas de dejar de usar sustancias en lugar del uso continuo.
4. Usted extrae respuestas del cliente en lugar de sugerir consecuencias positivas y negativas como posibilidades que el cliente no ha mencionado.
5. Usted usa reflexiones en un resumen para comparar y contrastar la ambivalencia del cliente.
6. Durante una discusión exploratoria, usted inclina el balance motivacional hacia el lado del cambio.

#### ***Ejemplos de destrezas inferiores:***

1. Rara vez usted proporciona al cliente oportunidades para que responda libremente o que reflexione cuidadosamente acerca de las ventajas/desventajas de su comportamiento o situación.
2. Proporciona al cliente las ventajas y desventajas posibles y afirma su punto de vista ante éste de forma más cerrada. Ante esta situación, el cliente se vuelve un recipiente más pasivo, en lugar de un participante activo en la construcción del

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

balance decisonal o la discusión de factores implícitos en la ambivalencia del cliente.

3. Usted pide al cliente que haga una lista de las ventajas y desventajas, una detrás de la otra, sin explorar detalles o el impacto personal del uso de sustancias en la vida del cliente.
4. Al resumir las ventajas y desventajas o la ambivalencia del cliente, usted no involucra al cliente en la revisión. Simplemente vuelve a plantear los ítems de forma mecánica o impersonal.
5. No hace ningún esfuerzo para balancear estratégicamente la balanza decisonal del cliente a favor del cambio.



## **Discusión Centrada en el Cliente y Retroalimentación**

*Aprender acerca de las razones del cliente al buscar admisión para tratar su adicción, se hace mejor con un estilo colaborador, centrado en el cliente y libre de juicios. Durante la discusión usted puede repasar los datos de avalúo que se recopilaron anteriormente. Usted puede proporcionar una retroalimentación personalizada acerca del abuso de sustancias del cliente, y la evidencia o las indicaciones de los problemas en otras áreas de su vida que parezcan estar relacionadas con el uso de sustancias.*

### **Facilitando la discusión de los problemas:**

Esta destreza implica hacer intentos explícitos para indagar o guiar una discusión de los problemas para los cuales el cliente está buscando tratamiento. La discusión puede incluir tanto el uso de sustancias y los problemas del diario vivir que posiblemente estén asociados con el uso de sustancias. Su fin es desarrollar un entendimiento tan completo como sea posible de los problemas del cliente. El proceso puede incluir la revisión de los resultados del avalúo obtenidos durante los avalúos clínicos anteriores, hojas de trabajo completadas por el cliente, o de forma más formal usando formularios específicos de retroalimentación. El método que usted use es menos importante que la tarea de averiguar los problemas del cliente y proporcionar retroalimentación al cliente acerca de sus problemas de una forma objetiva y centrada en el cliente. Usted guía la discusión y proporciona retroalimentación usando un estilo que no emite juicios, es curioso y colaborador y está centrado en el cliente. Si proporciona retroalimentación formal, lo hace únicamente cuando se lo pide el cliente o después de haber pedido permiso al cliente.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Me pregunto si deberíamos comenzar porque usted comparta conmigo alguna de las preocupaciones que lo trajeron a tratamiento. ¿Qué lo trajo a tratamiento?”

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

“Usted me ha dado una descripción excelente de algunas de sus preocupaciones. Me gustaría juntar la información que me proporcionó cuando empezamos este estudio de manera que los dos podamos tener una visión completa de qué podría ayudarle. ¿Eso estaría bien con usted?”

### **Avaluando sus destrezas al facilitar la discusión y ofrecer retroalimentación:**

#### ***Ejemplos de destrezas superiores:***

- Sus esfuerzos iniciales para facilitar una discusión de los problemas del cliente podrían ser considerablemente directos. Por ejemplo: “¿Qué ha estado pasando que lo llevó hasta venir a verme hoy?”
- Luego, usted anima al cliente a que elabore más acerca de sus problemas presentes, añadiendo entonces invitaciones o solicitudes anteriores. Por ejemplo: “Usted dijo antes que su esposa se había quejado de su consumo de bebida. ¿Puede darme más ejemplos de qué le ha dicho?”
- Su retroalimentación es individualizada de acuerdo a las experiencias del cliente y del auto-informe. Se presenta de forma clara, directa y en términos de apoyo desde una perspectiva libre de juicios.
- Usted usa preguntas abiertas, afirmaciones y reflexiones como parte del proceso de retroalimentación y sólo ofrece una retroalimentación formal cuando se lo pide el cliente o después de haber pedido permiso al cliente.

#### ***Ejemplos de destrezas inferiores:***

- Usted presenta al cliente su retroalimentación de una forma genérica que no es específica para las experiencias del cliente o el auto-informe.
- La retroalimentación que usted presenta no está clara o se presenta emitiendo juicio.
- Usted sermonea o llega a conclusiones por el cliente, sin proporcionarle oportunidad para responder a la retroalimentación que usted proporciona.

## Sección F: Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo

- Usted se presenta a sí mismo como un experto y limita la cantidad de tiempo que habla el cliente.
- Usted proporciona retroalimentación que el cliente no ha solicitado.

## **Planificación para el Cambio**

*La planificación para el cambio suele comenzar cuando discute con el cliente su preparación para preparar un plan de cambio. Trabajar con ese plan es una actividad colaboradora entre usted y el cliente. Usted abordará típicamente una serie de aspectos críticos de planificación para el cambio, como por ejemplo las metas que haya identificado el cliente por sí mismo, los pasos para lograr esas metas, la gente que sirve de apoyo y que esté disponible para ayudar al cliente, cualquier obstáculo para el plan de cambio que pueda existir y cómo abordar los impedimentos para el cambio.*

### **Comprometiendo al cliente con la planificación de cambio:**

Esta destreza implica ayudar al cliente a desarrollar un plan de cambio. El proceso podría incluir una discusión inicial de la preparación del cliente para preparar un plan de cambio. Esto puede incluir un proceso más formal como completar una Hoja de Trabajo de Planificación para el Cambio o una discusión menos formal con la que usted facilite el desarrollo de un plan sin completar una hoja de trabajo. En cualquiera de los casos, la intervención suele incluir una discusión que toque unos cuantos de estos aspectos:

1. Los cambios deseados,
2. Razones para querer hacer esos cambios,
3. Pasos para lograr esos cambios,
4. Gente disponible para apoyar el plan de cambio,
5. Impedimentos u obstáculos para cambiar y cómo abordarlos, y
6. Métodos para determinar si el plan ha funcionado.

Lo importante aquí es que usted guíe al cliente a través de una discusión profunda de la planificación de cambio. El proceso no tiene que incluir una revisión de una Hoja de Trabajo de Planificación para el Cambio, pero sí exige el desarrollo de un plan de cambio detallado durante la sesión.

**Ejemplos:**

*Clinico:* “Entonces, parece que ha tomado la decisión de dejar de usar drogas y reducir su consumo de bebida. Vamos a pasar un rato tratando de descifrar un plan que le ayude a comenzar a trabajar para lograr esa meta. ¿Qué es lo primero que le viene a la mente?”

“¿Qué cree que podría ser un obstáculo en este plan o hacer difícil que continúe haciendo estos cambios?”

“Parece que está listo para comenzar a delinear un plan para lograr su meta. Vamos a mirar la Hoja de Trabajo de Planificación para el Cambio y a ver que podría ser útil.”

**Avaluando sus destrezas en la planificación para el cambio:**

***Ejemplos de destrezas superiores:***

1. Antes de empezar a trabajar con un cliente, usted desarrolla un plan de cambio detallado que aborda la mayoría de las áreas claves de la planificación que se bosquejaron anteriormente.
2. Dedicar suficiente tiempo a explorar cada una de estas áreas y animar al cliente a elaborar mediante el uso de preguntas abiertas y reflexiones.
3. Usted usa un proceso sumamente colaborador al desarrollar el plan con el cliente. Esa clase de proceso tiende a fortalecer el compromiso del cliente con el cambio.
4. Si el cliente expresa ambivalencia al completar el plan, usted intenta resolverla tomando el rumbo del cambio en lugar de seguir, cuando es posible que el cliente no esté listo para continuar adelante.

***Ejemplos de destrezas inferiores:***

1. Usted aborda el proceso de planificación de cambio de forma superficial.
2. Usted no compromete activamente al cliente en la planificación de cambio.
3. Usted no individualiza el plan de acuerdo a las circunstancias únicas del cliente.
4. Usted adquiere un tono autoritario y de mando al completar el plan de cambio con el cliente.





## Sección G

### Formularios y Guía del Supervisor para Calificar las Cintas

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
1. Guía para Calificar las Cintas	2
2. Formularios para Calificar las Cintas – Originales	45
a. Hoja de Trabajo para Calificar	46
b. Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	48
c. Plan de Desarrollo de las Destrezas en EM	49
d. Informe de Auto-Avalúo del Clínico utilizando el Modelo de EM	50
3. Referencias	56

# **GUÍA DEL SUPERVISOR PARA CALIFICAR LAS CINTAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL:**

**Un Manual para Calificar la Consistencia y la  
Competencia del Clínico**

**Iniciativa Combinada de “NIDA/SAMHSA”**



Adaptación del Protocolo 005 de la Red de Pruebas Clínicas de “NIDA”:

*Entrevista Motivacional para mejorar el compromiso con el tratamiento y los  
resultados para los individuos que buscan tratamiento para abuso de  
sustancias*

## **RECONOCIMIENTOS**

Los miembros del Equipo Combinado de Entrevista Motivacional de “NIDA/SAMHSA”, con participantes que representan la Red de Trabajo Nacional de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*) de Tratamiento de Abuso de Sustancias de “NIDA” y la red de los Centros de Transferencia de Tecnología en Adicción de “CSAT” (por sus siglas en inglés, *Center for Substance Abuse Treatment*), han adaptado la Guía del Supervisor para Calificar las Cintas de EM partiendo del sistema de calificación de cintas para el supervisor, usando el protocolo 005 de “CTN” (*Entrevista Motivacional para mejorar el compromiso con el tratamiento y los resultados para los individuos que buscan tratamiento para abuso de sustancias*). Reconocemos con agradecimiento a los autores del sistema de calificación de cintas del protocolo (Samuel Ball, Ph.D., Steve Martino, Ph.D., Joanne Corvino, M.PÁG.H., Jon Morgenstern, Ph.D., y Kathleen Carroll, Ph.D.) y a todos los individuos que participaron y contribuyeron al desarrollo del sistema.

Queremos dar un reconocimiento especial a Kathleen Carroll, Ph.D., quien fue la Investigadora Principal del protocolo, a los adiestradores de los Nódulos de los “CTN” quienes ayudaron a refinar el sistema: Deborah Van Horn, Ph.D. – Nódulo “Delaware Valley”; Chris Farentinos, MD y Kathyleen Tomlin, LPC – Nódulo de Oregon; Doug Polcin, Ed.D., Jean Obert, MFT, MSM, y Robert Wirth, MA, MFT – Nódulo del Pacífico; y Charlotte Chapman, Ph.D. – Nódulo “Mid-Atlantic”), y a William Miller, Ph.D. y Theresa Moyers, Ph.D. quienes adiestraron a los adiestradores en el protocolo de “CTN”.

Por último, queremos dar especialmente gracias a los clínicos y clientes que participaron en el protocolo y los quince calificadores independientes de las cintas que calificaron aproximadamente 400 sesiones del protocolo y proporcionaron los datos para afinar el sistema. La culminación de esta Guía ha sido verdaderamente un esfuerzo conjunto en equipo para proporcionar a los supervisores y mentores una herramienta que promueva la mejor práctica de EM entre los clínicos de programas de tratamiento con sede en la comunidad.



# INTRODUCCIÓN

Este manual detalla un sistema para calificar la consistencia y la competencia de un clínico que usa la Entrevista Motivacional (EM), un acercamiento de tratamiento centrado en el cliente cuyo objetivo es el desarrollo y aumento de la motivación intrínseca para cambiar los comportamientos problemáticos (Miller y Rollnick, 2002). La consistencia del clínico a la EM se refiere a hasta qué punto implanta estrategias y técnicas específicas de la EM, como por ejemplo: cuánto la usaron. La competencia clínica en EM se refiere a la destreza con que los clínicos usan las intervenciones de EM, como por ejemplo: cuán “bien” lo hicieron. El objetivo de esta Guía es proporcionar a los supervisores y mentores una forma sistemática para monitorear el consistencia y la competencia del clínico de EM y para proporcionar a los clínicos con retroalimentación de supervisión individualizada y entrenamiento, como una forma de desarrollar y refinar más sus destrezas en EM.

Esta Guía es una modificación del sistema de supervisión para calificar cintas, usado en el Protocolo 005 (*Entrevista Motivacional para mejorar el compromiso y los resultados para los individuos que buscan tratamiento para abuso de sustancias*) de la Red de Trabajo Nacional de las Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*) de Abuso de Drogas de “NIDA”, y está basada en una adaptación de la Escala de Consistencia y Competencia de Yale (YACS, por sus siglas en inglés, *Yale Adherence Competence Scale*; Carroll, Nich, Sifry, Frankforter, Nuro, Ball, Fenton, y Rounsaville, 2000). En breve, “YACS” es un sistema general para evaluar el consistencia y la competencia del terapeuta entre varias clases de tratamientos para abuso de sustancias cubiertos en manuales. Se han usado algunas versiones anteriores en estudios de pruebas clínicas, incluyendo el Proyecto “MATCH” en el cual la Terapia de Aumento Motivacional (MET, por sus siglas en inglés, *Motivational Enhancement Therapy*) fue evaluada (Carroll, Connors, Cooney, DiClemente, Donovan, Longabaugh, Kadden, Rounsaville, Wirtz, y Zweben, 1998). La “YACS” ha demostrado una confiabilidad y habilidad altas para diferenciar la “MET” de otros tratamientos (Carroll et al., 1998, Carroll et al., 2000).

Esta Guía detalla un sistema para identificar las formas en que los clínicos pueden implantar las estrategias de consejería que son consistentes o inconsistentes con la EM. También establece los parámetros que pueden usar los supervisores para identificar la calidad o las destrezas de la intervención del clínico. Puesto que el sistema depende de la observación directa de la práctica de los clínicos en EM, por medio del uso de cintas de audio, tiene la capacidad de una supervisión sumamente individualizada basada en lo que los clínicos dicen y hacen en realidad durante las sesiones, en lugar de basarla únicamente en la retroalimentación de supervisión del auto-informe del clínico. Este acercamiento “auditivo” a la supervisión es muy importante dado que el auto-informe del clínico no está relacionado con los niveles de competencia de la práctica observada (Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, en imprenta).

Esta Guía se divide en cinco secciones:

- La primera sección, *Guías de Supervisión en EM*, describe las recomendaciones para las calificaciones del supervisor y hace sugerencias de cómo supervisar a los clínicos de una forma consistente con la EM.
- La segunda sección, *Guía General para Calificar Cintas*, provee a los supervisores seis recomendaciones acerca de cómo revisar las cintas de las sesiones y obtener calificaciones de consistencia y competencia que sean precisas y frecuentes.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

- La tercera sección, *Calificación de Consistencia y Competencia*, describe el sistema para calificar con qué frecuencia ocurrieron ciertas destrezas específicas de consejería durante una sesión (por ejemplo, Consistencia: Frecuencia y Duración) y la destreza o calidad al usar estas estrategias (por ejemplo, Competencia: Nivel de Destrezas).
- La cuarta sección, *Descripción de los Ítems de Calificación*, está dividida en tres subdivisiones. La primera subdivisión, *Ítems Consistentes con la EM*, contiene 10 ítems que describen las estrategias o técnicas de EM que los clínicos podrían usar para abordar los problemas por uso de sustancias de un cliente. La segunda subdivisión, *Ítems Inconsistentes con la EM*, contiene 6 ítems que son inconsistentes con un acercamiento de EM. El manual proporciona definiciones para cada uno de los ítems de las dos subdivisiones (Guías para Calificar Frecuencia y Extensión) ejemplos para ayudar a los supervisores a identificar cuando ocurre cada una de las estrategias y las guías para determinar el nivel de destrezas o la calidad con la que el clínico implantó la estrategia. Los ítems consistentes con la EM también hacen referencia a las herramientas de enseñanza que el supervisor podría usar con el clínico para desarrollar las áreas de destrezas que se tienen como objetivo. La tercera subdivisión, *Calificaciones Generales de la Motivación del Cliente*, contiene 2 ítems que abordan la motivación del cliente al principio y al final de la sesión.
- La quinta sección, *Formularios para Calificar las Cintas*, contiene una *Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de Entrevista Motivacional* para registrar cuándo ocurren las estrategias específicas y escribir ejemplos o anotaciones acerca de la calidad de las intervenciones. Con base en la información de la hoja de trabajo, el supervisor hace sus calificaciones finales de la consistencia y competencia y las registra claramente en el *Formulario de Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en Entrevista Motivacional*. El supervisor y el clínico deben comparar y discutir las calificaciones durante la supervisión y entonces desarrollar un *Plan de Desarrollo de Destrezas de Entrevista Motivacional* para abordar las necesidades identificadas durante la revisión de la cinta. Esta sección también contiene un *Informe de Sesión Clínica de Entrevista Motivacional* que el clínico tiene la opción de completar al final de cada sesión.

En distintas secciones del paquete de “MIA:STEP”, se incluyen otras herramientas de supervisión para ayudar a los clínicos a desarrollar y mantener la competencia en la EM. Las herramientas que resumen los conceptos y estrategias importantes de la EM, se encuentran en la Sección E. Las guías para el auto-avalúo de diez destrezas específicas de EM, se pueden encontrar en la Sección F. Todas estas herramientas se pueden reproducir y usar al dar mentoría a los clínicos mientras trabajan para mejorar sus competencias en las destrezas de EM.

# GUÍAS DE SUPERVISIÓN EN EM

Los supervisores y los mentores desempeñan un rol importante en el desarrollo de las destrezas en EM de los clínicos. La retroalimentación y el adiestramiento constantes ayudan a desarrollar y mantener las destrezas de los clínicos que están tratando de aprender la EM y otros tratamientos para abuso de sustancias basados en la evidencia (Miller et al, 2004; Sholomskas, Syracuse, Rounsaville, Ball, Nuro, y Carroll, 2005). Esta Guía provee un método para que los supervisores implanten estos estándares de forma que reflejen el proceso de supervisión usado en el protocolo de EM del “CTN”.

Para usar el sistema de calificación de cintas de EM, los supervisores necesitarán tener suficiente conocimiento, experiencia y apoyo. Las calificaciones mínimas para llevar a cabo una supervisión de EM incluyen: (1) completar un taller de 15 horas para desarrollar destrezas ofrecido por un adiestrador de “MINT” (Red de Trabajo de Adiestradores en Entrevista Motivacional, por sus siglas en inglés, *Motivational Interviewing Network of Trainers*), (2) interés para convertirse en un supervisor de EM, y (3) estar en un puesto con autoridad para supervisar otros miembros del equipo. Además, los supervisores deben tener el apoyo del grupo de liderazgo administrativo clínico para implantar este método de supervisión en sus agencias.

Antes de hacer un bosquejo de uno de los formatos sugeridos para llevar a cabo la supervisión en EM, los supervisores y mentores podrían beneficiarse de repasar las siguientes guías generales. Estas guías incluyen: (1) ser sensible a la simplicidad engañosa de aprender e implantar la EM, (2) prestar atención a las complicaciones que se presentan cuando el clínico usa estrategias inconsistentes con la EM mientras aprende la EM, (3) manejar la ansiedad de desempeño del clínico que se genera con la supervisión, (4) practicar lo que predica como supervisor por medio de una supervisión consistente con la EM, y (5) considerar los estándares de competencia en EM del clínico.

### ***Simplicidad Engañosa***

Llevar a cabo bien la EM, suele ser más difícil de lo que esperan los clínicos. Cuando se les preguntó, muchos de los clínicos reportaron que comúnmente usan muchas estrategias consistentes con la EM, como las preguntas abiertas y reflexiones, como fundamento de la forma en que trabajan con clientes y típicamente describen su trabajo como empático o en armonía con las necesidades del cliente (Ball, Bachrach, DeCarlo, Farentinos, Keen, McSherry, Polcin, Snead, Sockriter, Wrigley, Zammarelli, y Carroll, 2002). Puede que crean que el uso de las destrezas medulares de EM es sencillo o elemental y que pueden desempeñar estas estrategias considerablemente bien con poca práctica.

Aunque algunos clínicos descubren que aprender la EM es considerablemente manejable y progresan rápidamente en el desarrollo de destrezas en EM, muchos clínicos se tienen que esforzar para captar la esencia centrada en el cliente de la EM, reflejar con una profundidad y precisión en aumento, apreciar cómo impacta hacer preguntas (abiertas y cerradas) en la elaboración del cliente y el estilo de consejería, entender la relación entre el intercambio de ideas y la resistencia, y saber cómo proceder estratégicamente con métodos directivos para extraer

## **Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas**

comentarios al hablar en el intercambio de ideas y manejar diestramente la resistencia. Inclusive, reconocer el uso excesivo de las preguntas cerradas e incorporar preguntas más abiertas en la entrevista, puede ser retador para algunos clínicos.

La simplicidad engañosa de la EM representa un dilema para la supervisión. Si el supervisor transmite al clínico que éste posiblemente sea menos diestro de lo que creía ser, el supervisor y el clínico pueden caer en una trampa de confrontación en la que el supervisor se vuelve excesivamente correctivo o autoritario al señalar lo que el clínico hizo mal. El supervisor también podría fallar en abordar la ambivalencia comprensible del clínico en cuanto a aprender un acercamiento nuevo de consejería si éste está acostumbrado a llevar a cabo sesiones de otra forma. Al mismo tiempo, la responsabilidad del supervisor es promover la mejor práctica en EM por parte del clínico (por ejemplo: aumentar los comportamientos consistentes con la EM y disminuir los comportamientos inconsistentes con la EM) y ayudar al clínico a apreciar que la EM es más difícil de aprender que lo que parece a simple vista. El supervisor navega este dilema al reconocer cualquier familiaridad que el clínico tenga con las técnicas de la EM e indaga acerca de la experiencia del clínico usando estas destrezas. El supervisor intenta encontrarse con el clínico donde éste se encuentre, tanto en términos de su interés en aprender la EM y las destrezas iniciales que el clínico traiga a la supervisión. El supervisor pregunta entonces al clínico en qué forma espera mejorar su desarrollo. De esta forma, el supervisor maneja la resistencia al adiestramiento y a la supervisión, fomenta un ambiente de aprendizaje colaborador y prepara el escenario para que el clínico descubra y desarrolle sus propias destrezas esenciales en EM. Mientras el supervisor proporciona al cliente retroalimentación objetiva de las calificaciones de las cintas, el clínico se puede volver más atento a sus fortalezas y debilidades y apreciar las sutilezas y retos que presenta el uso de la EM. Por tanto, la supervisión efectiva en EM, incorpora muchos elementos de ser un clínico diestro en EM.

### ***Comportamientos de Consejería Inconsistentes con la EM***

Algunas veces un clínico puede experimentar resistencia a aprender EM cuando se da cuenta de que sus comportamientos de consejería, pueden ser inconsistentes con un acercamiento de EM. Este tipo de resistencia puede surgir cuando el supervisor da la retroalimentación en cuanto al desempeño del clínico según la calificación de la cinta grabada. Igual que en la EM, el supervisor evita transmitir que la EM es el “mejor” acercamiento de consejería o el “preferido”. Otros métodos podrían ser alternativas apropiadas. De hecho, la investigación clínica no sustenta la superioridad de ninguno de los acercamientos principales de consejería en adicción, siempre y cuando se lleven a cabo con un nivel elevado de competencia y se hayan validado empíricamente. (“Project Match Research Group”, 1997, 1998). En cambio, el supervisor presenta la EM por sus propios méritos y anima al clínico a que considere lo que crea de la misma y a que trate de aprender y practicarla en su forma más pura. La libertad del clínico para escoger cómo brindar consejería a sus clientes al fin y al cabo podría parecer obvia, pero podría valer la pena mencionarla en este momento. La clave es que el supervisor evite caer en la trampa de “saber más” que el clínico y afirme su respeto hacia la variedad de formas en que el clínico puede aconsejar a otros. Al mismo tiempo, el supervisor destaca que el objetivo de la supervisión de EM es desarrollar la consistencia y la competencia del clínico con la EM y este proceso acarrea limitar o eliminar prácticas o estilos de consejería que no funcionen bien con la EM, y que podrían usarse después de que se haya llevado a cabo la EM. Una vez se haya

## **Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas**

establecido esto, el examen de cómo se pueden colocar en secuencia e integrar otros acercamientos con la EM (por ej., incorporar adiestramiento de destrezas de prevención de recaídas después de aumentar la motivación de un cliente para que cambie los patrones de uso de sustancias), se puede volver al enfoque de la supervisión.

### ***Ansiedad del Clínico ante el Desempeño***

Del mismo modo en que los supervisores podrían no estar familiarizados con el método de supervisión que se bosqueja en esta Guía, los clínicos podrían encontrar el acercamiento algo nuevo y podrían sorprenderse con la atención que da el supervisor a su desempeño real usando la EM, en lugar de depender exclusivamente del auto-informe. A pesar de que muchos clínicos consideran que el grado de especificidad y lo que se pretende adiestrar es muy útil y que está claro que se beneficiarán del mismo (Miller et al., en imprenta), ocasionalmente algunos clínicos podrían ponerse ansiosos por el escrutinio de su trabajo y sentirse incómodos con el proceso. Si los clínicos reaccionan de esta manera, el supervisor podría reforzar la expectativa de que aprender la EM requiere tiempo de práctica y que los clínicos suelen experimentar algunas dificultades al principio para implantar el acercamiento con fidelidad. Los esfuerzos del supervisor para reconocer y afirmar las fortalezas de desempeño del clínico a menudo ayudan a aliviar la ansiedad ante el desempeño y apoyan la auto-eficacia de los clínicos cuando llevan a cabo la EM.

### ***Practique lo que Predica***

Los tres dilemas de supervisión anteriores, recalcan la importancia de llevar a cabo supervisión en EM de una forma que sea consistente con la EM. Esto significa que el supervisor evita presentarse como el experto completamente armado con las calificaciones de las cintas y retroalimentación útil, aunque sea con buenas intenciones. En cambio, los supervisores en EM indagan sobre el punto de vista del clínico en cuanto a su desempeño en EM antes de comentar acerca de la sesión. Concentrarse en qué áreas de la EM estuvieron bien, cuál fue el progreso, qué retos tuvieron lugar, qué otras ideas u opciones los clínicos podrían contemplar retrospectivamente, qué comunicó el cliente y cómo seguir adelante con el cliente, son todas áreas de discusión fructíferas. Por estar vinculado con estas áreas, el supervisor presenta los resultados de la calificación de la cinta y pide las reacciones del clínico. Con base en estas discusiones, el supervisor ayuda al clínico a identificar las áreas focales para mejorar el desempeño, reflejando el proceso de planificación de cambio.

El supervisor también trata de entender la resistencia a aprender EM como una oportunidad para ver cuál es la mejor forma de integrar la EM dentro de la práctica de un clínico. La resistencia a aprender la EM no necesariamente significa que un clínico no quiere aprender ni practicar la EM. Durante la implantación, el clínico podría enfrentar dilemas reales que involucran las prácticas de la agencia que evitan un uso de EM que sea competente (por ej., exigencias de recopilar una cantidad de información enorme con restricciones de tiempo durante la admisión, los clientes se presentan con problemas y síntomas complicados que hacen que el uso de la EM sea más retador). Escuchar atentamente y entender esta “resistencia” es una parte importante de la supervisión, como la maneje el supervisor, afectará la motivación del clínico para incorporar la EM a su acercamiento de consejería. Igual que la EM comparte con el clínico la responsabilidad de

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

aumentar la motivación de los clientes para cambiar, el supervisor comparte la responsabilidad de la forma en que el clínico lleva a cabo la EM.

Finalmente, el supervisor y el clínico tienen la discreción de usar métodos adicionales para fomentar la mejor práctica de EM por parte del clínico. Algunas opciones incluyen:

1. Hacer que el clínico complete el Informe de Sesión Clínica de EM después de las sesiones y discutirlo con el supervisor;
2. Repasar los manuales de EM, capítulos de libros de texto o las cintas de adiestramiento de EM;
3. Escuchar juntos las sesiones grabadas para destacar las destrezas de buen desempeño y discutir qué más pudo haber dicho el clínico cuando la entrevista se alejó de la competencia al Modelo;
4. Usar juegos estructurados en los que se representa un papel para abordar las áreas de destrezas que necesitan desarrollo o circunstancias clínicas en las que presentaron dificultades al usar la EM;
5. Formar un grupo de supervisión o de pares para fomentar un interés mayor y la diseminación de la EM dentro de la agencia.

Por medio de este proceso, el supervisor trata de hacer disponibles para el clínico los recursos de la EM. El clínico conserva la libertad de escoger qué formas adicionales pueden aumentar la experiencia de supervisión.

En resumen, el estilo al supervisar clínicos en EM, es un reflejo del estilo general de la EM a este acercamiento. La supervisión de EM está centrada fundamentalmente en el clínico y aborda el desarrollo de la competencia de un clínico en EM como un trabajo colaborador en progreso. Al practicar lo que se predica, el supervisor moldea para el clínico un estilo de interacción esencial para desempeñarse en la EM y aumenta igualmente la motivación intrínseca para aprender el acercamiento.

### ***Un Formato de Supervisión Sugerido al Usar la Retroalimentación de la Calificación de Cintas***

La Guía del Supervisor para Calificar las Cintas, es un método para evaluar el desempeño del clínico en EM y para crear la retroalimentación que provee la base de un adiestramiento continuo individualizado. Mientras el clínico escucha la sesión grabada, el supervisor califica la sesión usando la *Hoja de Trabajo para Calificar las Cintas de EM* y luego completa el *Formulario de Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en EM*. **Estas calificaciones sólo se completan durante los primeros y últimos 20 minutos de la sesión** cuando el clínico está usando la EM como parte del sándwich de avalúo. Puesto que la porción central del avalúo de EM implica la recopilación de información necesaria para completar el formulario de admisión, algunas veces incluyendo la administración del *Índice de Severidad de Adicción* (McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati, y Argeriou, 1992) u otras herramientas de avalúo de admisión, calificar esta porción de la sesión no es útil para evaluar y supervisar la competencia de un clínico en EM. Además, el supervisor tiene la opción de pedir al clínico que complete el *Informe de Sesión Clínica de EM* después de llevar a cabo la sesión de consejería para ayudar a sensibilizar al clínico en cuanto a sus esfuerzos por usar la EM, aumentar las destrezas de auto-

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

evaluación en EM y fomentar la colaboración entre el supervisor y el clínico al comparar las calificaciones de los ítems. El supervisor se puede reunir individualmente con el clínico, usar un modelo de supervisión grupal en el cual los clínicos rotan la presentación de su trabajo o incorporar los dos métodos para repasar el desempeño en EM. Las sesiones de supervisión individual suelen requerir un mínimo de 30 minutos para proveer retroalimentación y entrenamiento. La supervisión grupal en EM suele tomar una hora.

Mientras el supervisor y el clínico moldean la sesión de supervisión de acuerdo a sus necesidades, se sugiere el formato a continuación:

1. Discutir abiertamente la percepción del clínico de su sesión. Afirmar el uso del clínico del *Informe de Sesión Clínica de EM* y, de ser necesario, recordar al clínico que es una herramienta adicional que está disponible para fortalecer sus destrezas en EM.
2. Reflejar los puntos principales del clínico. Buscar oportunidades para apoyar los esfuerzos del clínico para usar la EM en la sesión y apreciar los retos que podría tener el clínico al tratar de ser consistente a la EM.
3. Proveer al clínico retroalimentación del *Formulario de Retroalimentación de la Consistencia y Competencia en EM*. Comenzar por concentrarse en las áreas en las que el clínico se desempeñó bien. Luego, señalar las áreas en que el clínico se esforzó y proporcionar algunas ideas en colaboración con el clínico sobre qué pudo haber contribuido a estas dificultades (por ej., resistencia elevada del cliente o cliente relativamente callado, la proporción entre preguntas y reflexiones fue muy elevada, etc.). Discutir formas para mejorar las habilidades del cliente en estas áreas.
4. Pida al clínico que identifique un área en la que desea concentrarse. Pase tiempo discutiendo este tema y, según se indica, suplemente la discusión con la revisión de las estrategias y técnicas de EM. Usar escenarios en los que se representen distintos roles, suelen ser útiles para estos fines. El uso del Plan de Desarrollo de Destrezas de EM, puede ayudar a aclarar los objetivos de aprendizaje y los métodos tanto para el supervisor como para el clínico.
5. Bien sea con el permiso o a solicitud del clínico, escuchen un segmento de la cinta juntos y consideren retrospectivamente qué más pudo haber dicho o hecho el clínico. Este ejercicio puede ser particularmente útil para proporcionarle con retroalimentación y oportunidades para el desarrollo de destrezas.
6. Resuma la sesión de supervisión con un repaso conciso de las fortalezas del clínico y de los objetivos de aprendizaje sobre la marcha.
7. Programe la próxima sesión de supervisión y repase con el clínico el itinerario para conseguir otra sesión grabada con el cliente y que usted la califique.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### ***Estándares de Competencia en EM del Clínico***

La supervisión también acarrea adiestrar a los clínicos en algunos estándares de competencia y usar estos estándares para evaluar el desempeño. El protocolo de Avalúo de EM tenía estándares de competencia para certificar clínicos como suficientemente competentes para implantar el avalúo de entrevista motivacional. Los estándares fueron definidos por el equipo de desarrollo del protocolo y representaban una decisión de consenso entre los miembros del equipo. Miller también ha propuesto estándares preliminares de competencia para la EM (Miller y Mount, 2001), basándose en un sistema de calificación alterno llamado sistema de codificación de destrezas en entrevista motivacional o el “MISC” (por sus siglas en inglés, *Motivational Interviewing Skills Coding*). Además, una adaptación más breve del “MISC”, llamada código de integridad en tratamiento con entrevista motivacional (por sus siglas en inglés, *Motivational Interviewing Treatment Integrity Code*) está disponible. Los supervisores interesados en aprender más sobre estos sistemas, deben acceder el siguiente sitio en la red: <http://casaa.unm.edu>. Sin embargo, los estándares de competencia para este protocolo se establecieron para proveer un marco de competencia que fuera factible para la práctica clínica entre los clínicos de programas de tratamiento con sede en comunidades y suficiente para asegurar un nivel adecuado de desempeño en EM en el estudio, en ausencia de puntos de referencias existentes (Carroll, Farentinos, Ball, Crits-Christoph, Libby, Morgenstern, Obert, Polcin, y Woody, 2002).

Para ser considerado con suficientes destrezas para llevar a cabo un avalúo de EM, los clínicos tenían que demostrar durante varias sesiones el uso de por lo menos la mitad de los ítems consistentes con la EM, de tres a cuatro veces, es decir, recibir “Un Poco” (4) de calificación en la frecuencia y la extensión, y por lo menos “Adecuado” (4) en la calificación del nivel de destrezas. En otras palabras, el clínico tenía que demostrar la capacidad para usar una cantidad moderada de estrategias y destrezas de EM y demostrar un nivel de desempeño adecuado al implantarlas. Después de alcanzar estos estándares, la supervisión de los clínicos continuaba cada dos semanas a lo largo del protocolo usando el método de supervisión detallada en este manual para mantener o tener mayores ganancias con el desempeño de los clínicos de EM. Si durante tres sesiones consecutivas el clínico tenía puntuaciones por debajo de los estándares de competencia, el clínico no procedía a implantar la intervención de EM y recibía adiestramiento, retroalimentación y apoyo adicional hasta que demostrara nuevamente tener los estándares mínimos de competencia en EM. Los supervisores podían elegir usar el protocolo de los estándares de competencia en EM como puntos de referencia de supervisión para sus clínicos.



# GUÍAS GENERALES PARA CALIFICAR CINTAS

Calificar las cintas de las sesiones de consejería y usar estas calificaciones como la base para la supervisión clínica, puede ser desconocido para muchos supervisores y clínicos. La calificación de las cintas por parte del supervisor, exige un supervisor que siga cuidadosamente el sistema esbozado en esta Guía y que aprenda cómo usarlo con precisión y consistencia como una herramienta principal de supervisión. Este acercamiento sistemático a la supervisión asegura un enfoque uniforme para el entendimiento que se ofrece como parte de y entre las sesiones de consejería, permite que se compare el desempeño en EM entre distintos clínicos y proporciona un medio para que el supervisor y el clínico mantengan un registro del desempeño del clínico con el paso del tiempo. Para aumentar al máximo estas capacidades, recomendamos que los supervisores sigan varias guías al calificar la consistencia y la competencia del clínico en EM:

### **1. Califique los Comportamientos Observables del Clínico y los Esfuerzos de Facilitación:**

Cada uno de los ítems describe comportamientos explícitos que puede observar un supervisor cuando escucha una sesión grabada. El supervisor califica únicamente los ejemplos observables en que un clínico implanta una estrategia consistente con la EM o que esté contraindicada por el acercamiento. El comportamiento del clínico y las respuestas a las intervenciones del clínico no impactan las calificaciones. El supervisor simplemente considera lo que el clínico intentó o facilitó en realidad y califica estos esfuerzos de acuerdo a las definiciones específicas de los ítems. El supervisor debe tener ejemplos específicos en mente para justificar las calificaciones.

### **2. Evite la Calificación Prejuiciada:**

Esta escala de calificación de consistencia y competencia en EM, esta diseñada con el propósito de describir con precisión el comportamiento del clínico en la sesión. Para obtener el nivel más alto de precisión, el supervisor debe estar atento a las calificaciones que puedan reflejar prejuicio y esforzarse para no se vea arrastrado indebidamente por:

- otros comportamientos que haya asumido el clínico durante la sesión;
- calificaciones dadas a otros ítems;
- cuán diestro considera el supervisor al clínico;
- cuánto gusta el clínico al supervisor.

### **3. Califique el Comportamiento del Clínico en todos los Ítems Aplicables:**

El planteamiento o pregunta de un clínico debe tener relevancia con varios ítems. Como algunos ítems se pueden solapar en términos del alcance de su cobertura, el mismo comportamiento del clínico que se calificó apropiadamente en un ítem puede aplicar también a otro. Los supervisores deben considerar cuidadosamente lo que han observado y codificar su observación en todos los ítems que aplique. Por ejemplo, un clínico puede preguntar a un cliente al principio de una sesión: ¿Cuáles son las cosas buenas y malas que consigue al beber?” Esta pregunta es abierta (Ítem 2 – Preguntas Abiertas) y se relaciona con las ventajas y desventajas

## **Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas**

del uso de sustancias (Ítem 8 – Ventajas, Desventajas y Ambivalencia). Los supervisores deben calificar este suceso en los dos ítems.

### **4. Use la Guía del Supervisor Durante Cada Una de las Sesiones de Calificación:**

Para evitar que la calificación del supervisor no se quede a la deriva, recomendamos enfáticamente que todos los supervisores repasen regularmente la Guía del Supervisor para Calificar Cintas de EM mientras estén calificando una sesión. La Guía proporciona definiciones, instrucciones y ejemplos específicos para fomentar la calificación precisa. Debido a la complejidad de los ítems de la escala, es esencial que los supervisores estén completamente familiarizados con las definiciones de los ítems antes de calificarlos. Si los supervisores no están seguros de cómo calificar lo que el clínico ha dicho, deben parar la cinta y referirse a la Guía para identificar las mejores descripciones para parear el ítem.

### **5. Revise las porciones de EM de la Sesión de Avalúo de EM, Registre los Comportamientos del Clínico y Tome Notas antes de Dar una Calificación:**

Los supervisores deben escuchar los primeros y últimos 20 minutos de la sesión antes de hacer las calificaciones finales. Estas porciones de la sesión capturan las partes del sándwich de avalúo de la EM, cuando la EM se usa en ausencia de herramientas de avalúo para admisión más estructuradas. Mientras escuchan la sesión, los supervisores deben hacer marcas de galón ( / ) para indicar cuando un ítem ha ocurrido. Los supervisores deben registrar toda esta información en la Hoja de Trabajo para Calificar Cintas (proporcionada en la sección del Formulario para Calificar Cintas de esta Guía). Registrar y tomar notas aumenta la precisión de las calificaciones ya que mantiene a los supervisores concentrados en lo que sucedió en realidad en la sesión y proporciona a los supervisores información crítica para hacer las calificaciones finales en todos los ítems. En particular, tomar apuntes narrativos ayuda grandemente a los supervisores al calificar el Nivel de Destrezas y dar retroalimentación y apoyo individualizados de acuerdo a las necesidades de adiestramiento particulares para el clínico.

### **6. Proteja la Confidencialidad:**

Todas las cintas de audio y las hojas de calificación y puntuaciones son materiales confidenciales. Para mantener la confidencialidad, los supervisores deben pedir a los clínicos que no escriban ninguna información personal en ninguna cinta o formulario. Además, los clínicos necesitarán conseguir un consentimiento para grabar que repasa cómo se deben manejar las cintas y el propósito de grabar la sesión. Una vez se obtiene el consentimiento, los supervisores tienen que escuchar las cintas y calificar las sesiones en lugares que garanticen la confidencialidad. En otras palabras, los supervisores deben manejar las cintas igual que los expedientes médicos y no dejar ni las cintas ni el material de calificación desatendidos.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### CALIFICANDO LA CONSISTENCIA Y LA COMPETENCIA

Para todos los ítems, los supervisores tienen que distinguir entre la Consistencia (1) del clínico: Frecuencia y Extensión al usar las estrategias, y (2) Competencia: Nivel de Destrezas al implantar estas estrategias. El sistema específico para codificar la cinta para consistencia y competencia se describe más adelante.

#### **1. Consistencia: Frecuencia y Extensión**

La calificación de consistencia se mezcla tanto con la Frecuencia (por ej., la cantidad de veces discretas en que el clínico participa en la intervención) y Extensión (por ej., la profundidad o el detalle con que el clínico cubre cualquier intervención dada). Estas dimensiones separadas pero relacionadas informan cada calificación interactivamente. En otras palabras, las calificaciones más elevadas implican comportamientos clínicos que son altos en frecuencia como en extensión, mientras que las puntuaciones que fluctúan en el centro, pueden reflejar comportamientos que se hicieron con menos frecuencia o con menos profundidad. Todos los supervisores usan las definiciones siguientes para hacer sus calificaciones finales de Frecuencia y Extensión para cada uno de los ítems.

#### **Calificación de:**

<u>1 = En lo absoluto</u>	La variable no ocurrió explícitamente nunca.
<u>2 = Casi nada</u>	La variable ocurrió una vez y no se abordó con profundidad.
<u>3 = Infrecuente</u>	La variable ocurrió dos veces, pero no se abordó en detalle o con profundidad.
<u>4 = Un poco</u>	La variable ocurrió una vez y se abordó con cierto detalle <u>o</u> la variable ocurrió de 3 a 4 veces, pero todas las intervenciones fueron breves.
<u>5 = Bastante</u>	La variable ocurrió más de una vez en la sesión, y por lo menos una vez con cierto detalle o profundidad <u>o</u> la variable ocurrió de 5 a 6 veces, pero toda las intervenciones fueron muy breves.
<u>6 = Considerablemente</u>	La variable ocurrió varias veces durante la sesión y casi siempre con cierta profundidad o detalle <u>o</u> la variable ocurrió más de 6 veces, pero todas las intervenciones fueron muy breves.
<u>7 = Extensamente</u>	La variable ocurrió muchas veces casi al punto de dominar la sesión y se abordó con una profundidad y detalle elaborados <u>o</u> la variable ocurrió brevemente con una frecuencia tan elevada que se volvió difícil de contar.

Para las calificaciones de Frecuencia y Extensión, el punto de inicio para cada uno de los ítems en la escala es “1”. El supervisor debe asignar una calificación mayor de “1” sólo si oye ejemplos del comportamiento especificado en los ítems. El supervisor tiene que ser capaz de

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

justificar con ejemplos la calificación asignada a cada ítem. Esta guía proporciona muchos ejemplos de comportamientos clínicos que “contarían” o respaldarían cada ítem.

Para adquirir conteos precisos, los supervisores deben usar una marca de galón ( / ) o registrar el sistema de marcas mientras revisan la cinta. Usando la Hoja de Trabajo para Calificar Cintas, los supervisores deben hacer una marca de galón al lado del ítem cuando éste ocurra. Si el ítem ocurre más de una vez, debe haber el número de marcas de galón correspondiente (por ej., el ítem mencionado 3 veces debe verse como éste: / / /). Si un ítem ocurre en detalle, la(s) marca(s) de galón se pueden circular para ayudar a los supervisores a tomar una determinación final de calificación (por ej., al terminar de escuchar toda la sesión) que incluye la consideración de la profundidad/extensión de las intervenciones de consejería.

Cabe señalar que los supervisores deben calificar todas las instancias en que ocurra un ítem. En algunos casos, un ítem tendrá una cantidad grande de marcas de galón sin circular que indican una frecuencia elevada de intervenciones breves. Algunas veces, puede que haya habido muy pocas instancias o ninguna. En otros casos, el supervisor tiene que convertir sus registros de la Hoja de Trabajo para Calificar Cintas a las calificaciones finales del Formulario del Supervisor para Calificar Cintas. El sistema de marcas de galón debe capturar el mejor juicio posible del supervisor en términos generales del estilo y técnica que usó el clínico durante la sesión. Por ejemplo, las anotaciones de calificaciones correspondientes podrían verse así:

<b>1 (En lo absoluto) =</b> <i>La variable no ocurrió explícitamente nunca.</i>	<b>(sin marcas de galón)</b>
<b>2 (Un poco) =</b> una marca de galón, sin circular <i>La variable ocurrió una vez y no se abordó con profundidad.</i>	<b>( / )</b>
<b>3 (Infrecuente) =</b> dos marcas de galón, sin circular <i>La variable ocurrió dos veces, pero no se abordó en detalle o con profundidad.</i>	<b>( // )</b>
<b>4 (Un poco) =</b> una marca de galón circulada <i>La variable ocurrió una vez y se abordó con cierto detalle <u>Q</u> la variable ocurrió de 3 a 4 veces, pero todas las intervenciones fueron breves.</i>	<b>( Ø )</b> <b>( /// )</b>
<b>5 (Bastante) =</b> dos o tres marcas de galón, al menos una circulada <i>La variable ocurrió más de una vez en la sesión, y por lo menos una vez con cierto detalle o profundidad <u>Q</u> la variable ocurrió de 5 a 6 veces, pero todas las intervenciones fueron muy breves.</i>	<b>( Ø // )</b> <b>( ///// )</b>

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

**6 (Considerablemente)** = más de tres marcas de galón, varias circuladas ( Ø / Ø / ) ( // // // // // )  
La variable ocurrió varias veces durante la sesión y casi siempre con cierta / )  
profundidad o detalle Q la variable ocurrió más de 6 veces, pero todas las intervenciones fueron muy breves.

**7 (Extensamente)** = más de cinco marcas de galón, casi todas ( Ø Ø Ø Ø / Ø Ø )  
circuladas ( // // // // // // // // // // // )  
La variable ocurrió muchas veces casi al punto de dominar la sesión y se abordó con una profundidad y detalle elaborados Q la variable ocurrió brevemente con una frecuencia tan elevada que se volvió difícil de contar

## 2. Competencia: Nivel de Destrezas

La competencia del clínico o el Nivel de Destrezas se refiere a la demostración del clínico de:

- experiencia y competencia
- momento oportuno para la intervención
- claridad de lenguaje
- responder de acuerdo a donde parece estar el cliente

Todos los supervisores usan las definiciones siguientes para hacer sus calificaciones finales del Nivel de Destrezas para cada uno de los ítems:

### Calificación:

<u>9 = En lo absoluto</u>	La variable no se observó (por ej., calificado “1” por Frecuencia y Extensión).
<u>1 = Muy pobre</u>	El clínico manejó esto de una forma inaceptable inclusive no profesional.
<u>2 = Pobre</u>	El clínico manejó esto pobremente (por Ej., demostrando una falta de experiencia, entendimiento, competencia o compromiso obvios, escogió momentos inapropiados, lenguaje confuso).
<u>3 = Aceptable</u>	El clínico manejó esto de forma aceptable, pero menos que de forma “promedio”.
<u>4 = Adecuado</u>	El clínico manejó esto de una manera característica de un clínico “promedio”, “suficientemente bien”.
<u>5 = Bueno</u>	El clínico manejó esto de una manera mejor que de forma “promedio”.
<u>6 = Muy bueno</u>	El clínico demostró destrezas y experiencia al manejar este aspecto.
<u>7 = Excelente</u>	El clínico demostró un nivel elevado de excelencia y dominio en esta área.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

Al calificar el Nivel de Destrezas, el punto de arranque para calificar cada uno de los ítems debe ser “4”. Es decir, los supervisores deben comenzar por asumir que un clínico se comportará adecuadamente o a un nivel adecuado. Los supervisores que asignan las puntuaciones de la escala por encima de un “4”, deben tener ejemplos o anotaciones en mente para apoyar sus puntuaciones. Para ayudar a los supervisores con esta tarea, esta Guía proporciona las Guías para Calificar el Nivel de Destrezas que describen cómo una estrategia específica es de calidad inferior o superior en relación a una puntuación “adecuada” de “4”.

Un método útil para registrar las puntuaciones del Nivel de Destrezas mientras escucha la sesión, es combinarlas con el sistema de marcas de galón. Cuando ocurra una estrategia con una destreza adecuada, el supervisor registra una sola marca de galón sin una anotación acerca de la calidad ( / ). La ausencia de una anotación siempre se relaciona a un nivel de destrezas adecuado. Si una estrategia ocurre con más o menos un nivel de destrezas adecuado, el supervisor registra una marca de galón con un número sobrescrito que corresponda con el Nivel de Destreza específico. Por ejemplo, una estrategia implantada con destrezas pobres podría verse así <sup>2</sup>. Una estrategia implantada con muy buenas destrezas podría verse así <sup>6</sup>. Los supervisores también pueden incluir unos cuantos ejemplos narrativos de estrategias de calidad superiores o inferiores en la hoja de trabajo. De esta manera, los supervisores pueden organizar los datos eficazmente y escoger y promediar más fácilmente las distintas calificaciones del Nivel de Destrezas para determinar y justificar las calificaciones finales de competencia para cada uno de los ítems. Estos narrativos también son muy útiles en la supervisión para proporcionar ejemplos específicos.

A pesar de que se puede solapar significativamente el Nivel de Destrezas de su efectividad (implícito en la respuesta verbal del cliente), el Nivel de Destrezas no es igual a la efectividad en que no exige la respuesta positiva del cliente. Un clínico puede tener una puntuación más elevada en el Nivel de Destrezas de un ítem en particular, independientemente de la respuesta del cliente. Igualmente, se debe distinguir el Nivel de Destrezas de la Frecuencia y Extensión. Por ejemplo, la puntuación de “6” de un clínico en Frecuencia y Extensión para un ítem en particular no significa necesariamente que el Nivel de Destrezas fue elevado. Los supervisores deben calificar el Nivel de Destrezas independientemente de la Frecuencia y Extensión. Por tanto, es totalmente adecuado dar una calificación de “3” en Nivel de Destrezas aún cuando la calificación de Frecuencia y Extensión sea de un “6”.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

# DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS DE CALIFICACIÓN

Esta sección describe en detalle las distintas estrategias de consejería que puede usar un clínico durante una sesión. Los ítems del 1 al 10 definen estrategias que son consistentes con la EM y críticas para este acercamiento (por ej., preguntas abiertas, afirmaciones de fortalezas y auto-eficacia, planteamientos reflexivos). Los ítems del 11 al 15 definen estrategias que son inconsistentes con la EM (dar consejos sin que se le haya pedido, confrontación directa, enfatizar la abstinencia, enfatizar la impotencia y pérdida de control, imponer autoridad) y socavar el estilo o espíritu general de la EM. El Ítem 16 (preguntas cerradas) es un ítem opcional adicional inconsistente con la EM que puede ser útil para los supervisores rastrearlo como parte de sus esfuerzos para aumentar la competencia del clínico en EM. Cada ítem incluye una definición específica, guías para calificar la frecuencia y la extensión para ayudar al supervisor a captar todas las instancias del mismo, ejemplos específicos y guías para calificar las destrezas generales demostradas por el clínico al usar la estrategia en particular. Recomendamos enfáticamente a los supervisores que se familiaricen con los ítems de calificación y usen de referencia constantemente las definiciones para poder proporcionar a los clínicos con la retroalimentación de la calificación de las cintas y el adiestramiento lo más precisos, consistentes e individualizados posibles.

### *Ítems Consistentes con la EM*

**1. ESTILO O ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: *¿Hasta qué punto el clínico proporcionó retroalimentación discreta, fluyó con la resistencia (por ej., evitó argumentos, cambio de enfoque), y usó un acercamiento de apoyo, cálido, libre de juicio y colaborador? ¿Hasta qué punto el clínico transmitió sensibilidad empática por medio de las palabras y el tono de voz, demostró preocupación genuina y conciencia de las experiencias del cliente? ¿Hasta qué punto el clínico siguió la dirección del cliente en la discusión en lugar de estructurar la discusión de acuerdo a la agenda del clínico?***

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem se refiere a por cuánto tiempo mantuvo el clínico un acercamiento empático, colaborador y manejó diestramente la resistencia en lugar de enfrentarla mientras intenta conseguir la motivación del cliente para el cambio. Este estilo terapéutico tiene un interés calmado y una apreciación de las experiencias y opiniones del cliente. El clínico transmite sensibilidad empática por medio de sus palabras y el tono de voz y demuestra una preocupación genuina y conciencia de las experiencias del cliente. El clínico evita aconsejar o dirigir al cliente sin que se le haya solicitado. La toma de decisiones se comparte. Mientras el clínico escucha atentamente al cliente, el clínico usa la retroalimentación del cliente a lo que le ha dicho como una guía para seguir adelante con la sesión. El clínico evita argumentar y esquiva las discusiones conflictivas o cambia de enfoque para cambiar a lo que podría ser más productivo. En breve, este ítem captura la forma en que un clínico se comporta centrándose en el cliente, lo que mantiene mientras lleva a cabo la EM.

*Una calificación elevada de Frecuencia/Extensión podría lograrse si el clínico mantiene consistentemente la esencia de la EM y persigue un entendimiento preciso del cliente a lo largo de la sesión y demuestra claramente habilidad para responder sin ponerse a la defensiva a los comportamientos de resistencia del cliente como argumentar, interrumpir, negar (negación), o ignorar. El clínico parece tener facilidad para usar las destrezas medulares de EM como las preguntas abiertas, reflexiones, afirmaciones y resúmenes, e integra estas destrezas con una*

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

variedad de otras técnicas usadas para extraer de forma más directa planteamientos auto-motivacionales del cliente y para reducir la resistencia como por ejemplo: Reflejo Ampliado (reflexionando sobre los planteamientos de una forma exagerada); Reflejo desde dos ángulos (reformular lo que ha dicho el cliente, pero recordándole las cosas contradictorias que haya dicho anteriormente).

### **Ejemplo:**

*Cliente:* “¿Por qué me sigue pidiendo que le hable de mi uso de cocaína? Mis hijos me están volviendo loca. ¡Usted también usaría cocaína si tuviera mis problemas!”

*Clínico:* “Usted tiene un buen punto. Quizás deberíamos pensar en traer a su familia a la próxima sesión. Este problema podría incluir a otras personas.”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Un clínico demuestra un estilo/esencia de una calidad elevada en entrevista motivacional cuando establece un tono general de colaboración y respeto. El clínico demuestra que se interesa por lo que está diciendo y se esfuerza por entender con precisión y reflejar los planteamientos del cliente. El clínico usa cualquier estrategia terapéutica específicas en favor de promover un estilo o espíritu general de entrevista motivacional. Un clínico también demuestra destrezas superiores cuando, a lo largo de la sesión, usa hábilmente las reacciones del cliente como una guía para formular las siguientes estrategias y técnicas de EM. La armonía del clínico con el cliente es obvia.

*Inferior:* Un estilo deficiente de entrevista motivacional ocurre cuando el clínico controla el proceso de la entrevista, facilita deficientemente que el cliente explore de forma abierta sus áreas problemáticas y la motivación para el cambio y actúa de forma inflexible y a la defensiva como respuesta a la resistencia del cliente. El clínico puede brindar intervenciones terapéuticas de una forma correcta en términos técnicos pero con poca soltura, calidez o consistencia al cliente. Un clínico que no ajusta las estrategias al estado emocional cambiante del cliente o que suena redundante en las intervenciones seleccionadas, también recibe calificaciones inferiores en el Nivel de Destrezas.

## **2. HACIENDO PREGUNTAS ABIERTAS : ¿Hasta qué punto el clínico usó las preguntas abiertas (por ej., preguntas o peticiones que producían respuestas que tuvieran más que un sí o no) para conseguir la percepción del cliente acerca de sus problemas, motivación, esfuerzos por cambiar y planes?**

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Las preguntas abiertas son preguntas que dan como resultado respuestas que tienen más que un sí o no y que no presionan para obtener respuestas concisas o información muy específica. A menudo estas preguntas comienzan con los siguientes pronombres interrogativos: “Qué”, “Cómo”, “En qué” y “Por qué” (se prefiere un poco menos) o se dirigen mediante la petición: “Dígame...” o “Describe...” El clínico usa las preguntas abiertas para conseguir una conversación abierta acerca del punto de vista del cliente sobre sus problemas y compromiso con el cambio. En breve, al usar preguntas abiertas, el clínico da al cliente una gama amplia para discutir sus circunstancias de vida y los patrones de uso de sustancias.



## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

Una *Calificación Elevada de Frecuencia/Extensión* se logra si el clínico hace varias preguntas que inviten al cliente a conversar (véase los Ejemplos Correctos) en contraste con hacer preguntas que se contesten con sí o no (véase Ejemplos Incorrectos). Las *Calificaciones Inferiores* ocurren cuando el clínico hace muy pocas preguntas o casi todas son cerradas.

### **Ejemplos:**

#### *Correctos*

- Bueno, ¿qué le trae por aquí hoy?
- ¿Cuáles son algunas de las formas en que el uso de sustancias afecta su vida?”
- ¿Qué clase de diferencias ha notado en...?

#### *Incorrectos:*

- ¿Usted usa marihuana? ¿Cuándo fue la última vez que usó?
- ¿Puede decirme cómo le afecta la heroína?
- Su esposa cree que usted es adicto a la cocaína. ¿Es usted adicto a la cocaína?

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Las preguntas abiertas de calidad superior, son relevantes para la conversación entre el clínico y el cliente y atraen una exploración mayor por parte del cliente y el reconocimiento de áreas problemáticas y la motivación para el cambio, sin que parezca que se está juzgando o dirigiendo al cliente. Son simples y directas y por tanto, aumentan la oportunidad de que el cliente entienda claramente lo que el clínico está preguntando. Usualmente, las preguntas abiertas no suelen hacerse una detrás de la otra. Más bien, las preguntas abiertas de calidad superior suelen esparcirse con reflexiones y amplían la conversación del cliente para evitar la creación de una trampa de respuestas y preguntas entre el clínico y el cliente. El clínico pausa después de cada pregunta para dar al cliente tiempo para que responda a cada interrogación.

*Inferior* Las preguntas abiertas de calidad inferior, tienen una selección de palabras deficientes o son inoportunas o abordan un área que no es relevante en el momento para la conversación ni las preocupaciones del cliente. A menudo ocurre una detrás de otra, dando a la conversación un alto o un tono mecánico, en lugar de un tono que fluye con naturalidad entre el clínico y el cliente. Las preguntas abiertas de calidad inferior, también abarcan varias preguntas en una interrogación (por ej., “Hábleme de cómo se siente antes y después de coger una nota y cómo todo eso afecta su riesgo de uso de cocaína en el futuro.”), haciéndolas difícil de entender y de responder para el cliente. Puede haber más deducciones en las calificaciones del Nivel de Destrezas si el clínico parece que esta dirigiendo o guiando al cliente, usa un tono que emite juicio o es sarcástico al hacer preguntas abiertas, o no pausa lo suficiente después de cada pregunta para dar al cliente tiempo para considerarla y responder.

**3. AFIRMACIÓN DE LAS FORTALEZAS Y LOS ESFUERZOS DEL CAMBIO: ¿Hasta qué punto el clínico refuerza verbalmente las fortalezas, habilidades o los esfuerzos del cliente para cambiar su comportamiento? ¿Hasta qué punto el clínico desarrolló la confianza del cliente al halagar los pasos pequeños tomados en dirección al cambio o al expresar apreciación de las cualidades personales en el cliente que podrían llevarle a facilitar los esfuerzos exitosos para el cambio?**

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem se refiere hasta qué punto el clínico expresa confianza en el cliente para alcanzar sus metas. El clínico puede afirmar al cliente usando varios acercamientos: a) dando cumplidos o halagando, b) reconociendo las cualidades, competencias o habilidades personales del cliente que puedan promover el cambio, c) reconociendo el esfuerzo o los pasos pequeños tomados por el cliente a favor del cambio. Algunas veces, el clínico podría reformular de forma positiva para afirmar al cliente (por ej., señalando cómo los distintos episodios de tratamiento y la cantidad de recaídas son evidencia de la insistencia del cliente para tratar de lidiar con sus problemas de uso de sustancias y no rendirse.) Al halagar, reforzar positivamente y validar al cliente, el clínico fomenta la creencia en el cliente de que hay esperanza para una recuperación exitosa y de que el cliente puede cambiar sus comportamientos relacionados con el uso de sustancias.

Nota: Los calificadores no deben calificar los planteamientos simples del clínico, como por ejemplo “Bien” o “Tremendo” como afirmaciones. Las afirmaciones tienen que incluir referencias a algo acerca del cliente.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Suena como que ya ha pensado mucho en esto y que tiene buenas ideas de cómo podría querer cambiar su uso de drogas. ¡Realmente está encaminado!”

“Eso debe haber sido bien difícil para usted. Realmente está haciendo un esfuerzo para trabajar consigo mismo.”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Las afirmaciones de calidad elevada ocurren cuando el clínico afirma las cualidades o esfuerzos que ha hecho el cliente que fomentan el cambio productivo o que el cliente puede controlar para esfuerzos futuros a favor del cambio, en lugar de ser halagos en términos generales. El clínico deriva estas afirmaciones directamente de la conversación. En consecuencia, las afirmaciones de alta calidad son significativas para el cliente en lugar de ser muy generales o banales. Un ingrediente clave en una afirmación de alta calidad, es lo evidente de la sinceridad en lugar de que el clínico parezca que simplemente dice algo como un reflejo automático, de forma mecánica.

*Inferior:* Las afirmaciones de calidad inferior no están lo suficientemente arraigadas en la conversación entre el cliente y el clínico. Las afirmaciones no son únicas para la descripción del cliente en cuanto a las circunstancias de su vida o historia personal. El clínico puede parecer que afirma simplemente para alentar un cliente desesperado o animarle a que trate de cambiar cuando ha expresado dudas acerca de su capacidad para hacerlo. En resumen, las afirmaciones de calidad inferior suenan triviales, vacías, deshonestas e inclusive tienen aires de superioridad.

**4. HACIENDO PLANTEAMIENTOS REFLEXIVOS: ¿Hasta qué punto el clínico repitió (palabras exactas), rephraseó (cambió ligeramente las palabras), parafraseó (por ej., amplió el pensamiento o sentimiento, usó analogías, hizo inferencias) o hizo planteamientos reflexivos como resumen de lo que el cliente ha dicho?**

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

Los planteamientos reflexivos que hace el clínico, replantean los comentarios del cliente usando un lenguaje que aclara con precisión y captura el significado de las comunicaciones del cliente y transmite al cliente el esfuerzo del clínico para entender el punto de vista del cliente. El clínico usa esta técnica para estimular al cliente a que explore o elabore un tema. Estas técnicas incluyen repetir exactamente lo que el cliente acaba de señalar, refrasear, (cambiar ligeramente las palabras), parafrasear (por ej., ampliar los pensamientos o sentimientos, usar analogías, hacer inferencias) o hacer planteamientos de un resumen reflexivo de lo que el cliente acaba de decir. Los planteamientos de un resumen reflexivo son una forma especial de reflexionar con la que el clínico selecciona partes de la información del cliente y las combina en un resumen con la meta de invitar a que explore más el material, destaque la ambivalencia o haga una transición a otro tema. A menudo, las reflexiones para resumir se registran extensamente o en detalle en la hoja de trabajo.

### **Ejemplos:**

*Cliente:* “En este momento, usar drogas no me hace sentir bien como antes. Si acaso, me hace sentir peor”

#### *Reflexión Simple*

- Usar drogas le hace sentir peor ahora.

#### *Refrasear*

- Entonces, ha descubierto que usar drogas para lidiar con lo mal que se siente no está funcionando tan bien como antes.

#### *Parafrasear usando una reflexión desde dos ángulos*

- En el pasado usar drogas le ayudaba a sentirse mejor cuando tenía dificultades o se sentía mal. Ahora, sólo empeora las cosas.

#### *Introducciones a un Resumen Reflexivo*

- Déjame ver si entiendo lo que me ha dicho hasta ahora...”
- Esto es lo que le he oído decirme hasta ahora ...”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Las reflexiones de calidad superior ocurren cuando el clínico identifica con precisión el significado esencial de lo que el cliente ha dicho y lo retransmite al cliente en términos fáciles de entender. La entonación del clínico al final de la reflexión es en descenso. El clínico pausa lo suficiente para dar al cliente oportunidad para responder a la reflexión y desarrollar la conversación. Las reflexiones bien transmitidas suelen ser concisas y claras. A lo largo del curso de la sesión, las reflexiones de calidad mayor suelen tener más profundidad (por ej., parafrasear los pensamientos o los sentimientos de manera que agrupen efectivamente los elementos discrepantes o que aclaren lo que el cliente quiso decir). Si el clínico refleja varios planteamientos del cliente, los acomoda nítidamente de

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

forma que fomenta una introspección mayor por parte del cliente, más conversación y motivación para el cambio. A menudo las reflexiones de alta calidad aumentan el tiempo que pasa hablando el cliente, albergan un tono de colaboración y reducen la resistencia del cliente.

*Inferior:* Las reflexiones de calidad inferior a menudo son imprecisas (por ej., “se te fue el tren”) y pueden contribuir a que el cliente se sienta malentendido. Pueden ser demasiado vagas, complicadas o extensas. También pueden tener una entonación ascendente al final y en consecuencia funcionan como preguntas cerradas disimuladas. Típicamente, las reflexiones de baja calidad disminuyen el tiempo que el cliente pasa hablando y puede aumentar la resistencia del cliente. Las calificaciones del Nivel de Destrezas también pueden disminuir, inclusive con una frecuencia elevada de reflexiones, si las reflexiones están muy esparcidas en lugar de vinculadas con la sesión de manera que no aumentan la introspección, conversación o motivación para el cambio. Del mismo modo, las reflexiones que son redundantes o son repetitivamente simples, de manera que la conversación parece ir en círculos, son de calidad más inferior.

**5. FOMENTANDO UNA ATMÓSFERA DE COLABORACION: ¿Hasta qué punto el clínico transmite en palabras o acciones que la terapia es una relación de colaboración en contraste con una relación a cargo del clínico? ¿Cuánto enfatizó el clínico la importancia (mayor) de las decisiones, la confianza y la percepción del cliente acerca de la importancia de cambiar? ¿Hasta qué punto el clínico verbalizó el respeto de la autonomía del cliente y la elección personal?**

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem captura cualquier esfuerzo explícito que haga el clínico para obtener guías por parte del cliente o actuar como si la terapia fuera un esfuerzo conjunto en oposición a uno en el que el clínico tiene el control consistentemente. El clínico enfatiza la importancia (mayor) de la perspectiva y las decisiones del cliente acerca de si debe cambiar y cuándo. Cualesquiera planteamientos explícitos del clínico que verbalicen respeto hacia la autonomía y la elección personal, son ejemplos de fomentar la colaboración durante la sesión.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “¿Cuál cree usted que sería una buena forma de manejar esta situación en el futuro?”

“Habría pensado que usted pudo..., pero parece que tomó una decisión mejor al...”

“Vamos a observar el problema juntos.”

“Podemos pasar un rato hablando de la situación en su casa.”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Las estrategias de calidad elevada ocurren de varias formas. El clínico puede señalar directa y claramente la importancia mayor de la percepción del cliente acerca de su uso de drogas y los sucesos en su vida relacionados con el uso, en contraste con lo que el clínico u otras personas significativas podrían pensar. El clínico puede recalcar la naturaleza colaboradora de la entrevista al destacar su interés en entender la perspectiva

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

del cliente sin prejuicios. Del mismo modo, las referencias claras y directas a la capacidad del cliente para llegar a sus propias conclusiones o a hacer elecciones personales acerca de cómo proceder con un plan para el cambio, reciben calificaciones elevadas de Nivel de Destrezas. El uso de estas estrategias cuando el clínico percibe que el cliente se siente presionado por sus personas significativas, puede ser especialmente efectivo y lleva a calificaciones más elevadas en el Nivel de Destrezas. Enfatizar las elecciones personales viables, en lugar de elecciones que sean irreales para el cliente, también mejoran las calificaciones en el Nivel de Destrezas. Por ejemplo, un clínico puede proporcionar una elección entre las opciones de tratamiento dentro de un programa, en lugar de destacar por ejemplo la opción de no registrarse en tratamiento para un cliente que se presenta a tratamiento porque su trabajo está en peligro; este tipo de cliente suele considerar que no participar en tratamiento puede ser muy riesgoso para perder su trabajo

*Inferior:* Las estrategias de calidad inferior ocurren cuando el clínico enfatiza las elecciones personales que no parecen realistas para el cliente. Además, los esfuerzos vagos, con demasiadas palabras o muy inoportunos, para articular el control personal, la autonomía y el rol colaborador del paciente en la entrevista, reducen las calificaciones de calidad. Los consejos clínicos dados en el contexto de planteamientos aparentemente colaboradores, también reciben calificaciones inferiores (por ej.: "Obviamente usted es el que manda, pero yo no haría eso si fuera usted.).

**6. DISCUTIENDO LA MOTIVACIÓN PARA CAMBIAR: *¿Hasta qué punto el clínico trató de conseguir que el cliente discutiera el cambio (planteamientos auto-motivacionales) por medio de preguntas o comentarios evocadores diseñados para fomentar una conciencia/preocupación mayor hacia el problema, reconocimiento de las ventajas del cambio, un aumento del intento/optimismo para cambiar, o la elaboración de un tema relacionado con el cambio? ¿Hasta qué punto el clínico discutió las etapas del cambio, ayudó al cliente a desarrollar una calificación de la importancia actual, confianza, preparación o compromiso, o exploró cómo se podría fortalecer la motivación?***

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem hace referencia a hasta qué punto el clínico intentó extraer del cliente planteamientos auto-motivacionales o "intercambio de ideas al hablar", o cualquier tipo de discusión acerca del cambio. A menudo se logra por medio de preguntas o comentarios diseñados para aumentar la conciencia acerca del problema, reconocimiento de las ventajas del cambio, aumentar el intento/optimismo para cambiar, o la elaboración de un tema relacionado con el cambio. El clínico podría preguntar al cliente acerca de cómo otra gente considera el comportamiento preocupante o problemático del cliente y de qué forma estas preocupaciones de los demás pueden impactar la motivación del cliente para el cambio. El clínico también podría iniciar una discusión más formal de las etapas del cambio o el nivel de motivación para ayudar al cliente a desarrollar una calificación de la importancia, confianza, preparación o compromiso actual para cambiar y explorar cómo cualquiera de estas dimensiones podría fortalecerse. En breve, este ítem captura algunas formas más directivas para extraer comentarios al intercambiar ideas con el cliente y abordar el compromiso de un cliente con el cambio. A pesar de que muchas de estas estrategias suelen llevar al "intercambio de ideas" o a planteamientos auto-motivacionales y a moverse hacia la negociación de planes de cambio específicos, el cliente no necesita responder de esta forma a este ítem para que se califique elevadamente.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

Una *calificación superior de Frecuencia/Extensión* se logrará si el clínico intenta extraer comentarios del cliente que indiquen, bien sea un reconocimiento de un problema, planteamientos de preocupación, intención de cambiar u optimismo hacia el cambio. El clínico usará con frecuencia técnicas que se califican en otros ítems (por ej., preguntas abiertas, reflexiones acerca del uso de sustancias y/o de otras áreas problemáticas en general relacionadas con el uso de sustancias) que, en este caso, se pretende que fomente los “comentarios” por parte del cliente. El clínico también puede evaluar explícitamente la motivación actual del cliente para abstenerse o disminuir su uso de sustancias, especialmente si el cliente continúa consumiendo. Una *calificación inferior* se dará cuando el clínico rara vez cuestiona o refleja estratégicamente los aspectos motivacionales que se desglosan más adelante.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Basándome en las preocupaciones que ha planteado, qué cree de su uso actual de sustancias.”

“¿Cuáles son algunas de las razones que podría ver para hacer un cambio?”

“¿Qué cree que funcionaría para usted si decidiera cambiar?”

*Cliente:* “Mi esposa realmente cree que hay un problema, así que está siempre encima de mí.”

*Clínico:* “¿Cómo se siente usted acerca de su uso de drogas? ¿Cuáles son algunas de sus preocupaciones y qué cree usted que tendría que pasar?”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Las calificaciones superiores en este ítem ocurren cuando el clínico usa preguntas evocadoras para extraer del cliente comentarios al hablar que están dirigidos al nivel de motivación actual del cliente. Por ejemplo, si un cliente no ha reconocido el uso de drogas como un problema, el clínico pide al cliente que explore cualesquiera preocupaciones o aspectos problemáticos de su uso de drogas. Si un cliente ha reconocido el uso de drogas como un problema, pero no está seguro acerca de su capacidad para cambiar, el clínico interroga directamente al cliente acerca de los factores que podrían impactar el intento u optimismo para cambiar. Las calificaciones elevadas también ocurren cuando el clínico explora colaboradoramente la preparación actual del cliente para cambiar profundamente, al combinar las escalas de calificación y las preguntas abiertas, y las reflexiones de seguimiento que impulsan los argumentos a favor del cambio, el optimismo y la auto-eficacia del cliente.

*Inferior:* Las calificaciones inferiores en las estrategias para la motivación del cambio, ocurren cuando el clínico trata de extraer planteamientos auto-motivacionales que son inconsistentes con la etapa de cambio del cliente. Además, si los esfuerzos de un clínico para extraer planteamientos auto-motivacionales o para evaluar la preparación de un cliente para el cambio se vuelven redundantes, reciben calificaciones inferiores en el Nivel de Destrezas. Los esfuerzos de un clínico para evaluar la preparación para el cambio que impulsan la resistencia o los argumentos en contra del cambio, también reciben calificaciones inferiores. Por ejemplo, una intervención de calidad inferior podría ocurrir si después de que un cliente selecciona una puntuación de 6 para la preparación para el cambio en una escala de 1 (la más baja) a 10 (la más alta), el clínico pregunta: ¿Cómo pudo escoger 6 en lugar de un 10?”

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

**7. DESARROLLANDO DISCREPANCIAS: ¿Hasta qué punto el clínico creó o aumentó los conflictos internos del cliente relacionados con su uso de sustancias? ¿Hasta qué punto el clínico trató de aumentar la conciencia del cliente en cuanto a su discrepancia entre en qué punto se encuentra su vida en la actualidad, en lugar de en qué punto quiere que esté en el futuro? ¿Cuánto exploró el clínico la manera en que el uso de sustancias del cliente podría ser inconsistente con las metas, valores o auto-percepciones del cliente?**

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem implica los esfuerzos por parte del clínico para promover un aumento de conciencia por parte del cliente en cuanto a la discrepancia entre dónde está y dónde quiere estar en lo relacionado con su uso de sustancias. El clínico podría hacer esto al destacar las contradicciones y las inconsistencias en el comportamiento del cliente o las metas planteadas, valores y auto-percepciones. El clínico podría intentar aumentar la conciencia de las consecuencias personales del uso de sustancias y cómo estas consecuencias parecen contrarias a otros objetivos que haya señalado el cliente. El clínico podría lograr que el cliente participe en una discusión franca de las discrepancias percibidas y ayudar al cliente a considerar opciones para recuperar el equilibrio. Otras técnicas comunes que se usan para crear discrepancias incluyen: 1) pedir al cliente que mire hacia el futuro e imagine una vida cambiada bajo ciertas condiciones (por ej., ausencia de abuso de drogas, de estar casado con niños), 2) pedir al cliente que mire hacia atrás y recuerde los períodos en los que funcionaba mejor en contraste con circunstancias presentes, y 3) pedir al cliente que considere el peor escenario posible que resulte de su uso de sustancias o las mejores consecuencias posibles que surjan al tratar de cambiar. Algunas veces las reflexiones desde dos ángulos que unen los planteamientos discrepantes que hizo el cliente anteriormente y que todavía no se han reconocido, son ejemplos de un intento del cliente para aumentar las discrepancias (que también puede calificarse en el Ítem 8, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia).

### **Ejemplos:**

*Clínico:* "Usted dice que quiere salvar su matrimonio, y también escuché que quería seguir usando drogas."

"Por un lado, quiere ir a la barra todas las noches. Por otro lado, me ha dicho como el ir todas las noches al bar interfiere con pasar más tiempo con su hijo."

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Los esfuerzos de calidad superior para desarrollar discrepancias, típicamente ocurren cuando el clínico intenta hacer al cliente consciente de una discrepancia en los pensamientos, sentimientos, acciones, metas o valores del cliente basándose en los planteamientos anteriores de éste. El clínico presenta las discrepancias como conflictos legítimos o experiencias encontradas en lugar de cómo contradicciones o juicios que prueban que el cliente tiene un problema de drogas. Además, las intervenciones de calidad superior, son reflexiones claras y articuladas que incluyen elementos divergentes de lo que el cliente ha dicho. En breve, la integración de los planteamientos específicos y discrepantes del cliente que estén bien expresados usando un tono de apoyo y sin emitir juicio, mejora la calificación del Nivel de Destrezas.

*Inferior:* Los esfuerzos de calidad inferior para desarrollar discrepancias, típicamente ocurren cuando el clínico destaca el lado opuesto de la ambivalencia del cliente sin compensarlo

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

suficientemente. Por ejemplo, un cliente podría decir que quiere continuar fumando marihuana después de haber reconocido antes que fumar enfada a su esposa y que podría llevarle a una separación indeseada. Un calificador daría una calificación inferior del Nivel de Destrezas si el clínico responde diciendo: “Sí, pero usted dijo que no se quería separar”, en lugar de decir, “Así que a pesar que me dijo que estaba preocupado por que su esposa podría dejarlo, sigue queriendo fumar marihuana.” A menudo este acercamiento parece un poco argumentativo y puede destacar la resistencia en lugar de desarrollar desacuerdo ante la posición del cliente. La brusquedad al plantear discrepancias (“¡te atrapé!”), o señalar discrepancias insinuando una acusación, también subestima la colaboración clínico-cliente y reduce la calidad general de la intervención. Por último, las reflexiones demasiado extensas, agobiantes o excesivamente complejas para los planteamientos del cliente, reciben calificaciones inferiores del Nivel de Destrezas.

**8. EXPLORANDO LAS VENTAJAS, DESVENTAJAS Y LA AMBIVALENCIA: *¿Hasta qué punto el clínico abordó o exploró los efectos positivos y negativos o los resultados del uso de sustancias del cliente y qué se podría ganar o perder por medio de la abstinencia o la reducción en uso de sustancias? ¿Hasta qué punto el clínico usó un balance decisional, completó un análisis del costo-beneficio, o desarrolló una lista de las ventajas y desventajas del uso de sustancias? ¿En qué medida el clínico expresó apreciación hacia la ambivalencia como una parte normal del proceso de cambio?***

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem se concentra en determinar hasta qué punto el clínico facilitó la discusión de las consecuencias específicas del uso de sustancias del cliente. Esto podría incluir resultados positivos y/o negativos de comportamientos del cliente en el pasado, presente o futuro en lo que se refiere a su uso activo de sustancias. Las técnicas específicas usadas incluyen el balance decisional, un análisis del costo-beneficio, o hacer una lista y discutir las ventajas y desventajas del uso de sustancias. Un componente de estilo motivacional importante que debe acompañar a estas técnicas debería ser que el clínico verbalizara apreciación por la ambivalencia como una parte esperada del proceso de cambio.

Una *calificación superior de Frecuencia/Extensión* se logrará si el clínico discute la ambivalencia en detalle o facilita explícitamente un análisis del costo-beneficio con el insumo del cliente en cuanto al cambio, versus seguir igual. Una puntuación elevada en este ítem suele incluir completar un formulario escrito de la Ventajas y Desventajas ya sea durante la sesión o una revisión detallada de un formulario que se haya llenado antes de la sesión. Una *calificación inferior* ocurre cuando el clínico dedica poco tiempo o empeño en cada una de estas tareas.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* "¿Qué ve como consecuencias positivas y negativas de su consumo de bebida?"

"Usted ha sentido mucho dolor de pecho después de usar cocaína y parece que está muy preocupado por su salud, su familia y hacia dónde va su vida. Y ha identificado muchos beneficios posibles al dejar de consumir, como por ejemplo...."



## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

"Así que con una nota, se siente bien y puede evitar sentimientos dolorosos. Cuáles son algunas de las complicaciones de usar."

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Los esfuerzos de calidad superior para discutir las ventajas y desventajas del uso de sustancias, ocurren cuando el clínico aborda la tarea de una forma libre de juicios y exploratoria. A través de la examinación de las ventajas y desventajas, el clínico impulsa al cliente a que continúe detallando las dimensiones de la ambivalencia usando preguntas abiertas o reflexiones acerca de las consecuencias que haya señalado el cliente anteriormente. Una exploración completa de las ventajas y desventajas de dejar de usar sustancias versus continuar con el uso, mejora las calificaciones de calidad. Durante este proceso, el clínico consigue respuestas por parte del cliente, en lugar de sugerir las consecuencias positivas y negativas como posibilidades que no habían sido mencionadas por el cliente. Además, el uso de las reflexiones para resumir dentro de cada una de las dimensiones o compararlas o contrastarlas puede aumentar las calificaciones del Nivel de Destrezas, particularmente cuando el clínico usa estas discusiones para inclinar la balanza motivacional del cliente hacia el lado del cambio. La técnica específica de completar o repasar una hoja de balance decisional o simplemente discutir las ventajas o desventajas, no afecta directamente la calificación del Nivel de Destrezas.

*Inferior:* Las calificaciones inferiores ocurren cuando el clínico proporciona al cliente rara vez oportunidades para que responda libremente a las dimensiones de las ventajas y desventajas o que pase a reflexionar acerca de las ventajas y desventajas significativas para el cliente. En cambio, el clínico proporciona al cliente con ventajas y desventajas posibles y afirma su punto de vista al cliente de una forma más cerrada. En consecuencia, el cliente se vuelve más bien un recipiente pasivo, en lugar de un participante activo en la construcción de su balance decisional o en la discusión de los factores subyacentes de la ambivalencia del cliente. Las calificaciones inferiores ocurren cuando el clínico pide al cliente que haga una lista de las ventajas y desventaja, una detrás de la otra, sin explorar los detalles ni el impacto personal del uso de sustancias en la vida del cliente. Al resumir las ventajas, desventajas o la ambivalencia del cliente, el clínico no involucra al cliente en el repaso y simplemente vuelve a plantear los ítems de una forma mecánica e impersonal. El clínico no hace ningún esfuerzo por balancear estratégicamente la balanza motivacional del cliente a favor del cambio.

**9. DISCUSIÓN DE PLANIFICACIÓN DE CAMBIO: *¿Hasta qué punto el clínico discutió con el cliente su preparación para preparar un plan de cambio? ¿Hasta qué punto el clínico desarrolló un plan de cambio con el cliente de forma colaboradora? ¿Cuántos aspectos críticos de la planificación del cambio cubrió el clínico?, como por ejemplo, facilitar una discusión de las metas auto-identificadas del cliente, los pasos para lograr estas metas y las personas de apoyo disponibles para ayudar al cliente. ¿Qué obstáculos podrían existir para el plan de cambio y cómo manejar las barreras para el cambio?***

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem mide hasta qué punto el clínico ayuda al cliente a desarrollar un plan de cambio. Este proceso puede incluir una discusión inicial de la preparación del cliente para crear un plan de

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

cambio. Puede incluir un proceso más formal al completar una Hoja de Trabajo de Planificación para el Cambio o una discusión menos formal facilitada por el clínico que incluya muchas de las siguientes áreas: (1) los cambios deseados, (2) las razones para querer hacer estos cambios, (3) pasos para hacer los cambios, (4) las personas disponibles para apoyar el plan de cambio, (5) impedimentos u obstáculos para cambiar y cómo abordarlos, y (6) métodos para determinar si el plan ha funcionado.

Una *calificación superior de Frecuencia/Extensión* se logrará si el clínico guía al cliente a través de una discusión detallada de la planificación del cambio. Este proceso no tiene que incluir un repaso de una Hoja de Trabajo de Planificación del Cambio, pero una puntuación elevada exige el desarrollo de un plan de cambio detallado durante la sesión. Una *tasa inferior* ocurre cuando el clínico aborda sólo algunos elementos de un plan de cambio y pasa poco tiempo examinándolos en detalle.

### **Ejemplo:**

*Clínico:* “Bueno, así que parece que ha tomado la decisión de dejar de usar drogas y reducir el consumo de bebida. Vamos a dedicar un rato a encontrar un plan que le ayude a empezar a trabajar para lograr esa meta ¿Qué es lo primero que se le ocurre?”

“¿Qué cree que puede interferir con este plan o hacer que sea difícil que pueda continuar para lograr estos cambios?”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Como prerrequisito, una calificación superior del Nivel de Destrezas para la planificación del cambio, exige que el clínico desarrolle un plan de cambio detallado que aborde la mayoría de las áreas claves de la planificación del cambio, discutidas anteriormente. El clínico dedica suficiente tiempo a explorar cada una de las áreas y a fomentar en el cliente que elabore por medio de preguntas abiertas y reflexiones. Por lo general, el desarrollo del plan de cambio es sumamente colaborador y sirve para fortalecer el compromiso del cliente con el cambio. Si el cliente expresa ambivalencia mientras se completa el plan, el clínico intenta resolverla en dirección del cambio, en lugar de empujarle a seguir cuando el cliente no está listo.

*Inferior:* Las calificaciones inferiores del Nivel de Destrezas ocurren cuando el clínico aborda el proceso de la planificación de cambio de una forma superficial. El clínico no se esfuerza activamente para que el cliente participe en la planificación del cambio o individualizar el plan de acuerdo a las circunstancias únicas del cliente. Las calificaciones inferiores en el Nivel de Destrezas se dan cuando el clínico asume un tono autoritario y reglamentario al completar el plan de cambio con el cliente.

**10. RETROALIMENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE PROBLEMAS CENTRADA EN EL CLIENTE:** *¿Hasta qué punto el clínico facilitó una discusión de los problemas por los que el cliente entró a tratamiento? ¿Hasta qué punto el clínico repasó o proporcionó retroalimentación personalizada y solicitada acerca del abuso de sustancias del cliente y la evidencia o indicaciones de problemas del cliente en otras áreas de su vida?*

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

Este ítem se trata de los intentos explícitos del clínico para indagar o guiar una discusión acerca de los problemas por los que el cliente entró a tratamiento. Esta discusión puede incluir tanto el uso de sustancias como los distintos problemas relacionados con el diario vivir, asociados con el uso de sustancias. El clínico facilita el desarrollo de un entendimiento general de la naturaleza de las dificultades del cliente. Este proceso puede implicar el repaso de los resultados del avalúo que se obtuvieron durante los avalúos clínicos anteriores, las hojas de trabajo completadas por el cliente, o puede ser más formal mediante el uso de formularios específicos de retroalimentación. El método es menos importante que la tarea de aprender acerca de los problemas del cliente y proporcionar retroalimentación al cliente acerca de sus problemas de una forma objetiva y centrada en él. El clínico guía esta discusión y proporciona retroalimentación usando un estilo libre de juicios, en el que se indague, haya colaboración y se centre en el cliente. Si el clínico proporciona retroalimentación formal, implanta esta estrategia sólo cuando el cliente se lo solicita o cuando ya haya pedido permiso al cliente primero.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Me pregunto si podemos empezar con que usted comparta conmigo algunas de las preocupaciones que le trajeron al tratamiento. ¿Qué le trajo a tratamiento?”

“Usted ha hecho una descripción excelente de algunas de sus preocupaciones. Me gustaría juntar toda esta información con otra información que usted proporcionó al empezar este estudio, de manera que los dos podamos tener una visión completa de qué podría ayudarle. ¿Eso le parecería bien?”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* La calidad superior en la discusión del problema y la retroalimentación, ocurre de distintas maneras. Los esfuerzos iniciales del clínico para facilitar una discusión de los problemas del cliente, podrían ser bastante directos y de una calidad “adecuada” (por ejemplo: ¿Qué ha estado pasando que lo llevó a venir a verme hoy?). Los esfuerzos clínicos siguientes pueden recibir calificaciones elevadas si fomentan que el cliente elabore con más detalles y a que entienda mejor los problemas presentes, particularmente cuando los esfuerzos para fomentar la discusión del problema se relacionan consecuentemente. En cuanto a la retroalimentación, las calificaciones elevadas pueden ocurrir cuando la retroalimentación es muy individualizada para las experiencias del cliente y el auto-informe. El clínico presenta la retroalimentación en términos claros, directos y de apoyo. Por lo general, el clínico no emite juicios acerca de la retroalimentación y usa preguntas abiertas, afirmaciones y reflexiones como parte del proceso de retroalimentación y sólo ofrece retroalimentación cuando el cliente se lo ha solicitado o después de haber pedido permiso al cliente.

## **Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas**

*Inferior:* Las calificaciones inferiores en este ítem suelen ocurrir cuando un clínico presenta retroalimentación a un cliente de forma genérica. La retroalimentación puede ser confusa o presentada emitiendo juicio. La retroalimentación de calidad inferior ocurre también cuando el clínico parece estar sermoneando al cliente o sacando conclusiones por éste sin proporcionar al cliente oportunidades para que responda a la retroalimentación que se le proporciona. Este último acercamiento de proporcionar al cliente la retroalimentación, crea la imagen del clínico como un experto y a menudo disminuye cuánto suele hablar el cliente. La retroalimentación sin ser solicitada también reduce la calificación del Nivel de Destrezas.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### *Ítems Inconsistentes con la EM*

**11. ACONSEJAR, DIRIGIR U OFRECER RETROALIMENTACIÓN SIN SER SOLICITADA:** *¿Hasta qué punto el clínico proporcionó consejos, dirección o retroalimentación no solicitados por el cliente (por ejemplo, ofrecer sugerencias específicas y concretas acerca de lo que el cliente debería hacer)? ¿Hasta qué punto el estilo del clínico era decir al cliente cómo ser exitoso en su recuperación?*

#### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem avalúa en qué medida el clínico proporciona consejos, ofrece dirección o retroalimentación no solicitadas acerca de una situación, en lugar de extraer las intenciones o planes del cliente (“Pienso que lo mejor para su sobriedad es mudarse de la casa de sus padres.”). En otras palabras, este ítem debe captar situaciones en las que el clínico ofrezca sugerencias, consejos, dirección o retroalimentación unilateralmente al cliente cuando éste no lo haya pedido. Este ítem se diferencia de otros comportamientos directivos del cliente - como por ejemplo proporcionar retroalimentación objetiva con un estilo consistente con la EM (Ítem 10) o las destrezas de adiestramiento (Ítem 17) - en que más tarde se podría aplicar a situaciones específicas. En general, el clínico típicamente adopta un estilo reglamentario de decir al cliente cómo tener éxito en su recuperación en lugar de mantener un tono colaborador, centrado en el cliente. El mensaje es: “Estoy diciéndole lo que tiene que hacer.”

Es importante que este ítem no se califique cuando el cliente pida consejos, dirección o retroalimentación específicamente. Del mismo modo, si en primer lugar el clínico ha explorado las ideas del cliente para una solución y pide permiso al cliente para proporcionar retroalimentación antes de ofrecer información o sugerencias, este ítem no se califica. El elemento clave es que no importa lo que haya proporcionado el clínico, lo hizo sin que se le solicitara. Cuando los consejos o retroalimentación del cliente se proporcionan de una forma muy directa, a lo mejor de manera brusca para ayudar al cliente a evaluar sus circunstancias en términos más realistas, se califica también en el Ítem 13 (Confrontación Directa del Cliente) y en el Ítem 16 (Terapia de Realidad). Dependiendo del contenido de la retroalimentación sin solicitar, las incidencias de este ítem podrían incluir otras estrategias inconsistentes con la EM.

Para ser *calificado superiormente en ítems inconsistentes con la EM*, el clínico debe dar consejos, dirección o retroalimentación no solicitados o destrezas de adiestramiento demasiadas veces a lo largo de la sesión. Un rasgo central de la sesión deberá ser el clínico diciéndole al cliente lo que necesita saber o hacer. Las *calificaciones inferiores en ítems inconsistentes con la EM* ocurren cuando el clínico da consejos o dirección no solicitados sólo una o dos veces.

#### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Realmente creo que le tiene que decir a su familia que ha vuelto a consumir. No va a poder mantenerse limpio y sobrio si no es honesto con los que tiene más cerca en su vida.”

“No creo que deba estar saliendo con él. Usted solía drogarse con él, y es cuestión de tiempo antes de que empiece a consumir otra vez. .”

“Cuando le escucho, parece que no tuviera suficiente apoyo de gente que puede ayudarlo cuando tiene ganas de consumir. Conseguir un patrocinador podría ser buena idea. ¿Cómo es posible que todavía no tenga un patrocinador?”

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:

*Superior:* Para ser calificado elevadamente, el clínico tiene que presentar consejos, dirección o retroalimentación no solicitada de forma confiada y claramente articulada. Los consejos y direcciones son muy instructivos o reglamentarios para el cliente. Aunque el cliente puede “tomarlos o dejarlos” los consejos no dejan duda de las recomendaciones del clínico al cliente. Proporcionar un argumento racional al cliente acerca del valor de seguir los consejos y la dirección, particularmente cuando el razonamiento integra detalles de la vida del cliente, mejora la calidad de la intervención.

*Inferior:* Las calificaciones inferiores ocurren cuando el clínico proporciona consejos, dirección o retroalimentación o hace recomendaciones a un cliente de forma indecisa. Los consejos o sugerencias también podían no ser relevantes para el cliente, y por tanto, sonar como un “mensaje pregrabado”, en lugar de individualizados de acuerdo a las circunstancias únicas del cliente.

**12. ÉNFASIS EN LA ABSTINENCIA: ¿Hasta qué punto el clínico presentó la meta de la abstinencia como la única meta legítima e indicó que una meta de uso controlado no era aceptable o completamente real? ¿Cuánto intentó el clínico imponer su juicio acerca de las metas de la abstinencia y enfatizó que la abstinencia se consideraba como el estándar necesario para juzgar cualquier mejora durante el tratamiento?**

### Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:

Este ítem se trata de hasta qué punto el clínico discutió explícitamente el razonamiento para la abstinencia absoluta y fue inequívoco en su recomendación de abstinencia como la única meta aceptable para el tratamiento. En este proceso de enfatizar la abstinencia, el clínico típicamente también articula las desventajas o peligros de tener como meta de tratamiento reducir el uso de sustancias. Típicamente, este ítem pretende capturar las veces en que el clínico busca imponer su juicio acerca de las metas de la abstinencia y enfatiza que la abstinencia se considera el estándar necesario para juzgar cualquier mejoría durante el tratamiento.

A pesar de que el clínico puede halagar ciertas mejoras en otras áreas del funcionamiento de un cliente, el clínico se mantiene mucho más enfocado en si el cliente ha dejado o no de usar sustancias completamente. Del mismo modo, el clínico puede reconocer una reducción en el uso o que se ha dejado de consumir algunas sustancias (como por ejemplo, dejar la cocaína con un uso esporádico de marihuana o alcohol) pero no aceptar este resultado como una señal de progreso hasta que el cliente comienza con una abstinencia completa. Como un ejemplo concreto, el clínico podría halagar más una semana de abstinencia completa sin que cambien otras áreas de su vida, que un período más prolongado de un uso reducido significativamente acompañado de algunas mejoras en su vida. El clínico ve una meta de reducción del daño como inaceptable y peligrosa pues comunica un sentido falso de control sobre sustancias adictivas y mantiene al individuo en un estado de seguir activo en su adicción y propenso a una recaída total y al deterioro.

### Ejemplos:

*Clínico:* "Usted no puede controlar su consumo de bebida tratando de beber menos. Si usted toma un trago, perderá el control y volverá al punto donde empezó."

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

“Es tremendo que no haya fumado hierba la semana pasada, pero bebió cerveza y eso me preocupa pues usted solía fumar y beber mucho a la vez. Están conectados, y pronto empezará a fumar otra vez a no ser que se comprometa con una abstinencia total.”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* El énfasis de calidad superior en la abstinencia ocurre cuando el clínico proporciona un razonamiento claro, persuasivo y seguro a favor de la abstinencia para el cliente, e intenta atraer al cliente a que adopte la abstinencia total como la meta central del tratamiento. El mensaje del clínico es fuerte y claro: la abstinencia total de las sustancias es la única meta realista y aceptable del tratamiento; el uso controlado o reducido es peligroso. El clínico corrige la noción de que el uso controlado, la sustitución de la droga o el producto (por ejemplo, cerveza diluida), u otros acercamientos para reducción de daño, son metas de tratamiento factibles para el cliente. Cuando se hace bien, el clínico hace el punto a través del historial de uso, los ejemplos clínicos o anécdotas del propio cliente, o las referencias a los acercamientos de tratamiento y el consenso clínico que enfatice la abstinencia total.

*Inferior:* Las calificaciones inferiores ocurren cuando el clínico parece estar recomendando de “dientes para afuera” la abstinencia total sin convencimiento o razonamiento convincente. El énfasis, mientras se menciona, se subestima o se sugiere casualmente en lugar de estar entre las prioridades del acercamiento del clínico al tratamiento por abuso de sustancias. También se da una calificación inferior cuando el razonamiento está más enraizado en la política administrativa (“Nuestra clínica exige la abstinencia sostenida para completar el programa y cualquier prueba de orina positiva se reporta a su oficial de probatoria.”) en lugar de estar basado en la convicción filosófica del clínico o en el patrón de uso o consumo descontrolado reportado por el cliente.

**13. CONFRONTACIÓN DIRECTA DEL CLIENTE: ¿Hasta qué punto el clínico confrontó directamente al cliente acerca de su fracaso en reconocer los problemas o preocupaciones relacionadas con el uso de sustancias y otras dificultades conductuales (por ej., síntomas psiquiátricos, mentir, incumplimiento con el tratamiento)? ¿Hasta qué punto el clínico confrontó directamente al cliente acerca de no tomar los pasos para cambiar las áreas problemáticas identificadas?**

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Para este ítem, la confrontación se define como cualquier planteamiento clínico o serie de planteamientos que incluyan decir al cliente qué no ha reconocido o necesita o qué necesita saber y aceptar. El mensaje de la comunicación del clínico está claro: “Sé más que usted y le estoy diciendo lo que usted no ha entendido.” El planteamiento del clínico es un llamado a que el cliente vea su situación en términos más realistas. A menudo, las confrontaciones del clínico serán bruscas o, a veces, dramáticas, a pesar de que no necesitan ocurrir de una manera extravagante. También pueden darse con un estilo conferenciante para impartir información al cliente. No importa cómo se dé, la confrontación en esencia indica al cliente de qué forma es ignorante o está en negación en cuanto a un problema o necesidad para reconocer y aceptar el problema si es que el cliente va a mejorar. A pesar de que puede surgir una interacción cargada en términos afectivos entre el clínico y el cliente, en la mayoría de los casos, debe estar claro que la involucración asertiva del clínico está motivada por su preocupación con lo destructivo del patrón conductual actual del cliente. A pesar de que gritar se consideraría contraproducente, una interacción confrontadora podría sonar más como un argumento o desacuerdo controlado. El

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

desacuerdo a menudo gira en torno al uso del clínico de una etiqueta (alcohólico, adicto, borrachón, en negación) con la que el cliente no está de acuerdo. Con frecuencia, también implicará la discusión de la resistencia del cliente para reconocer un problema, mentir o no cumplir, como indicadores de la negación.

Una *puntuación superior* se debe dar usualmente cuando la confrontación de la negación o la defensiva sale a flote varias veces o por un período de tiempo sostenido de la sesión. Esta intervención no necesita ser exitosa (reducir la negación) para tener una calificación elevada en la escala de Frecuencia y Extensión. Lo que más importa es cuánto usa el clínico la confrontación directa como la herramienta terapéutica principal. Las *calificaciones inferiores* ocurren cuando el clínico rara vez hace uso de las estrategias de confrontación.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Mire. Su prueba de orina salió positiva a cocaína. Usted dijo que no había usado cocaína por más de una semana. Esto es un ejemplo de cómo se encuentra en negación. La negación sólo va a continuar alimentando su adicción y arruinando su vida. Si realmente quiere cambiar su vida, entonces debe empezar a ser honesta conmigo y, todavía más importante, con usted misma. Yo no puedo ayudarla a no ser que rompamos con esta negación. ¿Cuándo fue la última vez que usó cocaína?”

“Creo que la razón que me está dando es sólo una excusa. Piense en lo que estaba dispuesto a hacer por su adicción. Piense en todo el tiempo, esfuerzo y dinero que puso para tener una nota. Usted habría hecho cualquier cosa por conseguir sus drogas. ¿Cómo es que no está dispuesto a hacer cualquier cosa por su recuperación?”

“No me parece que eso sea lo que está tratando de decir.”

“Déjeme darle cierta información que podría ayudarle a entender lo que se le está haciendo difícil ver en este momento.”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* El uso de un Nivel de Destrezas Superior en las estrategias de confrontación, ocurre cuando el clínico es claro, conciso y firme con el cliente acerca de lo defensivo del cliente al hablar acerca de su uso de sustancias y las áreas relacionados como problemas. El clínico insiste en señalar la negación del cliente y trata de usar la confrontación para conseguir que el cliente reconozca el problema y pueda lidiar con el problema en términos más realistas, inclusive si el cliente inicialmente se pone más a la defensiva. Además, las estrategias de confrontación de calidad superior, implican que un clínico trata de imponer al cliente que cambie su comportamiento además de su mentalidad (“actuar” en lugar de “hablar”).

*Inferior:* Las estrategias de confrontación de un Nivel de Destrezas Inferior, retan insuficientemente las distorsiones del cliente acerca de su uso de sustancias y las circunstancias de vida relacionadas. En lugar de insistir en confrontar a un cliente resistente, el clínico se retira de la confrontación y podría adoptar acercamientos menos confrontadores para resolver la resistencia. Además, la referencia de un clínico a la negación o defensiva del cliente sin esfuerzo por “abrirse paso” (por ej., “Muchas personas con adicción tienen pruebas de orina positivas y dicen que el laboratorio debe haber cometido un error. Es una señal de que sigue en negación en cuanto a su adicción.”), es



## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

de calidad inferior. En breve, una calificación inferior de calidad en la confrontación, se puede dar cuando los planteamientos del clínico tienen un contenido que es “confrontador”, pero carece el estilo persistente o quizás tenaz que a veces es necesario para cambiar el comportamiento del cliente.

**14. IMPOTENCIA Y PÉRDIDA DE CONTROL: *¿Hasta qué punto el clínico enfatizó el concepto de la impotencia sobre la adicción como una enfermedad y la importancia del comportamiento del cliente en este aspecto para la sobriedad exitosa? ¿Hasta qué punto el clínico expresó el punto de vista de que todo uso de sustancias representa una pérdida de control o que la vida del cliente no es manejable cuando usa sustancias?***

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem se refiere a hasta qué punto el clínico discutió el concepto de enfermedad de la adicción, en cuanto a que el cliente tiene una enfermedad crónica y progresiva que, de no detenerse, llevará a una pérdida de control mayor y a un deterioro físico, mental, social y espiritual y eventualmente a la demencia o muerte, algo parecido a muchas otras enfermedades médicas. El clínico se debe referir a las características de la enfermedad como una pérdida de control progresiva y predecible y a la importancia de aceptar esta pérdida de control como una parte temprana del proceso de tratamiento y necesaria para una sobriedad exitosa a largo plazo. Cualquier episodio y todos los episodios de uso de sustancias se consideran como síntomas de una pérdida del proceso de control en el que la vida del cliente se vuelve cada vez menos manejable cuando usa sustancias.

Esta discusión a menudo incluirá un énfasis en la abstinencia (y por eso coincide parcialmente con el Ítem Núm. 11) como el único método de “controlar” o detener el progreso de la enfermedad. Esta coincidencia es más aparente cuando el clínico proporciona una justificación para que la abstinencia sea la única meta apropiada para el tratamiento. También puede incluir confrontación directa (Ítem Núm. 12) como un medio de hacer entender al cliente el concepto de impotencia. A menudo, el clínico señalará que si un cliente se toma un trago o consume drogas una vez, inevitablemente perderá el control y tendrá una verdadera recaída.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Recuerde que si vuelve a consumir, lo más probable vuelva a caer donde estaba. La mayoría de los adictos se han dado cuenta de que vuelven rápidamente a usar tanto o más que en el pasado. Antes de que se dieran cuenta, sus vidas se desmoronaron rápidamente y el hoyo que habían cavado se vuelve cada vez más profundo.”

“Usted parece que entiende muy claramente que está impotente ante su adicción... que un sólo trago es demasiado y que mil no son suficientes nunca. Claramente, ésa ha sido su experiencia una y otra vez y se está cansando de lo mismo.”

“Su adicción progresará. Para todo hay una solución, excepto para la muerte. ¿Está dispuesto a aprovechar esta oportunidad?”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

*Superior:* Las calificaciones de calidad superior, ocurren cuando el clínico proporciona una discusión clara y convincente del concepto de la enfermedad de la adicción. Esta discusión debe implicar un detalle completo de cómo la adicción a las drogas y al alcohol es un proceso principalmente progresivo y crónico que tiene como resultado afectar la vida de una persona en todas las áreas de su vida y, si se deja sin atender, llevará a “cárceles, instituciones y muerte”. Las calificaciones elevadas también podrían ocurrir cuando el clínico aplica directamente los principios del historial del cliente y presenta los problemas. En breve, un clínico que “presenta su caso” persuasivamente en cuanto a la impotencia del cliente sobre su adicción y que inevitablemente perderá control de su vida, recibe una calificación superior en el Nivel de Destrezas en este ítem.

*Inferior:* Las calificaciones de calidad inferior, ocurren cuando el clínico apenas menciona (aún repetidamente) el concepto de enfermedad de la adicción, la impotencia o la pérdida de control sin realmente explicar lo que significan estos principios o las implicaciones de los mismos para el cliente. La presentación de los conceptos de impotencia o pérdida de control, suenan formulistas y desvinculados con la naturaleza y las circunstancias del problema de sustancias del cliente.

**15. AFIRMACIÓN DE AUTORIDAD: ¿Hasta qué punto el clínico verbalizó conclusiones o decisiones claras acerca de cuál sería el mejor curso de consejería para el cliente? ¿Cuánto advirtió el clínico que la recuperación se afectaría a no ser que el cliente siguiera ciertos pasos o guías en el tratamiento? ¿Hasta qué punto el clínico trató de sermonear al cliente acerca de “qué funciona” del tratamiento o la posibilidad de un resultado pobre si el cliente trata de llevar su propio tratamiento? ¿Hasta qué punto el clínico se refirió a sus propias experiencias, conocimiento y pericia para resaltar los puntos que le hizo al cliente?**

### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem se refiere hasta qué punto el clínico domina la dirección de la sesión de consejería al promover su agenda de tratamiento, en lugar de tratar de extraer las metas del cliente para el tratamiento. Un componente clave para calificar este ítem es que el clínico tiene que comunicar de alguna manera que seguir las metas preestablecidas del clínico, o del programa de tratamiento, es necesario para que haya progreso. Es más, el clínico puede desalentar al cliente de “escribir su propio plan de tratamiento y a cambio quedarse con el que se conoce como efectivo para fomentar la sobriedad o recuperación. El clínico puede sermonear al cliente acerca de qué funciona y qué no funciona en el tratamiento contra la adicción y advertir que la recuperación se verá afectada y el resultado será pobre si el cliente sigue sus propias guías, en lugar de las usuales en el tratamiento. Para que este ítem sea calificado, se tiene que comunicar un mensaje explícito o implícito de que el clínico sabe mucho más de adicción y recuperación y está en una posición de mayor poder o de más experiencia en comparación con el cliente.

Este ítem se suele asociar con calificaciones elevadas en el Ítem 11 (Aconsejar, dirigir o dar retroalimentación sin solicitar). También puede acompañar el uso del clínico de la confrontación directa (Ítem 12). Sin embargo, un clínico puede que no esté aludiendo a su autoridad terapéutica al proporcionar consejos o dirección directa o cuando confronta a un cliente. El elemento clave para este ítem es la afirmación de la autoridad del cliente por medio de su posición, pericia o experiencia personal. Por ejemplo, un clínico podría decir: “Yo empiezo la reunión grupal a la 5:00 PM en punto. No permito que nadie entre una vez hemos empezado, a no ser que me lo dejen saber con anticipación.”

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

Para recibir una *calificación elevada*, el clínico tiene que controlar con frecuencia el flujo de la sesión al presentar temas que se vayan a discutir o al redirigir al cliente hacia las tareas que están a la mano. Una calificación moderada se puede dar cuando un clínico está siguiendo obviamente un manual de tratamiento y hace referencias a lo próximo que se necesita hacer o qué hojas sueltas, ejercicios de práctica y trabajo para la casa se necesita completar. Una *calificación muy baja* se podría dar si el clínico sigue más centrado en el cliente y casi nunca afirma la autoridad durante la sesión.

### **Ejemplos:**

*Clínico:* “Sé por lo que está pasando. Yo he estado ahí y tuve que luchar con los mismos sentimientos. Pero aprendí en seguida que no podía hacerlo por mí mismo. Tenía que involucrar en la recuperación de mi vida a otra gente para mejorar. Eso es lo que necesita hacer también.”

“Siga mi consejo. No vaya a ver a sus padres ahora. Usted me dijo que lo más probable era que tuviera una discusión fuerte con ellos y que se sintiera con ganas de tener una nota después. ¿Eso es lo que quiere después de haber dedicado tanto tiempo y esfuerzo a mantenerse limpio y sobrio?”

“Usted tiene que llegar a tiempo seriamente. Mucha gente quisiera estar recibiendo tratamiento para su adicción aquí. Si no es capaz de hacer de su tratamiento una prioridad, le doy de alta y usted me puede volver a llamar de aquí a 30 días si para ese entonces se siente que está preparada para abordar su abuso de drogas de una forma más seria.”

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Para recibir calificaciones superiores, el clínico proporciona directivas y recomendaciones con confianza y claridad. El clínico también puede hacer referencia a su base de conocimiento científico, experiencia clínica o recuperación personal para fortalecer la autoridad terapéutica durante la sesión y para recalcar la necesidad del cliente de seguir las direcciones del clínico. El tono más reglamentario del clínico apunta hacia fomentar los resultados del tratamiento del cliente, en lugar de simplemente afirmar el poder y el control sobre el cliente.

*Inferior:* Las calificaciones de Nivel de Destrezas Inferior, ocurren cuando el clínico suaviza una afirmación de autoridad al buscar el insumo, guía o aprobación del cliente para lo que acaba de decir. El tono inicialmente reglamentario cede ante uno colaborador. Como resultado, en lugar de que el clínico controle las recomendaciones del tratamiento, el cliente tiene un insumo excesivo en su desarrollo, a pesar de que el cliente posiblemente tenga un juicio pobre acerca de qué podría resultarle mejor.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### ***Ítem Opcional Inconsistente con la EM***

Los supervisores pueden tener interés en registrar la cantidad de veces que los clínicos usan preguntas cerradas. El exceso de preguntas y de preguntas cerradas en particular, tiende a disminuir la cantidad de tiempo que un cliente habla espontáneamente, al crear una trampa de preguntas y respuestas entre el clínico y el cliente. También limita cuánto puede elaborar un cliente acerca de su motivación para el cambio, pues las preguntas cerradas reciben respuestas concisas. En breve, al depender demasiado de preguntas cerradas, el clínico enseña al cliente sólo a responder cuando se lo impone el clínico y a contestar sólo a la pregunta específica (Miller & Rollnick, 2002). Además, como la esencia general de la EM depende de un estilo de consejería sumamente empático en el que la mayoría del discurso del clínico está dominado por planteamientos reflexivos en lugar de preguntas, mantener un registro del uso de preguntas cerradas por parte del clínico, es importante. Sin embargo, este ítem, no está incluido en el protocolo del sistema para calificar cintas de la Red de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*), a pesar de que los supervisores de protocolo suelen monitorearlo. Aún así, dada la importancia clínica de monitorear las preguntas cerradas como un medio para afilar las destrezas en EM de un clínico, lo proporcionamos aquí como un ítem adicional para calificar. Recomendamos a los supervisores que lo usen inicialmente con los clínicos para determinar si el uso excesivo de las preguntas cerradas es un problema de supervisión. Si un clínico limita consistentemente su uso de preguntas cerradas y depende principalmente de las abiertas al interrogar a un cliente, el supervisor puede escoger no seguir calificando este ítem.

#### **16. PREGUNTAS CERRADAS: *¿Hasta qué punto el clínico hizo preguntas cerradas que se podían responder con un sí o un no, o que buscaban ciertos detalles específicos o información por parte del cliente?***

#### **Frecuencia y Extensión de las Guías de Calificación:**

Este ítem mide hasta qué punto el clínico usa preguntas cerradas durante la entrevista. Estas preguntas suelen buscar respuestas o información muy específicas. A menudo el cliente puede responder con un “sí” o un “no”. Las preguntas dejan poco espacio para la elaboración del cliente. A menudo los clínicos las usan para “ir al grano” o para conseguir información que el clínico considera necesaria para los fines de la evaluación y tratamiento. Suelen comenzar con las interrogantes: “¿Podría/Puede? ¿Hizo/Hace? ¿Es? ¿Ha?”.

Una *calificación superior en la Frecuencia/Extensión* se podría lograr si el clínico hace muchas preguntas que buscan información específica o respuestas breves con un sí/no (véase Ejemplos Correctos) en contra de hacer preguntas que sean abiertas (véase Ejemplos Incorrectos). Las *calificaciones inferiores* ocurren cuando el clínico hace muy pocas preguntas abiertas o casi ninguna.

#### **Ejemplos:**

*Correctos:*

- ¿Usted usa marihuana? ¿Cuándo fue la última vez que usó?
- ¿Puede decirme cómo le afecta la heroína?
- Su esposa piensa que tiene adicción a la cocaína. ¿Es adicto a la cocaína?

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### *Incorrectos*

- Bueno, ¿qué le trae hoy por aquí?
- ¿Cuáles son algunas de las formas en que el uso de sustancias afecta su vida?”
- ¿Qué diferencias ha notado en...?

### **Guías de Calificación del Nivel de Destrezas:**

*Superior:* Las preguntas cerradas de calidad superior empujan al cliente a contestar la pregunta que se le hace específicamente, en lugar de dar al cliente campo abierto para elaborar sobre un tema o área. Ocurren en una sucesión estrecha, una detrás de otra. Cuando se hacen bien, las preguntas cerradas establecen que el clínico está en control de la sesión, en el rol del experto, tratando de discernir la información importante para el avalúo/evaluación clínica y el tratamiento. Las preguntas cerradas de calidad superior son muy claras y directas, por lo tanto minimizan cualquier confusión que pueda tener un cliente acerca de lo que el clínico ha preguntado y quiere saber.

*Inferior:* Las calificaciones inferiores de calidad ocurren si las preguntas de un clínico son excesivamente complejas debido a que el clínico pregunta al cliente sobre varios aspectos en una pregunta, o una demasiadas preguntas cerradas antes de permitir al cliente que las responda. En consecuencia, la especificidad de la respuesta del cliente se puede perder en la inhabilidad del cliente de recordar la pregunta o al considerar qué parte de la preguntas contestar primero.

## Calificaciones Generales de la Motivación del Cliente

El objetivo de la sesión de EM es que el clínico trabaje colaboradoramente con el cliente para construir y fortalecer la motivación del cliente hacia el cambio. Ayudar al clínico a prestar atención a los cambios en la motivación, a través del curso de la sesión, al reconocer el balance relativo entre el intercambio de ideas y la resistencia, es una destreza importante de la EM. Del mismo modo, usar estratégicamente las destrezas principales consistentes con la EM (preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resúmenes o los “OARS”) y los métodos directivos para extraer el intercambio de ideas al hablar, o para manejar la resistencia diestramente para facilitar la motivación para el cambio, son destrezas críticas adicionales de la EM. Al usar estas estrategias de EM, el clínico sigue la dirección del cliente en la discusión y escucha prestando atención a los cambios en la motivación como un medio para guiar su próxima intervención. Los Ítems 17 y 18 permiten al supervisor registrar cómo cambia la motivación del cliente desde el principio de la sesión hasta el final y proporciona un mecanismo para dar retroalimentación al clínico en cuanto a cómo su uso de las estrategias de EM podría haber afectado este proceso.

**17. MOTIVACIÓN – INICIO: *¿Cómo calificaría la etapa de cambio o motivación del cliente al principio de esta sesión?***

**18. MOTIVACIÓN – FINAL: *¿Cómo calificaría la etapa de cambio o motivación del cliente al final de esta sesión?***

La motivación es la preparación y el compromiso que muestra el cliente para cambiar sus comportamientos de uso de sustancias.

### Calificación    Definición

- 1        *En lo absoluto.* El cliente no cree que tenga un problema de uso de sustancias. El cliente se resiste a los esfuerzos del clínico para identificar el uso de sustancias como problemático o preocupante. El cliente cree que no es necesario hacer ningún cambio y no demuestra iniciativas para cambiar su comportamiento.
- 2        *Casi nada.* El cliente reconoce unos cuantos aspectos problemáticos en su uso de sustancias y considera las preguntas y comentarios del clínico. Sin embargo, el cliente llega a la conclusión de que su uso de sustancias prácticamente no es problemático y que no necesita cambios. Si el cliente ha empezado algunos cambios en el uso de sustancias o comportamientos relacionados con el consumo, el cliente hizo estos cambios obligado o como una medida para reducir la presión de los demás para que cambiara.
- 3        *Infrecuente.* El cliente es sumamente ambivalente acerca de los aspectos problemáticos de su uso de sustancias. El cliente participa de la sesión con el clínico, pero vacila en su posición en cuanto a que el uso de sustancias sea un problema. Si un cliente expresa un deseo de cambiar, este deseo se contrabalancea con el escepticismo acerca de su capacidad para cambiar y las opciones disponibles para lograrlo. El cliente se acerca a los esfuerzos iniciales para el cambio con un ligero compromiso y fluctuando entre la disposición a seguir.

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

- 4 *Un poco.* El cliente cree que tiene un problema de uso de sustancias, pero continúa reconociendo algunos beneficios significativos para usar y anticipa dificultades al dejar el consumo. El cliente quiere hacer cambios en sus patrones de uso de sustancias (abstinencia o consumo reducido) y se compromete a un plan de cambio inicial. Aunque no es escéptico, el cliente no está seguro acerca de su capacidad para mantener el cambio y los resultados de estos esfuerzos.
- 5 *Bastante.* El cliente cree que tiene un problema de uso de sustancias. El cliente responde bien a los esfuerzos del clínico para manejar la resistencia que surge durante la sesión. El cliente discute conjuntamente los aspectos positivos como los negativos del uso de sustancias y anticipa con firmeza que los beneficios son significativamente mayores que los costos al reducir o detener el consumo. El cliente se compromete con un plan de cambio, expresa cierto optimismo acerca de su capacidad para cambiar y podría haber iniciado por sí mismo esfuerzos específicos para cambiar.
- 6 *Considerablemente.* El cliente cree firmemente que tiene un problema de uso de sustancias. El cliente demuestra poca resistencia al cambio y habla abiertamente y en colaboración con el clínico. El cliente ve los beneficios relativos de cambiar su uso de sustancias como mucho mayores que cualquier otro beneficio que podría conseguir con los patrones de uso actuales. El cliente argumenta a favor del cambio con poca ayuda del clínico. Lo más probable, el cliente ya haya comenzado a cambiar los comportamientos de su uso de sustancias y hable positivamente de estas experiencias iniciales. Claramente, el cliente está esperanzado y es optimista acerca de su capacidad para mantener un plan de cambio.
- 7 *Extensamente.* El cliente cree enfáticamente que tiene un problema de uso de sustancias. El cliente no demuestra resistencia al cambio y trabaja muy abierta y colaboradoramente con el clínico. El cliente es muy detallado y está dispuesto a afirmar su uso anterior de sustancias y tiene muy claro y es convincente acerca de cómo estas experiencias sostienen sus razones para el cambio presente. El cliente expresa determinación para cambiar su comportamiento y ha comenzado a iniciar sus planes de cambio.

**FORMULARIOS PARA CALIFICAR CINTAS  
ORIGINALES**



## HOJA DE TRABAJO PARA CALIFICAR CINTAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

ÍTEM DE CALIFICACIÓN	CONSISTENCIA: FRECUENCIA Y EXTENSIÓN	COMPETENCIA: COMENTARIOS DEL NIVEL DE DESTREZAS
1. Estilo y Espíritu de la EM (Pág.22)		
2. Preguntas Abiertas (Pág. 24)		
3. Afirmación de las Fortalezas y la Auto-eficacia (Pág. 26)		
4. Planteamientos Reflexivos (Pág. 28)		
5. Fomentando una Atmósfera Colaboradora (Pág. 30)		
6. Motivación para el Cambio (Pág. 32)		
7. Desarrollando Discrepancias (Pág. 34)		
8. Ventajas, Desventajas y Ambivalencia (Pág.36)		
9. Discusión de la Planificación del Cambio (Pág.38)		
10. Retroalimentación y Discusión Centrada en los Problemas del Cliente (Pág. 40)		

ÍTEM DE CALIFICACIÓN	CONSISTENCIA: FRECUENCIA Y EXTENSIÓN	COMPETENCIA: COMENTARIOS DEL NIVEL DE DESTREZAS
11. Aconsejar, Dirigir u Ofrecer Retroalimentación sin ser solicitada (Pág. 42)		
12. Énfasis en la Abstinencia (Pág. 44)		
13. Confrontación Directa con el Cliente (Pág.46)		
14. Impotencia y Pérdida de Control (Pág. 48)		
15. Afirmación de Autoridad (Pág. 50)		
16. Preguntas Cerradas (Pág. 52)		

CONSULTE SIEMPRE UNA GUÍA DE CALIFICACIÓN AL TRASFERIR DEL FORMULARIO DE LA HOJA DE TRABAJO PARA CALIFICAR, ESPECIALMENTE CUANDO TENGA DUDAS.

**CALIFICACIONES DE CONSISTENCIA:  
FRECUENCIA Y EXTENSIÓN**

ANOTACIÓN    COMPORTAMIENTO OCURRIDO

Nada            Nunca ocurrió =

/                Una vez sin profundidad =

//               Más de una vez, sin profundidad =

Ø                Una vez con cierta profundidad =

Ø //            Más de una vez, una con profundidad =

Ø / Ø           Más de una vez con profundidad =

Ø Ø Ø / Ø Ø)   Sesión con nivel elevado de dominio, muchas veces con profundidad =

CALIFICACIÓN

*En lo absoluto* (1)

*Casi nada* (2)

*Infrecuente* (3)

*Un poco* (4)

*Bastante* (5)

*Considerablemente* (6)

*Extensamente* (7)

**CALIFICACIONES DE COMPETENCIA:  
NIVEL DE DESTREZAS**

COMPORTAMIENTO    CALIFICACIÓN

Inaceptable, poco profesional =    *Muy pobre* (1)

Falta de experiencia, competencia =    *Pobre* (2)

Regular, por debajo del promedio =    *Aceptable* (3)

Promedio =    *Adecuado* (4)

Por encima de promedio =    *Bueno* (5)

Mostró destrezas y experiencia =    *Muy bueno* (6)

Nivel elevado de dominio =    *Excelente* (7)

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL**  
**FORMULARIO DE RETROALIMENTACIÓN DE CONSISTENCIA Y COMPETENCIA**

Ítems Consistentes con la EM	Calificación de Consistencia*							Calificación de Competencia**							
	1	2	3	4	5	6	7	NA	1	2	3	4	5	6	7
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
<b>Ítems Inconsistentes con la EM</b>															
11															
12															
13															
14															
15															
16															

\*CONSISTENCIA: 1 – En lo absoluto 2 – Casi Nada 3 – Infrecuente 4 – Un poco 5 – Bastante 6- Considerablemente 7 – Extensamente

\*\* COMPETENCIA: 1 – Muy pobre 2- Pobre 3 – Aceptable 4 – Adecuado 5 – Bueno 6 – Muy bueno 7 - Excelente

# PLAN DE DESARROLLO DE LAS DESTREZAS EN EM

Nombre:

Fecha:

Fortalezas Demostradas en la Sesión			
Desarrollo de Destrezas			
Destreza de EM que se tiene como objetivo mejorar	¿Qué se necesita desarrollar o mejorar específicamente?	¿Cómo se alcanzará la meta?	Fecha de la próxima supervisión
1.			
2.			
3.			

## INFORME DE AUTO-AVALÚO DEL CLÍNICO ENTREVISTA MOTIVACIONAL

**INSTRUCCIONES:** A continuación hay una lista de la variedad de áreas de destrezas consistentes e inconsistentes con la Entrevista Motivacional. Por favor, califique el grado en el que ha incorporado cualquiera de estas estrategias o técnicas en la sesión con su cliente. Siéntase libre de escribir comentarios debajo de cada uno de los ítems acerca de cualquier área que quiera discutir con su supervisor. Para cada uno de los ítems, por favor califique lo que estime que representa mejor la frecuencia con que usó la estrategia, dejándose llevar por cada uno de los puntos de la escala.

1	(En lo absoluto)	Nunca usó la estrategia
2	(Casi nada)	Usó la estrategia 1 vez brevemente
3	(Infrecuentemente)	Usó la estrategia 2 veces brevemente
4	(Un poco)	Usó la estrategia 3 a 4 veces brevemente o una o dos veces extensivamente
5	(Bastante)	Usó la estrategia 5 a 6 veces brevemente o tres veces extensivamente
6	(Considerablemente)	Usó la estrategia durante más de la mitad de la sesión
7	(Extensivamente)	Usó la estrategia casi toda la sesión

---

### ÍTEMES CONSISTENTES CON LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

**1. ESTILO O ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL:** ¿Hasta qué punto usted proporcionó retroalimentación discreta, fluyó con la resistencia (por Ej., evitó argumentos, cambio de enfoque), y usó un acercamiento de apoyo, cálido, libre de juicio y colaborador? ¿Hasta qué punto usted transmitió empatía por medio de las palabras y el tono de voz, demostró preocupación genuina y conciencia de las experiencias del cliente? ¿Hasta qué punto usted siguió la dirección del cliente en la discusión, en lugar de estructurar la discusión de acuerdo a su agenda?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. HACIENDO PREGUNTAS ABIERTAS :** ¿Hasta qué punto usted usó las preguntas abiertas (por ej., preguntas o peticiones que producían respuestas que tuvieran más que un sí o no) para conseguir la percepción del cliente acerca de sus problemas, motivación, esfuerzos

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

por cambiar y planes? Estas preguntas suelen comenzar con interrogativos como: “Qué”, “Cómo” y “En qué” o que guían con peticiones como: “Dígame...” o “Describa...”

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. AFIRMACIÓN DE LAS FORTALEZAS Y LOS ESFUERZOS DEL CAMBIO:** ¿Hasta qué punto usted reforzó verbalmente las fortalezas, habilidades o los esfuerzos del cliente para cambiar su comportamiento? ¿Hasta qué punto usted trató de desarrollar la confianza del cliente al halagar los pasos pequeños tomados en dirección al cambio, o al expresar apreciación de las cualidades personales en el cliente que podrían llevarle a facilitar los esfuerzos exitosos para el cambio?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. HACIENDO PLANTEAMIENTOS REFLEXIVOS:** ¿Hasta qué punto usted usó destrezas de escuchar con atención como repetir (palabras exactas), rephrasear (cambió ligeramente las palabras), parafrasear (por ej., ampliar el pensamiento o sentimiento, usar analogías, hacer inferencias) o hacer planteamientos reflexivos como resumen de lo que el cliente ha dicho?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. FOMENTANDO UNA ATMÓSFERA COLABORADORA:** ¿Hasta qué punto usted transmitió en palabras o acciones que la terapia es una relación de colaboración en contraste con una relación en la que usted está a cargo? ¿Cuánto enfatizó usted la importancia (mayor) de las decisiones, la confianza y la percepción del cliente acerca de la importancia de cambiar? ¿Hasta qué punto usted verbalizó el respeto por la autonomía del cliente y la elección personal?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

en lo absoluto    casi nada    infrecuente    un poco    bastante    considerablemente    extensivamente

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO:** ¿Hasta qué punto usted trató de que el cliente discutiera el cambio (planteamientos auto-motivacionales) mediante preguntas o comentarios evocadores diseñados para fomentar una conciencia/preocupación mayor del problema, reconocimiento de las ventajas del cambio, un aumento del intento/optimismo para cambiar, o la elaboración de un tema relacionado con el cambio? ¿Hasta qué punto usted discutió las etapas del cambio, ayudó al cliente a desarrollar una calificación de la importancia actual, confianza, preparación o compromiso, o exploró cómo se podría fortalecer la motivación?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo absoluto    casi nada    infrecuente    un poco    bastante    considerablemente    extensivamente

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. DESARROLLANDO DISCREPANCIAS:** ¿Hasta qué punto usted creó o aumentó los conflictos internos del cliente relacionados con su uso de sustancias? ¿Hasta qué punto el clínico trató de aumentar la conciencia del cliente en cuanto a su discrepancia entre en qué punto se encuentra su vida en la actualidad, en contra de en qué punto quiere que esté en el futuro? ¿Cuánto exploró el clínico la manera en que el uso de sustancias del cliente podría ser inconsistente con las metas, valores o auto-percepciones del cliente?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo absoluto    casi nada    infrecuente    un poco    bastante    considerablemente    extensivamente

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. VENTAJAS, DESVENTAJAS Y AMBIVALENCIA:** ¿Hasta qué punto usted abordó o exploró los efectos positivos y negativos o los resultados del uso de sustancias del cliente, y qué se podría ganar o perder por medio de la abstinencia o la reducción en el uso de sustancias? ¿Hasta qué punto usted llevó a cabo una actividad de balance decisional que consistiera de un análisis del costo-beneficio o lista de las ventajas y desventajas del uso de sustancias? ¿Cuánto desarrolló y destacó la ambivalencia del cliente, la apoyó como una parte normal del proceso de cambio y reflejó para el cliente la mezcla de sentimientos y pensamientos que sostienen la ambivalencia del cliente?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo absoluto    casi nada    infrecuente    un poco    bastante    considerablemente    extensivamente

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. DISCUSIÓN DE PLANIFICACIÓN DE CAMBIO:** ¿Hasta qué punto usted desarrolló un plan de cambio con el cliente de forma colaboradora? ¿Cuántos aspectos críticos de la planificación del cambio cubrió usted, como por ejemplo, facilitar una discusión de las metas auto-identificadas del cliente, los pasos para lograr estas metas, las personas de apoyo disponibles para ayudar al cliente, qué obstáculos podrían existir para el plan de cambio y cómo abordar los impedimentos para el cambio?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. DISCUSIÓN DE PROBLEMAS Y RETROALIMENTACIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE:** ¿Hasta qué punto usted facilitó una discusión de los problemas por los que el cliente entró a tratamiento, en lugar de redirigir la conversación hacia los problemas identificados por usted, pero no por el cliente? ¿Hasta qué punto usted proporcionó retroalimentación personalizada al cliente acerca de su uso de sustancias, o los problemas en otras áreas de su vida sólo cuando se lo solicita el cliente, o cuando ha buscado explícitamente el permiso del cliente?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ÍTEMES INCONSISTENTES CON LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

**11. ACONSEJAR, DIRIGIR O DAR RETROALIMENTACIÓN SIN SOLICITAR:** ¿Hasta qué punto usted proporcionó al cliente consejos, dirección o retroalimentación no solicitados (por ejemplo, ofrecer sugerencias específicas y concretas acerca de lo que el cliente debería hacer)? ¿Hasta qué punto su estilo era decir al cliente cómo ser exitoso en su recuperación?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

**12. ÉNFASIS EN LA ABSTINENCIA:** ¿Hasta qué punto usted presentó la meta de la abstinencia como la única legítima e indicó que una meta de uso controlado no era aceptable o realista? ¿Cuánto intentó enfatizar la meta de la abstinencia o la reforzó como un estándar necesario para juzgar cualquier mejora durante el tratamiento?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. CONFRONTACIÓN DIRECTA DEL CLIENTE:** ¿Hasta qué punto usted confrontó directamente al cliente acerca de su fracaso en reconocer los problemas o preocupaciones relacionadas con el uso de sustancias y otras dificultades conductuales (por ej., síntomas psiquiátricos, mentir, incumplimiento con el tratamiento? ¿Hasta qué punto usted confrontó directamente al cliente sobre no tratar de tomar los pasos para cambiar las áreas problemáticas identificadas?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. IMPOTENCIA Y PÉRDIDA DE CONTROL:** ¿Hasta qué punto usted enfatizó el concepto de la impotencia sobre la adicción como una enfermedad y la importancia del comportamiento del cliente en este aspecto para la sobriedad exitosa? ¿Hasta qué punto usted expresó el punto de vista de que todo uso de sustancias representa una pérdida de control, o que la vida del cliente no es manejable cuando usa sustancias?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15. AFIRMACIÓN DE AUTORIDAD:** ¿Hasta qué punto usted verbalizó conclusiones o decisiones claras acerca de cuál sería el mejor curso de consejería para el cliente? ¿Cuánto advirtió usted que la recuperación se afectaría a no ser que el cliente siguiera ciertos pasos o guías en el tratamiento? ¿Hasta qué punto usted trató de decir al cliente “qué funciona” mejor

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

en el tratamiento, o la posibilidad de un resultado pobre si el cliente trata de llevar su propio tratamiento? ¿Hasta qué punto usted se refirió a sus propias experiencias, conocimiento y pericia para resaltar los puntos que le expresó al cliente?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

---

**16. PREGUNTAS CERRADAS:** ¿Hasta qué punto usted hizo preguntas que se podían responder con un 'sí' o 'no' o que buscaban respuestas, detalles o información específica acerca del comportamiento, o circunstancias del pasado o actuales del cliente? Estas preguntas generalmente empiezan con los interrogantes: "¿Podría/Puede? ¿Hizo/Hace? ¿Es? ¿Ha?"

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7  
en lo casi infrecuente un poco bastante considerablemente extensivamente  
absoluto nada

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

---

## Sección G – Formularios y Guías del Supervisor para Calificar las Cintas

### REFERENCIAS

- Ball, S. A., Bachrach, K., DeCarlo, J., Farentinos, C., Keen, M., McSherry, T., Polcin, D., Snead, N., Sockriter, R., Wrigley, PÁG., Zammarelli, L., Y Carroll, K. M. (2002). Characteristics of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers (Características de los clínicos comunitarios adiestrados para proporcionar terapias basadas en manuales para los que abusan de sustancias.) *Journal of Substance Abuse Treatment (Boletín de Tratamiento contra Abuso de Sustancias)*.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled trials (La eficacia de la entrevista motivacional: una meta análisis de pruebas controladas). *Journal of Consulting and Clinical Psychology (Boletín de la Consultoría y Psicología Clínica)*, 71, 843-861.
- Carroll, K. M., Connors, G. J., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Donovan, D. M., Longabaugh, R. L., Kadden, R. M., Rounsaville, B. J., Wirtz, PÁG. W., y Zweben, A. (1998). Internal validity of Project MATCH treatments: Discriminability and integrity (Validez interna de los tratamientos del Proyecto "MATCH"). *Journal of Consulting and Clinical Psychology (Boletín de la Consultoría y Psicología Clínica)*, 66, 290-303.
- Carroll, K.M., Farentinos, C., Ball, S.A., Crits-Christoph, PÁG., Libby, B., Morgenstern, J., Obert, J.L., Polcin, D. y Woody, G.E., para la Red de Pruebas Clínicas (2002). MET meets the real world: Design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network (La Terapia de Aumento Motivacional -MET, por sus siglas en inglés se enfrenta al mundo real: Aspectos de diseño y estrategias clínicas en la Red de Pruebas Clínicas). *Journal of Substance Abuse Treatment (Boletín de Tratamiento contra Abuso de Sustancias)*, 23, 73-80.
- Carroll, K. M., Nich, C., Sifry, R., Frankforter, T., Nuro, K. F., Ball, S. A., Fenton, L. R., y Rounsaville, B. J. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions (Un sistema general para evaluar el consistencia y la competencia del terapeuta en la investigación de la psicoterapia en las adicciones). *Drug and Alcohol Dependence (Dependencia a las drogas y al alcohol)*, 57, 225-238.
- Grupo de Investigación del Proyecto "MATCH". (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes (Pareando el tratamiento para alcoholismo con la heterogeneidad del cliente: Resultados postratamiento del Proyecto "MATCH"). *Journal of Studies on Alcohol (Boletín de Estudios en Alcohol)*, 58, 7-29.
- Grupo de Investigación del Proyecto "MATCH". (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems (Efectos del terapeuta en tres tratamientos para problemas de alcohol). *Psychotherapy Research (Investigación de Psicoterapia)*, 8, 455-474.
- McLellan, T. A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., y Argeriou, M. (1992). The 5<sup>th</sup> edition of the Addiction Severity Index (5<sup>a</sup> edición del índice de Severidad en Adicción). *Journal of Substance Abuse Treatment (Boletín de Tratamiento contra Abuso de Sustancias)*, 9, 199-213.
- Miller, W. R. y Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? (Un estudio pequeño de adiestramiento en entrevista motivacional: ¿puede un taller cambiar el comportamiento del clínico y el cliente?) *Behavioural and Cognitive Psychotherapy (Psicoterapia Conductual y Cognitiva)*, 29, 457-471.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (Entrevista Motivacional: Preparando a la Gente para el cambio)* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., y Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing (Una prueba al azar de métodos para ayudar a los clínicos a aprender entrevista motivacional). *Journal of Consulting and Clinical Psychology (Boletín de la Consultoría y Psicología Clínica)*, 72, 6, 1050-1062.
- Sholomskas, D., Syracuse, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., y Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: A randomized trial of three strategies for training clinicians in CBT (Nos nos adiestramos en vano: Una prueba al azar de tres estrategias para adiestrar clínicos en Terapia Cognitiva-Conductual). *Journal of Consulting and Clinical Psychology (Boletín de la Consultoría y Psicología Clínica)*, 73, 1, 106-115.



## **Sección H**

### **Transcripciones y Calificaciones de las Cintas Estandarizadas**

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
Tomás y Andrés	
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	3
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	5
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	6
4. Transcripción Calificada	7
Teresa y Karen	
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	34
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	36
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	37
4. Transcripción Calificada	38

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
Beatriz y Sofía	
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	71
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	74
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	75
4. Transcripción Calificada	77
Mariellis y Billy Bob	
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	83
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	86
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	87
4. Transcripción Calificada	88



## **Demostración de Entrevista de Avalúo en EM**

**Tomás y Andrés**

<b>Ítem</b>	<b>Página</b>
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	3
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	5
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	6
4. Transcripción Calificada	7



## **Demostración de Entrevista de Avalúo en EM**

**Teresa y Karen**

<b>Ítem</b>	<b>Página</b>
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	29
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	31
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	32
4. Transcripción Calificada	33



## **Demostración de Entrevista de Avalúo en EM**

**Beatriz y Sofía**

<b>Ítem</b>	<b>Página</b>
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	71
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	74
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	75
4. Transcripción Calificada	77





## **Demostración de Entrevista de Avalúo en EM**

### **Mariellis y Billy Bob**

<b>Ítem</b>	<b>Página</b>
1. Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM	83
2. Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM	86
3. Plan de Desarrollo de Destrezas en EM	87
4. Transcripción Calificada	88

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**HOJA DE TRABAJO PARA CALIFICAR CINTAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

Cinta de Demostración 1: Tomás y Andrés

ÍTEM DE CALIFICACIÓN	CONSISTENCIA: FRECUENCIA Y EXTENSIÓN	COMPETENCIA: COMENTARIOS DEL NIVEL DE DESTREZAS
1. Estilo o Espíritu de la EM	Considerable	Muy bueno – en armonía con el cliente, sigue la dirección del cliente, evocativo, fluye con la resistencia, colaborador. Planteamientos repetitivos de: “entiendo” “ya veo” disminuyen la calificación de destrezas
2. Preguntas Abiertas	//////////	Bueno – claras, concisas, usadas para estimular el intercambio de ideas, muchas reflexiones entre las preguntas; muchas preguntas son vagas o menos efectivas pues se catalogan como cerradas.
3. Afirmación de las Fortalezas y la Auto-eficacia	/	Aceptable – podría haber sido más explícito en lo que afirmaba.
4. Planteamientos Reflexivos	////////// Ø ////////// Ø //////////	Muy bueno –un estilo reflexivo constante, preciso, las reflexiones más profundas desarrollan discrepancias, las reflexiones ruedan con la resistencia.
5. Fomentando una Atmósfera Colaboradora	////	Adecuado – enfatiza con qué quiere el cliente que le ayuden y las metas del cliente. Resalta las preocupaciones del cliente, separándolas de las preocupaciones de la novia
6. Motivación para el Cambio	////	Bueno – Usó preguntas claramente evocativas para sonsacar por qué era problemático beber; cómo podría ser beneficioso cambiar su comportamiento de consumo.
7. Desarrollando Discrepancias	////////	Muy bueno – logró efectivamente que el cliente expresara cómo el guiar bajo los efectos del alcohol, necesitar alcohol para dormir y los efectos negativos en potencia, discrepan de su imagen propia.
8. Ventajas, Desventajas y Ambivalencia	//////// Ø	Bueno – desarrolló las ventajas/desventajas de beber y cambiar el consumo. Pudo haber pedido la reacción del cliente en la actividad al final.
9. Discusión de la Planificación del Cambio	//	Adecuado – suficiente esfuerzo para iniciar discusión acerca de cómo el cliente quiere cambiar el consumo de bebida casi al final de la sesión.
10. Retroalimentación y Discusión Centrada en los Problemas del Cliente	/	Adecuado – Al principio, simplemente pregunta al cliente que le trae a tratamiento. No se usó retroalimentación objetiva como una estrategia.

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

ÍTEM DE CALIFICACIÓN	CONSISTENCIA: FRECUENCIA Y EXTENSIÓN	COMPETENCIA: COMENTARIOS DEL NIVEL DE DESTREZAS
11. Aconsejar, Dirigir u Ofrecer Retroalimentación sin ser solicitada		
12. Énfasis en la Abstinencia		
13. Confrontación Directa con el Cliente		
14. Impotencia y Pérdida de Control		
15. Afirmación de Autoridad		
16. Preguntas Cerradas	////////////////////	Buen avalúo de los aspectos psicológicos y la cantidad y la frecuencia en consumo de bebida.

CONSULTE SIEMPRE UNA GUÍA DE CALIFICACIÓN AL TRASFERIR DEL FORMULARIO DE LA HOJA DE TRABAJO PARA CALIFICAR, ESPECIALMENTE CUANDO TENGA DUDAS.

**CALIFICACIONES DE APEGO:  
FRECUENCIA Y EXTENSIÓN**

ANOTACIÓN	COMPORTAMIENTO OCURRIDO	CALIFICACIÓN
Nada	Nunca ocurrió =	<i>En lo absoluto</i> (1)
/	Una vez sin profundidad =	<i>Casi nada</i> (2)
//	Más de una vez, sin profundidad =	<i>Infrecuente</i> (3)
Ø	Una vez con cierta profundidad =	<i>Un poco</i> (4)
Ø //	Más de una vez, una con profundidad =	<i>Bastante</i> (5)
Ø / Ø	Más de una vez con profundidad =	<i>Considerablemente</i> (6)
Ø Ø Ø / Ø Ø	Sesión con nivel elevado de dominio, muchas veces con profundidad =	<i>Extensamente</i> (7)

**CALIFICACIONES DE COMPETENCIA:  
NIVEL DE DESTREZAS**

COMPORTAMIENTO	CALIFICACIÓN
Inaceptable, poco profesional =	<i>Muy pobre</i> (1)
Falta de experiencia, competencia =	<i>Pobre</i> (2)
Regular, por debajo del promedio =	<i>Aceptable</i> (3)
Promedio =	<i>Adecuado</i> (4)
Por encima de promedio =	<i>Bueno</i> (5)
Demostró destrezas y experiencia =	<i>Muy bueno</i> (6)
Nivel elevado de dominio =	<i>Excelente</i> (7)

## ENTREVISTA MOTIVACIONAL FORMULARIO DE RETROALIMENTACIÓN DE CONSISTENCIA Y COMPETENCIA

Cinta de Demostración 1: Tomás y Andrés

Ítems Consistentes con la EM	Calificación de Consistencia*							Calificación de Competencia**							
	1	2	3	4	5	6	7	NA	1	2	3	4	5	6	7
1							X							X	
2						X							X		
3	X									X					
4							X							X	
5					X						X				
6				X								X			
7						X								X	
8							X						X		
9			X									X			
10		X										X			
<b>Ítems Inconsistentes con la EM</b>															
11	X													X	
12	X													X	
13	X													X	
14	X													X	
15	X													X	
16						X								X	

\*CONSISTENCIA: 1 – En lo absoluto 2 – Casi Nada 3 – Infrecuente 4 – Un poco 5 – Bastante 6- Considerablemente 7 – Extensamente

\*\* COMPETENCIA: 1 – Muy pobre 2- Pobre 3 – Aceptable 4 – Adecuado 5 – Bueno 6 – Muy bueno 7 - Excelente

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**PLAN DE DESARROLLO DE DESTREZAS EN EM**

Nombre: Tomás y Andrés

Fecha:

<b>Fortalezas Demostradas en la Sesión</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy buen(a) estilo/espiritu de EM (colaborador, apoya, atento, evocó el intercambio de ideas y siguió la dirección del cliente)</li> <li>Muy buenas destrezas de escuchar con atención (la reflexión del intercambio al hablar y de la resistencia produjo cierta ambivalencia y cuan molesto está el cliente con sus arrestos por Guiar Intoxicado (DWI, por sus siglas en inglés, <i>Driving While Intoxicated</i>))</li> <li>Buen uso de las estrategias directas (hace preguntas evocativas, desarrolla discrepancias, usa la actividad de balance decisional)</li> <li>Elimina las estrategias inconsistentes con la EM y hace preguntas cerradas con poca frecuencia.</li> </ul>			
<b>Desarrollo de Destrezas</b>			
<b>Destreza de EM que se tiene como objetivo mejorar</b>	<b>¿Qué se necesita desarrollar o mejorar específicamente?</b>	<b>¿Cómo se alcanzará la meta?</b>	<b>Fecha de la próxima supervisión</b>
1. Estilo o Espíritu y Reflexiones de EM	Disminuir el uso de planteamientos repetitivos como "entiendo" o "ya veo" como un medio para indicar entendimiento o como un preludio para reflexión. Aumentar el uso de afirmaciones	Aumentar la conciencia acerca de esta tendencia y practicar reflexionando sin usar planteamientos repetitivos en la próxima sesión de práctica. Identificar y practicar formas alternativas para demostrar entendimiento. Leer las Herramientas de "OARS" y las Afirmaciones de los Resúmenes de Destrezas de Auto-Avalúo. Representar roles con el supervisor para identificar ejemplos al afirmar al cliente pueda ser una estrategia efectiva de EM.	
2. Afirmaciones de Fortalezas y de Auto-eficacia	Resumir concisamente la perspectiva del cliente acerca de su uso de sustancias al vincular las reflexiones muy buenas que se hayan hecho durante la sesión.	Hablar con el supervisor acerca de qué podría haber resumido para captar la postura de ambivalencia durante la primera parte de la sesión y qué podría haber resumido casi al final después de que el clínico había desarrollado discrepancia con el cliente y el cliente indicó deseo de alterar sus patrones de bebida. Leer/discutir cómo los resúmenes mejoran el proceso de EM.	
3. Planteamientos Reflexivos - Resúmenes			



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

### Transcripción Calificada de Avalúo en EM Tomás y Andrés

**Terapeuta:** Hola, bienvenido. Siempre me gusta empezar con una pregunta general. Es decir, ¿qué le trae hoy aquí? ¿Cómo puedo ayudarle?

(Pregunta Cerrada, Discusión Centrada en el Cliente, Fomentando una Relación Colaboradora)

**Cliente:** Ah, bueno, este. Yo estaba, ah... Mi abogado sugirió que debería venir y pensé que era buena idea. Estaba, este... tengo una vista en corte. Me detuvieron por Guiar Bajo los Efectos de Sustancias por segunda vez en dos años. Casi dos años.

**Terapeuta:** Aja. (Neutral)

**Cliente:** En septiembre y por eso tenemos una fecha en corte en febrero y mi abogado pensó que sería... Que se vería bien en la corte que viniera.

**Terapeuta:** Bien, así que es su segundo arresto por Guiar Bajo los Efectos de Sustancias y consiguió un abogado y después de hablar con él, dado que tiene una vista en la corte, él pensó que sería una buena idea que viniera a hablar con un consejero. Y como usted dijo, este es su segundo arresto.

(Reflexión – bien)

**Cliente:** Sí, usted sabe, suena terrible. Pero no es tan malo como parece. Lo mínimo por encima del límite legal, muy tarde en la noche. En realidad no me sentía que estuviera impedido ninguna de las dos veces. Yo designo un conductor cuando voy a salir o usted sabe voy a un concierto en un club o algo así. Siempre me aseguro de que voy con un amigo y esta vez, pues fue una de esas veces que...No me parecía que había bebido mucho.

**Terapeuta:** Veo. Así que esto era fuera de lo común. No es algo que suela hacer. Usted suele ser... Usted trata de tener cuidado.

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Así que, esto era algo inusual para usted y se siente un poco avergonzado por eso.  
(continúa de más arriba ... Reflexión – muy bien, Desarrollando Discrepancias– muy bien)

**Cliente:** Me siento como un tonto, sí.

**Terapeuta:** Así que eso le está molestando. Que tenga que hacer esto, estar aquí. (Reflexión)

**Cliente:** No es que tenga que hacer esto. O sea esto no es... Usted sabe, si estoy guiando bajo la influencia de... Si alguien está guiando bajo la influencia de sustancias, para eso está la policía. Para eso son los impuestos y donde van mis impuestos; es para la protección pública.

**Terapeuta:** Esa es una consecuencia comprensible de sus actos. (Reflexión - bien)

**Cliente:** ¡Exactamente!

**Terapeuta:** Además de los arrestos por Guiar Bajo los Efectos de Sustancias, que parecen ser una preocupación para usted; ¿qué otras preocupaciones tiene con su consumo de bebida?  
(Pregunta Abierta– muy bien, Motivación para Cambiar– muy bien)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** Bueno, usted sabe yo... Bueno, soy... soy músico. Toco batería en una... Usted sabe, siendo músico tú estás en situaciones en las que todo el mundo anda en algo, algunas veces como que eso molesta.

**Terapeuta:** Tocan en un montón de barras y cosas así. (Reflexión)

**Cliente:** En algún sitio hay que empezar y todo el mundo fuma y todo el mundo bebe. Y conoces gente que te invita a tragos y es como que grosero decir que no. Pero eso no es un problema. El problema es que nosotros damos un show y yo, este... La batería es bien física y uno realmente, de verdad se tiene que meter en lo que hace y yo... Las únicas veces que bebo consistentemente, como que sé que voy a beber antes de que empiece la noche, es si tenemos un show y necesito... yo trabajo usted sabe... Trabajo en la oficina de un optómetra también y tengo que dormir por la noche y no me gusta tomar pastillas para dormir porque me dejan atontado todo el día siguiente. Y me doy un par de tragos después de tocar para relajarme.

**Terapeuta:** Se queda bien eléctrico después de tocar. Es intenso. (Reflexión)

**Cliente:** Exactamente, uno se mete de verdad, bien físicamente en lo que está haciendo y el corazón está bombeando. Y mi cerebro... El show se acaba y en mi cabeza estoy repasando la lista de piezas y todavía estoy preocupado de que vaya a salir mal la transición. O tú sabes, pensando en qué vamos a hacer diferente cuando estemos tocando en el Canal Club la semana próxima y cosas así, y entonces lo hago para calmarme un poco.

**Terapeuta:** Algo que usa para ayudarle a poder dormir. Y eso le preocupa un poco. (Reflexión - bien, Desarrollando Discrepancias- bien)

**Cliente:** Bueno, no me gusta estar... no me gusta como que depender de eso. He tratado... Compré libros y traté cosas como ejercicios de relajación y cosas de yoga y por el estilo. Y no hace ninguna diferencia. No me sirve de nada. De todas formas tengo una tendencia a no dormir muy bien como quiera. El cerebro no se apaga; no deja que me vaya. Y se me queda una canción metida... El coro de una canción se me queda pegado como por 45 minutos mientras estoy acostado en la cama. Así que darme un trago y un par de martinis o una copa de vino antes de acostarme es lo más confiable que he encontrado que no me hace que esté afectado al día siguiente en el trabajo.

**Terapeuta:** Y que tenga que depender de algo es una preocupación. Que simplemente no se pueda acostar a dormir. (Reflexión – muy bien, Desarrollando Discrepancias– muy bien)

**Cliente:** Aja, nunca se me había ocurrido. Fue mi novia quien lo mencionó, ella estaba como que preocupada con el asunto. Que yo no me sentía bien... Nunca se me ocurrió que yo estuviera contando con algo pero ella me dijo que estaba algo preocupada con el asunto. Ella no quería que me convirtiera en un alcohólico. Lo sé por que ella ve... Hay un par de músicos en la banda que creen que estoy metido en algún tipo de problema, pero... Y a ella también le parece. Ella sale con nosotros y ve nuestros shows y pues por eso está preocupada por mí, quizás habría venido hasta sin el arresto. Ella está mucho más preocupada que yo con esto.

**Terapeuta:** Entiendo. Entiendo. Bueno, como que para resumirlo hasta este punto, tiene dos arrestos por guiar bajo la influencia de sustancias, y eso le preocupa. Quiero decir, usted sabe, a usted no le gusta eso. A usted no le gusta guiar de esa forma. No le gusta guiar bajo la influencia del alcohol. Eso es, este... Tener que ir a un abogado y lidiar con todo esto, es algo



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

que no quisiera tener que hacer, usted no quiere hacerlo. (Reflexión - bien, Desarrollando Discrepancias- bien)

**Cliente:** Bueno, es caro e inconveniente por decir poco. Y no me gusta tener eso en mi récord porque no soy esa clase de tipo. No soy el tipo que bebe y guía.

**Terapeuta:** Como dijo, no es su comportamiento normal. Ni algo que haría normalmente. (Reflexión – bien, Desarrollando Discrepancias– bien)

**Cliente:** No.

**Terapeuta:** Y también se preocupa de tener que depender de la bebida. Como dijo, usted toca en una banda, es baterista y se excita mucho. Se le meten en la cabeza esas melodías y a veces tiene que contar con la bebida para quedarse dormido. Y eso ha sido algo que de verdad, como que no es algo en lo que haya pensado mucho hasta que se lo señaló su novia. (Reflexión - bien, Desarrollando Discrepancias- bien)

**Cliente:** Bueno, ella como que me puso a pensar en eso un poco al mismo tiempo que yo me estaba dando cuenta de que... Debo estar sonando como un idiota aquí diciendo que yo no... La única razón... Yo sólo estoy aquí... Es porque mi abogado me hizo hacerlo o sólo estoy aquí porque quiero hacer que mi novia esté tranquila o algo así. No quiero que piense eso. No quiero que se sienta que sólo estoy aquí para hacer feliz a otra gente.

**Terapeuta:** Usted tiene preocupaciones por sí mismo. Piensa... Usted como que cree que a lo mejor hay algo que necesita observar por sí mismo. (Reflexión – muy bien, Fomentando una Relación Colaboradora – muy bien)

**Cliente:** No, uno... Uno no quiere dejar que cosas así lleguen hasta el punto de ser un problema. Usted sabe..., es... como que estoy llegando a la encrucijada, usted sabe lo que quiero decir. Tratando de averiguar en una etapa pre-problema. Quizás poder determinar, ¿hay o no un problema? Como dije, las dos veces que me arrestaron por guiar bajo influencia del alcohol, no me sentía nada incapacitado. Pero... aparentemente, lo estaba.

**Terapeuta:** Entiendo. Su evaluación en este momento es que no se trata de un problema serio. Sin embargo, está un poco preocupado de que se puede volver uno. (Reflexión – muy bien)

**Cliente:** Usted dijo evaluación, ésa es una buena palabra. En realidad es algo así como lo que estoy tratando de hacer con esto...

**Terapeuta:** Tratar de descubrir algunas cosas por sí mismo, aquí. (Reflexión, Fomentando una Relación Colaboradora)

**Cliente:** Sí, creo.

**Terapeuta:** Qué... Y usted mencionó que su novia estaba preocupada por usted, usted sabe, dependiendo de la noche. ¿Qué otras preocupaciones tiene ella o usted? ¿Algo que le venga a la mente a la primera? (Pregunta Cerrada, Motivación para Cambiar, Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Bueno, no sé, ella, ah... Usted sabe, como le dije que ella. Ella está conmigo y con la banda. Y ella siempre... Hace amistad con mis compañeros de trabajo en la oficina del doctor de los ojos. Y ella no es... A ella no le encantan dos de los tipos de la banda... No le encanta... Y usted sabe, uno de los tipos, usted sabe, podría estar bebiendo un poco de más. Otro de

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

ellos podría estar usando algunas drogas. No a un nivel serio, pero eso la preocupa más que a mí y no... Usted sabe, yo no soy un... No es como que yo no sienta que cosas así son un problema, pero he estado tocando batería profesionalmente o semi-profesionalmente durante doce años y usted sabe, no te puedes escapar. Usted no puede tomar la decisión. La única manera de escaparse es decir, okay, se acabó; no voy a tocar batería nunca más. Ya no voy a tocar en bandas. No hay otra forma.

**Terapeuta:** Está acorralado. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Es que es parte de la cultura y es terrible. Hace que sea desagradable trabajar con gente. Y hace que, ah... Los sitios de los shows apestan y no se puede confiar en la gente siempre pero, este, usted sabe, no puedes dejarlo. Bueno, supongo que se puede, pero yo no voy a hacerlo. Es un don el que tengo; es algo que quiero hacer.

**Terapeuta:** Es bien importante para usted. Algo que se disfruta. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Creo que es importante para todo el mundo. Todo el mundo merece música.

**Terapeuta:** Así que, ella ve a cierta gente con la que toca... Tiene preocupaciones con ellos.

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Y, como dijo antes, ella tiene algo de miedo de que usted... Como que... Que su problema o su uso se pueda incrementar hasta ese punto. (continúa de más arriba... Reflexión - bien)

**Cliente:** Bueno, y usted sabe... Sí, hay... Es un... Ella lo ve como una gran presión de mis pares y yo no sé... Usted sabe... Soy mayor. No es que ser mayor... Es... Es...

**Terapeuta:** Exacto. Le sigo. (Neutral)

**Cliente:** No es un...

**Terapeuta:** No se siente como que es... (No es suficiente para calificar)

**Cliente:** Alguien que me cae bien quiere que fume "crack", no voy a fumar para que yo le guste a él, usted sabe, o para mantener la amistad. O... Bien, alguien en mi banda estaba fumando "crack" y está fuera de la banda. Se fue. Lo echamos. La presión de grupo no es la misma a los treinta y cuatro que cuando se tiene diecisiete sabe.

**Terapeuta:** Aja, así que... Sus preocupaciones... Usted se siente que son un poco exageradas. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Bueno, quiero decir... Aja, OK, sí. Pero ella me quiere y ese es su trabajo. Quiero decir, se supone que nos cuidemos el uno al otro, así que ella ha pasado por algunas cosas en sus relaciones que yo mantengo pendientes y espero que ella haga lo mismo. La gente se necesita entre sí. Por eso estamos juntos.

**Terapeuta:** Parece como que se siente de dos formas diferentes con el asunto. Quiero decir, en parte, parece que siente que le está dando demasiada importancia y por otra parte usted dice... (Reflexión, Ventajas, Desventajas, y Ambivalencia)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** Prefiero que se preocupe por mí y se equivoque, a que tenga razón y no haga nada.

**Terapeuta:** Ya veo. (Neutral)

**Cliente:** Si es que eso tiene sentido.

**Terapeuta:** Sí, seguro. (Neutral)

**Cliente:** No es como que ella está encima de mí constantemente con el asunto. Pero sale a flote una que otra vez.

**Terapeuta:** Bueno, ¿qué más? ¿Nada más? (Pregunta Abierta- aceptable, Pregunta Cerrada - aceptable)

**Cliente:** Ah, bueno, este, no sé, yo estoy... Creo que estoy como que tratando de sacar... No quiero que esto vuelva a pasar.

**Terapeuta:** Aja, le sigo (Neutral)

**Cliente:** Y yo... No sé... Yo... Usted... Como dije, quiero decir... Las dos veces que esto ha pasado, que me pararon, ha sido con situaciones en las que yo no sabía que hubiera algo malo, así que... Yo no sé, si no hago nada, no hay por qué pensar que no vaya a volver a pasar. Así que como que... o sea, no sé qué debería estar haciendo. No sé si debería estar creando, algo así como, estrategias para... Suena como un cliché. Estoy a punto de salir con una estrategia para beber menos. Para hacer algo menos, cuando yo realmente, realmente no bebo tanto.

**Terapeuta:** Aja. (Neutral)

**Cliente:** Es como ser un tipo de 140 libras y ponerse a dieta porque quiere perder, usted sabe, sólo 5 libras, creo. O algo así.

**Terapeuta:** Le sigo, aja. (Neutral)

**Cliente:** No sé si debería estar haciendo eso o si debería tratar de, sólo algo como conseguir una mejor forma de decirme cuando he... Algo como construir mí... Quizás, sólo ser capaz de... Preguntar más a la gente... Usted sabe: "Oye, estás seguro de que... ¿Tú crees que puedo guiar porque yo me siento como que estoy bien? ¿Me estoy portando como un idiota? O... qué se yo.

**Terapeuta:** Aja, entiendo. Usted sabe, Andrés, me da la impresión de que realmente está molesto con todo esto. Que esto no es como, que esto no encaja en la idea de sí mismo y que esto no es algo que quiera que le vuelva a pasar. En cambio, usted no está pensando como que tiene un problema serio con la bebida, usted sí lo considera un problema como para decir: "Necesito hacer algo para que no vuelva a pasar". Y eso es como que en contra de lo que está luchando. Está luchando. Suena como si estuviera luchando con qué hacer. (Reflexión – muy bien, Desarrollando Discrepancias– muy bien)

**Cliente:** Aja. Bueno, sí, yo... Quizás, inclusive con descubrirlo. Quizás no sólo con pensar acerca de la solución, sino hablar de cuál es el problema.

[Transición de la entrevista inicial de EM a una fase de recopilación de información psicosocial estructurada]

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Bueno, déjeme algo así como resumir hasta este punto porque quiero dar un giro pues necesito hacerle unas cuantas preguntas específicas. Dos arrestos por guiar bajo los efectos del alcohol, y como dijo, estaba justo por encima del límite. Usted no sintió que había bebido mucho y eso fue, este, inusual para usted porque suele designar un conductor si siente que ha bebido mucho. Y usted piensa que a lo mejor se le pasó tener buen juicio esas dos veces y eso le preocupa. También ha hablado de que su novia se preocupa de... Parecería que... No parece, sino que usted como que parece que se ha dado cuenta de que depende de que le ayude para dormir de manera que al día siguiente se pueda levantar e ir a trabajar por la mañana. Y ella también le ha mencionado algunas preocupaciones que tiene acerca de su uso. Ella está pensando... Usted sabe quizás en su, en esta cultura, en este ambiente, ella tiene miedo de que usted podría empezar a beber tanto como otras personas. Usted mencionó alguien con quien tocaba y con quien quizás probaba otras drogas y eso le preocupa. ¿Algo más? Eso como que... ¿Algo más? (Reflexión Extensa, Pregunta Cerrada)

**Cliente:** No, eso es...

**Terapeuta:** ¿Más o menos cubre todo? Déjeme, como dije, pasar a unas preguntas bastante específicas. Cuénteme de su historia familiar, al crecer y cosas por el estilo, dónde creció, cómo era su vida al crecer.  
(Pregunta Cerrada, Pregunta Abierta)

**Cliente:** Este, la familia es de Virginia del Norte. Nos mudamos como que... Bueno, eso es difícil de contestar... Nos mudamos un montón. Yo nací en Connecticut. Nos mudamos al sur de Jersey cuando tenía dos. Soy el séptimo o el octavo.

**Terapeuta:** Anda, ¡qué familia grande! (Neutral)

**Cliente:** La familia se había mudado un montón por el noreste antes de eso.

**Terapeuta:** Aja. (Neutral)

**Cliente:** Mi papa trabajaba para la Sylvania y la GTE... Y algo así... Un tremendo contable. Nos mudábamos de un área a otra, donde pudieran solucionar los problemas y arreglar las cosas. Y entonces, nos mudamos del sur de Jersey al norte de Virginia cuando estaba en cuarto grado.

**Terapeuta:** Exacto. (Neutral)

**Cliente:** Así que nos quedamos en Middlebrook el resto del tiempo.

**Terapeuta:** Usted se mudó un montón. (Reflexión)

**Cliente:** No tanto como mis hermanos mayores. Ellos se mudaron algunas veces como cada 2 ó 3 años. Especialmente los mayores. Ellos no tienen muchos amigos de la época escolar porque se pasaban mudándose.

**Terapeuta:** ¿Su papá y mamá siguen juntos? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Mi mamá falleció en el 93. Mi papá se volvió a casar.

**Terapeuta:** Lo siento. (Neutral)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** Fue hace mucho tiempo. Ella se lo merecía. Tuvo cáncer por mucho tiempo

**Terapeuta:** Algo así como una bendición. (Reflexión)

**Cliente:** Aja, bueno sí. Tuvo sus buenos años. Tuvo una Mastectomía a mediados de los 70 y otra a principios de los 80. Y dijeron que no estaban relacionados en ese momento, sólo supimos después que eran el mismo cáncer, esencialmente. Terminó teniendo cáncer de estómago y del esófago, que se atendió a mediados de los 80, este, y luego pasó por una radiación de quimioterapia horrible. Era una mujer grande. Perdió como 100 libras. Y estaba en remisión, estaba lo suficientemente bien como para ir a Inglaterra por 2 años con mi padre justo antes de que se retiraran y luego, poco después de que regresaron, resultó que estaba en su espina dorsal, en sus pulmones, y era inoperable, así que... Ella había pasado por el fastidio y las inconveniencias del cáncer por demasiado tiempo, así que era, en cierta medida, una bendición. Este. Pero, este, mi papá se volvió a casar sólo 2 años después con una mujer realmente, realmente maravillosa, que era amiga de los dos desde la infancia. Es gracioso porque mi mamá, esto se sale del tema, antes de que mi mamá muriera habló conmigo y me dejó saber: "Asegúrate de que tu padre salga con mujeres porque a tu padre le encanta estar casado." Era un asunto importante para ella que mi papá se volviese a casar, era bastante desastroso como soltero, como un viudo, así que estuvo bien. Estuvo bien que la encontrara.

**Terapeuta:** Parece que todos ustedes estaban bien cerca, que tenían una relación estrecha (Reflexión - bien)

**Cliente:** Siendo una familia católica. Estando tan cerca.

**Terapeuta:** Triste verlo pasar. (Reflexión)

**Cliente:** Sí, sí. Este, en cierta medida, como que nos acercó más por supuesto, pero sí. Aja. Yo estaba menos triste que enfadado, algo así como, pues ella no tenía ni 60. Así que, yo... Usted sabe yo... yo... yo... Algunas veces todavía me hace sentir molesto cuando estoy haciendo algo particularmente especial, como tenía 22 cuando ella murió... Cuando estoy haciendo algo, usted sabe, ella, no la puedo llamar. No le puedo contar. Ella no puede estar ahí animándome. No tuvo oportunidad de verme convertirme en el hombre que ella moldeó. ¿Sabe a lo que me refiero? Y creo que intelectualmente sé que ella me está observando desde dondequiera que esté... Pero intelectualmente no es lo mismo como concepto...

**Terapeuta:** Aja, eso como que podría ser lo que le enfada algunas veces, cuando le ha pasado algo bueno o ha tenido algún éxito, usted querría poder compartirlo con ella. (Reflexión)

**Cliente:** Sí y no es como que cada... No me levanto con coraje en el café de todas las mañanas por eso. Pero es que...

**Terapeuta:** Es como que de vez en cuando entonces. (Reflexión)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Está bien y una familia grande como dijo ¿Alguna vez tiene preocupaciones en cuanto al uso de alcohol de su mamá o de su papá? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Este, usted sabe, existía el consumo recreacional de bebida. Nosotros... En nuestra familia hay mucha descendencia irlandesa, italiana y alemana así que uno... creo que se tiene

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

whiskey y vino y cerveza porque supongo... Realmente no hay consumo excesivo de bebida. Nos juntamos y pasamos unos ratos juntos y actuamos como idiotas y bebemos un montón de cerveza, mis hermanos y yo. Y mi papá solía tener siempre un... Solía llegar del trabajo y entrar por la puerta y besar a mi mamá en el cuello y hacer un martini y sentarse y leer una revista y ver las noticias. Y después se bebía una o dos cervezas viendo el juego de pelota después de la comida o algo así. Pero nadie... No hay, como, nada de alcoholismo o drogadicción en el historial de mi familia inmediata.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Cliente:** Bebida recreacional responsablemente.

**Terapeuta:** Aja, ¿y su novia? ¿Alguna preocupación con su consumo? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** No, no. No es que sea abstinencia, sino que bebe un poquito. Ella pasó por una etapa de fumar hierba en la universidad antes de que la conociera.

**Terapeuta:** OK. ¿Alguna vez se siente que haya sido maltratado de niño, abusado físicamente? ¿Algún abuso sexual? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** No.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Cliente:** Nada así. Y yo era un niño terrible. Probablemente me hubiera venido bien un buen golpe.

**Terapeuta:** Aja, usted mencionó los dos arrestos por guiar bajo los efectos del alcohol. ¿Algo más? ¿Algún otro cargo legal en el pasado? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Sólo alguna multa por velocidad alguna vez. Hice par de travesuras de adolescente por las que la policía nos regañó, pero no hubo cargos.

**Terapeuta:** Hábleme un poco acerca de su patrón de uso. ¿Es usted un bebedor diario? ¿Cada dos días? ¿Cada cuánto tiempo lo hace, cuánto consume, usted sabe calificar cuándo lo hace? (Pregunta Abierta- pobre, Pregunta Cerrada – aceptable)

**Cliente:** Bueno, este, si hay... Si estoy viendo un juego de béisbol o de fútbol, me gusta beberme una o dos cervezas. Cuando tenemos... Mi novia Elena es... ella es loca con el vino. Dondequiera que va, tiene que aprender algo de los vinos locales, así que bebemos un montón de vinos de Virginia con las comidas. Con comidas y cosas así. Usted sabe, si voy a salir... Usted sabe antes de... Tocamos en 2 ó 3 shows... Como 2 shows a la semana. Usualmente tocamos los viernes y sábados por la noche. Algunas veces también alguno que otro miércoles o jueves. Y en los shows usted sabe, me tomo como un martini con los muchachos antes del show y tengo una cerveza al lado mío durante el show. Una cerveza y una cosa con agua. Es gracioso, algo así como John Entwistle, el bajista de WHO, que cuando tocaba tenía 2 botellas en la base del micrófono. Una de ellas con agua y en la otra, un whiskey. Y él si que cantaba sin parar. Por lo menos yo no canto, así que no estoy tratando de... No bebo durante el show más de una cerveza porque es un diurético y te deshidrata y yo sudo muchísimo. Usted sabe, pasamos juntos un rato después del show y me bebo un par de cervezas, un scotch o algo así, después... después de que desmontamos y cargamos todo en la van, así que...

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Así que la noche de un show se bebe como 3 tragos. Tres cervezas... ¿El equivalente de 3 ó 4 probablemente? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Aja, aunque podría estar mal. Eso es como que lo correcto. Algunas veces si el show saliera bien bien mal, como de 4 a 5.

**Terapeuta:** OK, así que usualmente eso viene a ser como lo máximo de su consumo... ¿cómo de 4 a 5?  
(Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** OK. ¿Y quizás de tres a cuatro días a la semana? ¿Cuántos días a la semana diría usted? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** ¿Tantos?

**Terapeuta:** No, en términos generales. Su consumo. (Neutral)

**Cliente:** Ah, probablemente me beba un trago casi todos los días de la semana. Seis o siete.

**Terapeuta:** OK, OK, de seis a siete días. (Reflexión)

**Cliente:** Bebemos vino muchas veces con la comida, porque... Especialmente vinos rojos porque se supone que tiene beneficios para el corazón y es rico. Así que eso está bien también.

**Terapeuta:** O sea que si está en casa, si no tiene un show, se bebe 1 ó 2 y entonces si tiene un show se beberá desde 3 a 5 ó 6 como límite máximo. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Probablemente algo así... Aja, sí.

**Terapeuta:** Y usted dice tener shows; ¿cuántos a la semana? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Dos noches a la semana la mayor parte del tiempo; tres noches algunas veces. Y durante el verano puede ser de 4 a 5, tan lejos como en Nova. Podríamos tocar en Jackson, Alexandria o Iota. O podríamos ir hasta Virginia Beach. Podríamos estar haciendo algo en Virginia Beach, donde tenemos casi una residencia, donde tocamos alrededor de 2 meses, tocando de 3 a 5 veces por semana.

**Terapeuta:** Así que en verano usted podría beber un poco más porque está de gira con más frecuencia y tiene más shows y ese tipo de cosas. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Este, sí, no lo había pensado de esa forma, pero me imagino que sí.

**Terapeuta:** Está bien, este, ¿algún historial de depresión? Algún... ¿Cómo le va? (Pregunta Cerrada, Pregunta Abierta- pobre)

**Cliente:** Usted sabe, fui, no recientemente... Fui a un consejero en Escuela Intermedia durante un tiempo. No hace tanto. Mis notas no fueron buenas y mis padres estaban preocupados con que estaba deprimido. Eso fue en la Escuela Intermedia. No le doy mucha atención a esas

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

cosas, inclusive ahora, no me acuerdo de si era un psiquiatra o un psicólogo. No estaba en las de prestar demasiada atención. Siempre he sido así...

**Terapeuta:** ¿Se refiere a no prestar atención? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Aja, a no prestar atención a las cosas que no me interesan de verdad...

**Terapeuta:** Pero usted tuvo algunos... (No es suficiente para calificar)

**Cliente:** Pero no fui a ver un consejero por, ¿una vez al mes? No me acuerdo... No me parece que un mes haga demasiado bien, así que debe a ver sido dos veces al mes como por alrededor de un año.

**Terapeuta:** ¿Qué estaba pasando? ¿Sabe? (Pregunta Abierta– aceptable, Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Bueno, mi mamá estaba en quimioterapia.

**Terapeuta:** Ya veo. Estaba bastante enferma. (Reflexión)

**Cliente:** Bueno, también era algo más... Mi hermana mayor se mudó a la casa con... Dejó a su marido. Su esposo estaba pegando a los niños. Vino a la casa con los dos niños y estaba embarazada con el tercero. Tuvo el bebe y todo el mundo estaba o demasiado viejo o demasiado ocupado o era demasiado joven, y yo terminé cuidando esos niños mucho así como... Mi mamá perdió un montón de peso, no podía comer mucho. Ella tenía un tubo para alimentarse por la nariz. La nevera estaba medio llena de estas botellas de alimento que se las ponías a esta cosa y comenzaba a chorrear poco a poco. Y mi hermano mayor Felipe me ayudaba con esto mucho; entre él y yo, lo hacíamos mucho. Era una mala combinación de factores. Mi mejor amigo Pablo, es de una familia que trabaja en la CIA, se mudaron fuera del país por un par de años. La asignación de fondos cambió en la escuela católica a la que asistía y ya no me podían dar transportación. Tuve que ir a una escuela pública por primera vez en mi vida; no era muy popular.

**Terapeuta:** Sólo un montón de cambios. (Reflexión)

**Cliente:** Un montón de cambios. Bueno, así como estar en séptimo grado, que es bastante deprimente. Pero sí, estoy convencido de que no hay criaturas tan malas en el universo como los estudiantes de intermedia. Así que no sé.

**Terapeuta:** Tiempos difíciles como quiera estando en séptimo grado. (Reflexión)

**Cliente:** Inclusive en las mejores circunstancias; y eran circunstancias difíciles.

**Terapeuta:** Su mamá estaba bien enferma y usted tenía bastantes responsabilidades como para alguien en séptimo, como cuidar los niños, un amigo que se mudó lejos; bastante buen amigo... usted dijo. (Reflexión)

**Cliente:** Había sido mi mejor amigo desde que nos conocimos, mi primer día de clase cuando nos mudamos a Virginia. Mi primer día de clase en cuarto grado, terminaron sentándome a su lado, lo que fue una suerte tremenda. Y hemos sido mejores amigos desde entonces. Algunas veces me consigue taquillas para el fútbol.

**Terapeuta:** ¿A él también lo transfirieron a otra escuela? (Pregunta Cerrada)



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** Su papá trabaja para la CIA. En realidad, Pablo también trabaja para la agencia ahora. Se mudan mucho. Antes de que estuvieran en el norte de Virginia, estuvieron en Tailandia y en Inglaterra como por 2 años y medio. Fue algo bien repentino. Y nos comunicábamos por medio de cartas. Pero en realidad yo no... Yo no tenía muchos amigos para empezar y además estaba en una escuela nueva. Ahí fue que empecé a leer mucho y eso fue bueno. He sido un gran lector desde entonces.

**Terapeuta:** Algo así como una manera de alejarse por un rato. (Reflexión)

**Cliente:** No era como que estuviera... Nosotros estamos hablando en términos de, una clase de retórica, como de psicología popular... No es como que yo me sentaba y decía: "Ah, mi vida es miserable, ¿qué puedo hacer para alejarme? Ya sé, voy a leer libros." Eso puede que haya pasado, pero puede que haya sido mi proceso subconsciente, no lo sé. Puede que simplemente haya agarrado por primera vez un libro que realmente me gustara, mucho, de verdad y pensé: "voy a leer algo".

**Terapeuta:** Entiendo. Podría haber sido una coincidencia. (Reflexión)

**Cliente:** Trato de limitar la cantidad...

**Terapeuta:** ¿Cómo le va ahora con... ¿Tiene alguna preocupación con la depresión en este momento? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Un poco, tengo mis bajones de vez en cuando. Me parece que todo el mundo los tiene. Creo que es parte de mi temperamento artístico. No me gusta echarle la culpa a ese tipo de cosas. Odio la idea de que si uno es artista tienes que ser como un artista porque de alguna manera tienes algún disturbio mental. Que todos los artistas son almas torturadas o... yo realmente, de verdad rechazo esa idea. Yo soy artista porque nací y fui creado con buen ritmo y porque escuchamos un montón de música tremenda, francamente. No porque quiera matar a mi padre y casarme con mi madre o nada que se le parezca.

**Terapeuta:** No tiene mal carácter... aja. (Reflexión)

**Cliente:** Eso, exactamente. Sí, quiero decir que paso por una especie de... Especialmente si a la banda no le está yendo bien por un rato o a veces si nos está yendo súper bien y estamos realmente ocupados, me preocupo por todas las cosas que tengo que hacer. Sigo teniendo mi trabajo en la oficina del doctor y a nosotros no nos pagan lo suficiente como para hacerlo profesionalmente. Y yo... Quizás deprimido no es la mejor forma de ponerlo. A lo mejor algo preocupado con cosas. Usted sabe es de noche, no puedes dejar de pensar en esa clase de cosas. Uno se acuesta en la cama y tiene este tipo de proyecto en el que se supone que estás trabajando ahora... Que yo estaba... Que... Reservamos tiempo en el estudio donde estamos tratando bien, pero que bien de verdad, de grabar un disco. Separamos tiempo en un estudio y yo no tengo... A media noche me preocupa cuánto va a ser... Voy a lograr conseguir el camión de Mateo para transportar mi batería... A media mañana uno se da cuenta de que ese problema se puede resolver en 10 minutos, pero por la noche cuando estás tratando de dormir, resuena en la cabeza. Parece insuperable. Y yo siempre me despierto por la mañana sintiéndome como un morón y llamo por teléfono a Mateo y digo: Oye, de paso, todavía puedo usar tu camión hoy", y él contesta: "Sí". Y ahí está, el problema está resuelto. A las 2 de la mañana parecía que era algo que iba a durar para siempre.

**Terapeuta:** Así que más bien es la ansiedad que la depresión lo que le afecta.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** Creo que sí.

**Terapeuta:** Como dijo, empieza a preocuparse por toda clase de cosas. Qué pasó esa noche y si las cosas van a funcionar o no al día siguiente, como dijo con el ejemplo del camión y así por el estilo. (continúa de más arriba... Reflexión)

**Cliente:** Entonces se siente... Usted... Yo sé... A veces se siente como que esas cosas que ponen ansioso a uno fueran insuperables y te desanima, entonces los problemas se solucionan y las cosas mejoran.

**Terapeuta:** Y volviendo un poco atrás, ahí es cuándo, como usted dijo, tiene riesgo de quedarse despierto y ha aprendido o depende de que el alcohol le ayude a dormir. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Creo, yo creo.

**Terapeuta:** ¿Alguna vez lo han ingresado en algún programa de tratamiento para drogas o alcohol en el pasado? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** (El cliente dice que no con la cabeza)

**Terapeuta:** OK, ¿qué hay de algún programa ambulatorio de salud mental, como un hospital? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Nunca.

**Terapeuta:** Está bien. ¿Usted acaba de mencionar que una consejería que tuvo en el pasado fue cuando estaba en escuela intermedia? Eso es prácticamente todo. (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Aja.

**[Transición para regresar de una sección de avalúo psicosocial más estructurado a la EM]**

**Terapeuta:** Aja. Voy a hacer un cambio otra vez. Tengo algunos ejercicios que quisiera hacer con usted. (Neutral)

**Cliente:** OK.

**Terapeuta:** Da la impresión de que tiene cierta ansiedad contra la que lucha o ciertas preocupaciones que como dijo lo mantienen despierto algunas noches. Y eso es... ¿Desde cuándo ha estado preocupándose? ¿Por cuánto tiempo ha sido una lucha? (Reflexión - aceptable, Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Este, quizás sólo en los últimos años.

**Terapeuta:** Aja. (Neutral)

**Cliente:** Yo siempre he tenido como que problemas para dormir. Los problemas que no dejan apagar el cerebro. Los problemas que no dejan apagar el cerebro. Dormir. Pero mientras pueda agarrar un libro... No necesito hablar de... Como hablar con usted. Hablar con usted. Así que yo trato de hablar conmigo mismo para probarlo. Tan sólo en los últimos años realmente. Sí, sólo en los últimos años realmente.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Voy a volver para seguir donde más o menos lo dejamos y hablar un poco más acerca del consumo de alcohol. Y de nuevo usted... Dos arrestos por guiar en estado de embriaguez. Algo vinculado con la ansiedad; algo como que consumiendo para poder dormir, para ayudarlo a atrapar el sueño. Y la novia identifica algunas preocupaciones acerca de si quizás se le está yendo de las manos, como le parece que está pasando con algunos de sus amigos; algunos de los que tocan con usted. Tengo un ejercicio que hago con la gente y es algo así como lo que yo llamo las ventajas y desventajas. Es algo así como mirar algunos de los beneficios de consumir y el costo de hacerlo. Una cosa que no le he preguntado y que creo que es importante para mí que lo haga antes de que pasemos a lo próximo, ¿usa otro tipo de droga... aparte del alcohol? (Reflexión - aceptable, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia - pobre, Pregunta Cerrada - aceptable)

**Cliente:** Yo he... No puedo negarlo ahora. Por un tiempo estuve fumando un poco de hierba. No mucho y era más bien como una especie de presión de grupo. Había otro tipo en la banda en ese momento, Robi, que era el pianista y ése era nuestro vínculo. Pero nada desde hace mucho tiempo. Nada desde que se fue.

**Terapeuta:** Hace tiempo. (Reflexión)

**Cliente:** Hace 2 años.

**Terapeuta:** Hubo un momento en que usted dijo, que la cosa de la presión de los pares, eso fue una vez... (Reflexión)

**Cliente:** Yo no sé si era una cuestión de presión de grupo tanto como... No era como uno de esos comerciales de los 80 en que un niño decía: "Tú sabes que te va a hacer sentir bien, te va a hacer sentir bien". Pues cuando yo lo probé por primera vez en escuela superior y cuando solía hacerlo era de esa forma en que se hace cuando se es niño, que es cuando lo consigues, que no es muy a menudo. Y cuando puedes, no es muy bueno. Pero, quiero decir que era una cosa que hacíamos. Nosotros no era como que... Usted sabe... nosotros no... Era muy, muy raro. Era muy, muy raro.

**Terapeuta:** OK. Bueno de vuelta al ejercicio. (Neutral)

**Cliente:** OK.

**Terapeuta:** ¿Qué cree...? ¿Cuáles son los beneficios de consumir para usted? ¿Qué le gusta? ¿Qué saca de esto? Usted como que mencionó que le ayuda a dormir. Quizás ése sea uno de los beneficios. No quiero ponerle palabras en la boca. (Pregunta Cerrada, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia, Reflexión)

**Cliente:** Usted sabe, es... Quizás más específico que ponerme a dormir. Bajar de velocidad.

**Terapeuta:** OK, entiendo. Para ayudarlo a relajarse. (Reflexión)

**Cliente:** Usted sabe, para quedar en neutro. Es para relajarse, para tranquilizarse un poco. Es como si usted fuera a un juego de béisbol o de fútbol. Usted ve el juego con un "hot dog" en una mano y una cerveza en la otra. Es parte de la experiencia común. Miras a la izquierda y tienes a tu amigo ahí con una cerveza y miras a la derecha y tienes a tu novia con una empanadilla y tiene una cerveza. Y ésa es la experiencia común. Si tú eres el tipo que se está bebiendo una Perrier... De nuevo parece que lo estoy haciendo sonar como una cosa de

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

presión de grupo y no es que la gente me vaya a odiar si no estoy... Si todos están bebiendo y yo no. Es que a mí me gusta ser parte de la experiencia común.

**Terapeuta:** Parte del grupo. (Reflexión)

**Cliente:** El alcohol no es cocaína. En un intoxicante legal. Es un producto que está sumamente regulado por el gobierno y usted sabe que se trata de juntarse con amigos adultos y tener esa clase de experiencia común. Le recuerda que usted ya no tiene 19. En cierto sentido se siente bien poder darse un trago porque uno puede. ¿Eso tiene sentido? Sonó muy profundo.

**Terapeuta:** Usted disfruta ser parte de la experiencia común. Quizás usted se sentiría parte como de... Estar separado de... Algo extraño en esa situación. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Extraño es una buena palabra; raro. Francamente ser la única persona sobria entre un montón de músicos borrachones; eso es bien aburrido.

**Terapeuta:** No muy divertido. (Reflexión)

**Cliente:** Eso es bien aburrido. A mí me encanta, mucho, que José no beba tanto. Que sea el conductor designado siempre.

**Terapeuta:** Así que disfruta esa conexión. Disfruta ese momento (Reflexión - bien)

**Cliente:** Conexión es una buena palabra para llamarlo.

**Terapeuta:** Usted disfruta esa experiencia con la gente, con sus amigos y demás. ¿Algo más... que se disfrute? (Reflexión, Pregunta Cerrada, Ventajas, Desventajas, y Ambivalencia)

**Cliente:** Hay cierto disfrute en la seguridad de estar en un club en el que todo el mundo te conoce o en casa de alguien después de un show, en una fiesta. Usted sabe cogerse tremenda borrachera y actuar estúpidamente. Y en un sitio seguro.

**Terapeuta:** Pasando el rato. (Reflexión)

**Cliente:** Estoy tratando de poderlo explicar bien y de encontrar formas más profundas de decir que es divertido.

**Terapeuta:** OK. En un lugar donde se siente rodeado de amigos, está cómodo. Está bien dejarse ir, por así decirlo. (Reflexión - bien)

**Cliente:** No beberíamos tanto, por ejemplo en un juego de pelota. O algo así, pues hay tipos que se emborrachan y se portan como idiotas en el juego y se lo estropean a todos los demás, sólo porque son unos estúpidos. Pero usted sabe, si uno está en un lugar seguro y estás en una fiesta con tus amigos es divertido.

**Terapeuta:** OK. ¿Alguna otra cosa? ¿Algo más que se disfrute? (Pregunta Cerrada, Ventajas, Desventajas, y Ambivalencia)

**Cliente:** No. Creo que eso más o menos recrea la experiencia de ser músico y estar con sus amigos y beber.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** ¿Cuáles cree usted que son algunos de los costos que tiene para usted el consumo? ¿Cuáles son algunos de los aspectos negativos de su consumo? (Pregunta Abierta-bien, Ventajas, Desventajas, y Ambivalencia – bien, Motivación para Cambiar - bien)

**Cliente:** Los honorarios de los abogados es uno.

**Terapeuta:** Honorarios de abogados, OK. (Reflexión)

**Cliente:** Las multas y los costos de la corte son otros.

**Terapeuta:** Aja. (Neutral)

**Cliente:** Este, usted sabe, no sé. Siempre me aseguro de que si voy a beber un montón, voy a un sitio donde sea seguro beber un montón. Beber en un sitio donde después me pueda quedar a dormir. Donde, usted sabe, si llega al punto en que después de haber bebido estoy realmente estúpido y soñoliento y me quedo dormido, sea un sitio seguro para toda la noche. Creo que intelectualmente sé que el alcohol en exceso es malo para el hígado, o lo que sea, y por supuesto, tiene un montón de calorías. Así que estoy tratando de perder un poco de aquí, al frente, pero no está pasando nada. Un contenido calórico alto y mi metabolismo es tal que nunca he sido un tipo al que le den resacas. No sé por qué. Nunca he tenido una resaca bien mala.

**Terapeuta:** Así que eso no es un aspecto negativo. (Reflexión)

**Cliente:** No soy un flojo de los que vomitan como otro montón de tipos. José, el guitarrista de la banda, no puede beber sin tener resaca. No puede beber sin enfermarse. Que me parece, creo, que es la razón por la que casi no bebe.

**Terapeuta:** No es un problema para usted.

**Cliente:** No.

**Terapeuta:** Usted puede beber bastante y no tener resaca al día siguiente. (continúa de más arriba... Reflexión - bien)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Y si le preocupa un poco, a pesar de todo, los efectos que podría estar teniendo en su cuerpo, el peso extra, el hígado...(Reflexión - bien, Desarrollando Discrepancias- bien)

**Cliente:** Este, sí, quiero decir que se me ocurre de vez en cuando.

**Terapeuta:** Usted dice que a este punto es más bien una cosa intelectual, no tanto... (Reflexión)

**Cliente:** Exactamente, exactamente. Una vez estemos en el punto de que podamos tocar música a tiempo completo, tomará menos tiempo que trabajar 40 horas a la semana. Además, también podré volver al gimnasio como cuando estaba en escuela superior o en la universidad. Pero, sí, creo que eso es todo.

**Terapeuta:** Usted como que tenía una mirada inquisitiva al comentar lo de beber mucho sin tener resacas. ¿Tiene algo en su mente al respecto? (Pregunta Cerrada)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** No que yo sepa.

**Terapeuta:** Ah, OK. (Neutral)

**Cliente:** No, sólo que me pregunta que dirá la medicina de eso. Por qué alguna gente tiene resacas y otras no. Sólo por curiosidad.

**Terapeuta:** Le resulta un poco interesante que sea capaz de beber un montón en comparación con otra gente...y sin experimentar... (Reflexión)

**Cliente:** Y no es que yo sea un tipo grande... Yo soy un tipo pequeño. Uno creería que yo debería ser el tipo que se enferma mucho, pero mucho, y que se pondría terrible. Sufro de migrañas. Uno pensaría que debería tener dolores de cabeza, bien, bien terribles al día siguiente, pero no. Quizás soy una maravilla médica.

**Terapeuta:** Parece que le resulta interesante. Casi tiene la capacidad de que usted sea capaz de... Usted sabe que es... Usted puede hacer algo que puede ser malo para usted pero no tiene señales de alarma. (Reflexión - excelente)

**Cliente:** Sí, sí, sí, creo que tiene sentido. Quiero decir, no tengo esa advertencia de la resaca después, que es como haber hecho algo terrible para uno mismo y como dije con los arrestos por conducir embriagado, no me sentía que estaba borracho. Así que creo que eso como que tiene sentido.

**Terapeuta:** Usted tiene una tolerancia grande. (Reflexión – muy bien)

**Cliente:** Creo que sí. O sea con esa genética.

**Terapeuta:** ¿Con la irlandesa y tal? ¿A eso es a lo que se refiere? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Aja, con la irlandesa, y la italiana y la alemana. Y no conocer gente que sólo beba té.

**Terapeuta:** OK, bueno, ¿cuáles cree que serían algunos de los beneficios si dejará de consumir? ¿Cuáles serían algunos de los beneficios que tendría para usted?  
(Pregunta Abierta- bien, Ventajas, Desventajas, y Ambivalencia – bien, Motivación para Cambiar - bien)

**Cliente:** Este... Bueno, el alcohol no es barato. Es más barato que fumar hierba, que es una de las razones por lo que ya no lo hago.

**Terapeuta:** No es barato; así que ahí está el gasto. (Reflexión)

**Cliente:** Es la cosa esa del artista que se muere de hambre. Lo primero que hago es pensar en lo financiero cada vez que hace la pregunta... No soy tan vacío.

**Terapeuta:** Así que le ayudaría con sus finanzas. Le entiendo.

**Cliente:** Ayudaría con las finanzas.

**Terapeuta:** Si no estuviera consumiendo. (continúa de más arriba... Reflexión - bien)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** Usted sabe, obviamente, he estado pensando en eso... He estado tratando de hacer ajustes de dieta y estar más en forma. No como tantos dulces. Como ensalada y yogurt de almuerzo. Y así puedo disminuir el conteo calórico. No me tendría que preocupar por los arrestos conduciendo borracho.

**Terapeuta:** Le ayudaría a su barriga, como dijo antes. No preocuparse de los arrestos al conducir en estado de embriaguez. (Reflexión)

**Cliente:** Definitivamente tranquilizaría a Elena. Y por otro lado podría sospechar. Podría pensar que algo está mal. Usted conoce a alguien por un período de tiempo y se enamora también de sus fallos.

**Terapeuta:** Podría traer algunos problemas quizás. (Reflexión)

**Cliente:** Yo no estoy...

**Terapeuta:** ¿O sólo está bromeando? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Sólo estoy bromeando cuando digo eso.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Cliente:** La haría feliz. No es como un problema serio en la relación. La pondría contenta si cuando llegara a casa de noche... La hace parecer increíblemente vacía. Iba a decir que si he pintado la cocina o algo así. Usted sabe, elimine eso del récord. Son malas analogías.

**Terapeuta:** OK, ¿cuáles son algunos de los costos de dejar de consumir? ¿Qué podría echar de menos? (Pregunta Abierta- bien, Ventajas, Desventajas, y Ambivalencia - bien)

**Cliente:** Estos tipos podrían... No sé, me siento como... Bueno, me siento que los otros se burlarían, que no es gran cosa porque somos músicos y tan sólo nos molestamos. Nos pasamos fastidiando todo el tiempo. De todas formas. Me preocupa que puedan... usted sabe

**Terapeuta:** Podrían...podrían... (Reflexión)

**Cliente:** Podrían sentirse como que los critico.

**Terapeuta:** Ya entiendo. (Neutral)

**Cliente:** ¿Sabe lo que quiero decir?

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Cliente:** Usted no puede de verdad... Usted sabe.

**Terapeuta:** Le entiendo. (Neutral)

**Cliente:** Hay tipos en la banda que beben un montón más que yo, con mucha más frecuencia que yo, y hay tipos que... El bajista es un tipo mayor. El tuvo este montón de problemas en otros estados y mis dos arrestos por guiar borracho parecen de beber. Obviamente, estoy exagerando.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Entiendo, es un decir. (Reflexión)

**Cliente:** Un bebé, o sea por mi problema tan pequeño, si fuera a dejar de beber completamente, me siento como que se van a preocupar de que yo...

**Terapeuta:** Usted los está juzgando. (Reflexión - bien)

**Cliente:** ¡Sí, exactamente!

**Terapeuta:** Preocupación acerca de toda la tensión que crearía. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Bueno, sí. Quizás no tensión, pero no me puedo dejar de imaginar que sería raro o extraño. Como dije, beber es parte de la cultura.

**Terapeuta:** Entiendo. (Neutral)

**Cliente:** Estoy tratando de encontrar una comparación.

**Terapeuta:** Usted llamaría la atención otra vez. (Reflexión)

**Cliente:** Sería como el tipo del Senado que siempre decía la verdad. Sus amigos en el Senado tendrían sospechas por hacerlo y lo tratarían diferente.

**Terapeuta:** Sería como un pájaro raro. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Aja. Quiero decir, conozco tipos que están en esto y que no beben. Amigos de la banda que son una banda cristiana, cristianos de verdad. No beben, para ellos está totalmente prohibido. Y tocan la música más ruidosa, escandalosa, la más fea. Es como el monstruo de las galletas en una fábrica de sierras eléctricas y uno esperaría que... Uno ni siquiera entiende lo que cantan, así que no sé que esperan lograr siendo una banda cristiana. Son la clase de tipos que uno escucha y espera que consuman las drogas más fuertes y tengan un montón de fanáticas y hagan todas las cosas de una banda de rock y no lo hacen, para nada. Y todos son iguales y lo hacen todo juntos y después de que el show se acaba y la...

Fin del lado A

**Cliente:** Así que estos tipos, ellos pueden; usted sabe, terminan su show, en este bar asqueroso donde todo el mundo tiene un scotch en una mano y una cerveza en la otra y en la parte de atrás hay un grupo pasándose una pipa de agua gigante. Y terminan, empacan su equipo y se van a casa. Se marchan.

**Terapeuta:** Todos lo están haciendo como grupo. (Reflexión)

**Cliente:** Aja, pero la única razón por la que conozco a estos tipos es porque fui a la universidad con uno de ellos. Fuimos al departamento de música juntos. Son como viejos. Y no es sólo por la cosa social. Profesionalmente, cuando uno se sienta con un agente... Me he sentado con algún agente y con representantes y promotores que se interesan en nuestra banda. Damos una vuelta en su limosina o lo que sea y el tipo se sienta y antes de empezar a hablar con nosotros, saca un tarugo. O te sirve un trago del mini bar inmediatamente o algo como eso. Así que usted sabe, si estamos en una situación así con un profesional que te ofrece un trago y dices que no, te juzgan también. Te juzgan también.



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Así que sería raro. Sería extraño a veces... e incómodo. (Reflexión)

**Cliente:** Sí y fastidioso ser el tipo al que no se le hace caso cuando todos los demás la están pasando bien.

**Terapeuta:** Como dijo antes, cuando estábamos hablando al principio. Es parte de la cultura. En esos términos, sería una rareza en esta cultura. Y eso le haría sentir muy incómodo. (Reflexión)

**Cliente:** Aja. No sólo sería incómodo. Sería como llorar hasta dormirme porque mis amigos ya no me quieren. Hay cosas específicas que hacerlas muy específicamente, serían específicamente muy difíciles.

**Terapeuta:** Como la situación que acaba de describir con una oferta. (Reflexión)

**Cliente:** Los promotores y cosas así y los agentes y los productores de discos. No es que seamos famosos, no hacemos todo un show nosotros solos. Hacemos un show en el club del canal, somos la atracción principal, pero hay otras tres bandas que tocan antes que nosotros y nos juntamos con ellos.

**Terapeuta:** Le sigo. Aunque no se mencionara, habría ese sentido de ser juzgado sin que se hable de eso. Esa persona quizás esté emitiendo juicio sobre usted y los demás pensando que quizás usted los juzga porque está... (Reflexión - bien)

**Cliente:** Bueno, esa basura no me preocupa demasiado. Lo que piensen de mí los extraños.

**Terapeuta:** Eso no es un problema. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Por favor, lo que hago, lo hago realmente, pero realmente bien y me miran y me escuchan y es obvio que lo estoy haciendo bien. Eso es todo lo que me importa. Estoy más preocupado con los contactos profesionales y la gente con la que trabajo.

**Terapeuta:** Así que tiene que ver más con la forma en que afectaría sus negocios; su modo de ganarse la vida. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Y lo haría.

**Terapeuta:** Aja, esa es más bien su preocupación si dejara el consumo. OK, sólo para resumir esto más o menos. Las ventajas de continuar su uso, lo que a usted le gusta, es que le ayuda a relajarse, dice. Le permite bajar la velocidad. También disfruta ser parte de esa escena común; ser parte de la experiencia comunal. Que conecta su vida. Le gusta la conexión que experimenta. Usted mencionó un juego de béisbol con sus amigos y su novia y todos estaban haciendo más o menos la misma cosa que es divertida. Por un lado, la otra cara, las desventajas de continuar el consumo. Disminuiría sus honorarios; eso no le gusta mucho. Algunos de los costos de ir a corte, las multas. Un poco preocupado acerca de cómo podría estarle afectando el alcohol físicamente. Como dijo, es más bien una cosa intelectual. Oí que como que dijo que a este punto no había tenido experiencias realmente negativas.

**Cliente:** No, en lo absoluto.

**Terapeuta:** Pero sabe lo suficiente del alcohol para saber que el uso excesivo puede hacerle daño. Algunas de las ventajas de dejar el consumo es que le ayudaría financieramente. No se

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

tendría que preocupar de los arrestos por guiar en estado de embriaguez y le ayudaría por ese lado financiero. Quizás perder peso, ponerse un poco en mejor forma. Algunas de las desventajas de dejar de beber, sería sentirse como que está asumiendo una posición. Que los tipos con los que toca en la banda... Que los desaprobea.

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Usted también tiene algunas preocupaciones que no encajarían bien con el trabajo en el que se ha metido y con otra gente con la que hace negocios. Los profesionales y así; en términos de que éstos le ofrezcan un trago y diga: “No, No, No, no quiero ninguno”, cómo van a reaccionar. Cómo podría afectar eso sus negocios. (Reflexión Extensa- bien, Ventajas, Desventajas, y Ambivalencia Extensas)

**Terapeuta:** OK, tengo una pregunta. Imagínese una regla, y esto no es necesariamente para saber si va a dejar el consumo o no. Pero quizás sólo querer hacer algunos cambios con su consumo de bebida. Si usted fuera capaz de clasificarse en una escala del 1 al 10 como listo para hacer algunos cambios, ¿dónde se pondría? (Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Como en un 6 ó 7.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Cliente:** Bueno, vamos a darle un 7 ú 8. Este asunto de ser arrestado por guiar borracho apesta. Por lo menos algo tengo que cambiar para asegurarme de que esta basura no pase más.

**Terapeuta:** Así que... No quiere que vuelva a pasar. Está bien molesto con esto. Bastante disgustado con esto y quiere asegurarse de que esto no vuelva a pasar. (Reflexión – muy bien)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** OK, ¿algo más? ¿Por qué un 7 ú 8, en lugar de un 5 ó 6? Usted mencionó los arrestos. (Pregunta Abierta– bien, Motivación para Cambiar- bien)

**Cliente:** Es que no sé. Es que no me gusta la idea de que.. No necesito... No lo necesito. Y conozco tipos que lo necesitan. Y yo no quiero necesitarlo. Quiero disfrutarlo. Quiero beber porque quiero, no porque tengo que hacerlo para seguir. No quiero volver de aquí a 2 años como un adicto. Prefiero venir como lo hago ahora, como, algo así como un amigo buscando consejo, no con una necesidad desesperada. No quiero tener una necesidad desesperada.

**Terapeuta:** Usted no quiere llegar hasta el punto en que se sienta totalmente descontrolado. (Reflexión – muy bien)

**Cliente:** Aja, aja, eso es. Eso es. Quiero ejercer cierto control mientras todavía tenga cierto control.

**Terapeuta:** Eso es digno de elogio. Es tremendo. (Afirmación - aceptable)

**Cliente:** Gracias. No lo había pensado de esa forma. Por eso es que hablo conmigo todo el tiempo. Me hablo de cosas. Para tenerlas claras.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Así que, sí, es algo que vale la pena, considerar hacer algo antes de que llegue a ese punto, como dije, cuando lo necesite. Tiene que dárselo. Quiere darse el trago porque se lo quiere dar. (Reflexión – muy bien)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Así que, ¿qué cree? ¿Ahora qué? ¿Qué piensa? ¿Cuál es el próximo paso para usted? (Pregunta Cerrada, Fomentando una Relación Colaboradora, Discusión de Planificación de Cambio)

**Cliente:** Creo que voy a... Suena muy simplista. Creo que me voy a emborrachar menos. Creo que me voy a emborrachar menos. Tener dos en vez de cinco. Tengo que descubrir cómo... Quizás algo como... Hemos hablado de los problemas de ser juzgado y ese tipo de cosas. ¿Me pregunto si quizás hay alguna forma de que los pueda poner de mi lado un poco? ¿Algo así como hacer que formen parte?

**Terapeuta:** Usted quiere decir los tipos con los que toca. (Reflexión)

**Cliente:** Aja, hacer que me ayuden. Decirles: Oigan, tengo este segundo arresto por guiar borracho y estaba pensando realmente en beber mucho menos.” Es que como yo solía hacer teatro. Solía actuar en escuela superior y en la universidad, hicimos la Isla del Tesoro y yo era Long John Silver. Me pasé imitando su voz por meses y tenía a mis amigos locos, hasta que eventualmente llegó al punto que me querían matar. Así que me puse una gomita en la muñeca y cada vez que lo imitaba, tiraban con fuerza y la dejaban darme en la muñeca. Así que resolvieron el problema. Y quizás yo podría darles la autoridad de decirme: “Oye, ya terminaste”.

**Terapeuta:** Entiendo. Involucrarlos para que le den su apoyo y... (Reflexión)

**Cliente:** Aja, que se junten un par de ellos. Son unos de los individuos más confiables del mundo. Son más capaces de nada que nadie. Yo dije que no iba a decir nada de psicología popular y acabo de hacerlo. Son la clase de tipos que hacen posible las cosas.

**Terapeuta:** Es más probable que le animen a beber, que a reducir el consumo. (Reflexión)

**Cliente:** (dice algo que es inaudible)

**Terapeuta:** Suena como que tiene una meta específicamente para usted. Usted no quiere intoxicarse. E inclusive pasar de darse 5 tragos a 2. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Por lo menos... (dice algo inaudible)

**Terapeuta:** Tratar de intentarlo. (Reflexión)

**Cliente:** Como dije, quería parar antes de que esto fuera un problema. Quiero parar antes de que sea un problema. Creo que a estas cosas se les hace fácil crecer. Como que lo hacen por sí mismas. En lugar de volverse más pequeñas. Uno tiene que hacer un esfuerzo para que sean menos grandes. No lo sé. Nunca había pensado en esto realmente.

**Terapeuta:** Eso como que le parece bien, eso es lo que está diciendo. Que podría ser lo que necesita hacer.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Cliente:** Yo creo.

**Terapeuta:** Algo así como cambiar por usted mismo. Hacer un esfuerzo consciente de hacerlo. (continúa de más arriba... Reflexión)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Así que eso podría ser una meta para usted. Como dijo, reducir su consumo, al menos intentarlo. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Sí.

**Terapeuta:** ¿Usted cree que necesita algo más como ayuda para lograrlo? (Discusión de Planificación de Cambio, Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Bueno, tengo que encontrar una manera consistente de poder dormirme antes de las 3 de la mañana.

**Terapeuta:** Así que a lo mejor tener... Podría venirle bien algo de ayuda con eso. Encontrar algo que le pueda ayudar a hacerlo. (Reflexión)

**Cliente:** No sé. Encontrar algo... Ir a casa y bordar o hacer crucigramas. Encontrar una buena enciclopedia y empezar a leerla. Velas de aromaterapia o sonidos de relajación. Hacer algo.

**Terapeuta:** Encontrar algo que le ayude con la ansiedad, ayudarle a dormirse sin alcohol. Y eso le ayudará a reducir el consumo. Quizás pueda ayudarle con eso. Quizás es algo con lo que puedo ayudarle. (Reflexión, Fomentando una Relación Colaboradora)

**Cliente:** Seguro, sí.

**Terapeuta:** Para cerrar, parece que hemos llegado al final por hoy. Quiere hacer algunos cambios, me parece a mí. Quiere reducir su uso, no quiere tener que depender del alcohol para dormirse. Está pensando que eso va a ayudarle a no empeorar. Como dijo anteriormente, usted quiere que sea algo que quiere hacer, no una necesidad y a usted le gustaría decidir si pasa. Está bien, por qué no cerramos por hoy. Quizás lo que podemos hacer es programar algo diferente y ver cómo le va con eso. (Reflexión)

**Cliente:** ¡Tremendo!

**HOJA DE TRABAJO PARA CALIFICAR CINTAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

Cinta de Demostración 2: Teresa y Karen

ÍTEM DE CALIFICACIÓN	CONSISTENCIA: FRECUENCIA Y EXTENSIÓN	COMPETENCIA: COMENTARIOS DEL NIVEL DE DESTREZAS
1. Estilo o Espíritu de la EM	Considerable	Bueno – involucra la clienta resistente, apoya, refleja resistencia a menudo, trata de entablar charla. Habla rápido, es apologetica, suele usar “YO” y auto-referencias
2. Preguntas Abiertas	//////////////////// ////////////////////	Bueno – principalmente claras, concisas, algunas reflexiones evocativas entre preguntas, pero algunas veces se verbalizan pobremente o se pierden en planteamientos complejos de la clínica.
3. Afirmación de las Fortalezas y la Auto-eficacia	////////////////////	Adecuado – señala principalmente disponibilidad de la clienta a hablar pese su resistencia, intenciones positivas para sus hijas, pero no se relacionan con el potencial de cambio de la clienta.
4. Planteamientos Reflexivos	//////////////////// //////////////////// Ø /////	Bueno – estilo reflexivo constante, señala con precisión la resistencia de la clienta, a veces da dos caras, pero el uso de “YO” podría ser riesgoso y catalogado insincero.
5. Fomentando una Atmósfera Colaboradora	///// Ø /////	Muy bueno – planteamientos de “elección personal libre” para manejar su resistencia o facilitar la recopilación de información e involucrarla en una discusión; pide permiso.
6. Motivación para el Cambio	////////////////////	Bueno – usó preguntas claramente evocativas para sonsacar las preocupaciones de la clienta (y los demás) acerca del uso de cocaína y los beneficios de cambiar.
7. Desarrollando Discrepancias	/////	Bueno – indaga cuánto quisiera la clienta que sus hijas no supieran de su uso de cocaína, técnica de retrospcción.
8. Ventajas, Desventajas y Ambivalencia	////////////////////	Bueno – las ventajas/desventajas revelan razones sólidas para el uso de cocaína los fines de semana mientras introducen algunas razones para no consumir.
9. Discusión de la Planificación del Cambio		
10. Retroalimentación y Discusión Centrada en los Problemas del Cliente	//// Ø / Ø	Adecuado – Considera perspectiva de la clienta, reconociendo presión de Servicios Sociales. Repasa divulgación de información y da retroalimentación cuando se le pide.

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

ÍTEM DE CALIFICACIÓN	CONSISTENCIA: FRECUENCIA Y EXTENSIÓN	COMPETENCIA: COMENTARIOS DEL NIVEL DE DESTREZAS
11. Aconsejar, Dirigir u Ofrecer Retroalimentación sin ser solicitada	//	Aceptable – afirma que la anorexia es difícil de manejar/cómo es una lucha para muchas mujeres y cómo la situación de la cliente es un “obstáculo en el camino” que se podría abordar durante el tratamiento.
12. Énfasis en la Abstinencia		
13. Confrontación Directa con el Cliente		
14. Impotencia y Pérdida de Control		
15. Afirmación de Autoridad		
16. Preguntas Cerradas	//////////////////// ////////////////////	Aceptable – la mayoría a mitad de la sección con un repaso de los aspectos psicológicos y de la alta, cubriendo todas las bases, pero demasiado apologetica.

CONSULTE SIEMPRE UNA GUÍA DE CALIFICACIÓN AL TRASFERIR DEL FORMULARIO DE LA HOJA DE TRABAJO PARA CALIFICAR, ESPECIALMENTE CUANDO TENGA DUDAS.

**CALIFICACIONES DE CONSISTENCIA:  
FRECUENCIA Y EXTENSIÓN**

ANOTACIÓN	COMPORTAMIENTO OCURRIDO	CALIFICACIÓN
Nada	Nunca ocurrió =	En lo absoluto (1)
/	Una vez sin profundidad =	Casi nada (2)
//	Más de una vez, sin profundidad =	Infrecuente (3)
Ø	Una vez con cierta profundidad =	Un poco (4)
Ø //	Más de una vez, una con profundidad =	Bastante (5)
Ø / Ø	Más de una vez con profundidad =	Considerablemente (6)
Ø Ø Ø / Ø Ø Ø	Sesión con nivel elevado de dominio, muchas veces con profundidad =	Extensamente (7)

**CALIFICACIONES DE COMPETENCIA:  
NIVEL DE DESTREZAS**

COMPORTAMIENTO	CALIFICACIÓN
Inaceptable, poco profesional =	Muy pobre (1)
Falta de experiencia, competencia =	Pobre (2)
Regular, por debajo del promedio =	Aceptable (3)
Promedio =	Adecuado (4)
Por encima de promedio =	Bueno (5)
Demostró destrezas y experiencia =	Muy bueno (6)
Nivel elevado de dominio =	Excelente (7)

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL**  
**FORMULARIO DE RETROALIMENTACIÓN DE CONSISTENCIA Y COMPETENCIA**  
 Cinta de Demostración 2: Teresa y Karen

Ítems Consistentes con la EM	Calificación de Consistencia*							Calificación de Competencia**							
	1	2	3	4	5	6	7	NA	1	2	3	4	5	6	7
1 Estilo o Espíritu de EM						X							X		
2 Preguntas Abiertas						X							X		
3 Afirmación de las Fortalezas y la Auto-eficacia						X					X				
4 Planteamientos Reflexivos							X						X		
5 Fomentando la Colaboración						X								X	
6 Motivación para el Cambio						X							X		
7 Desarrollando Discrepancias					X								X		
8 Ventajas, Desventajas y Ambivalencia						X							X		
9 Discusión de la Planificación de Cambio	X								X						
10 Retroalimentación y Discusión centrada en el cliente						X						X			
<b>Ítems Inconsistentes con la EM</b>															
11 Aconsejar, Dirigir u Ofrecer retroalimentación sin ser solicitada			X												
12 Énfasis en la Abstinencia	X								X						
13 Confrontación Directa	X								X						
14 Impotencia, Pérdida de Control	X								X						
15 Afirmación de Autoridad	X								X						
16 Preguntas Cerradas													X		

\*CONSISTENCIA: 1 – En lo absoluto 2 – Casi Nada 3 – Infrecuente 4 – Un poco 5 – Bastante 6- Considerablemente 7 – Extensamente

\*\* COMPETENCIA: 1 – Muy pobre 2- Pobre 3 – Aceptable 4 – Adecuado 5 – Bueno 6 – Muy bueno 7 - Excelente

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

PLAN DE DESARROLLO DE LAS DESTREZAS EN EM

Nombre: Teresa y Karen

Fecha:

<b>Fortalezas Demostradas en la Sesión</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy reflexiva y proporciona oportunidades para que la cliente describa su experiencia sin juzgar, presionar o dar insumo que no se le haya solicitado a la clínica.</li> <li>• Afirma y colabora mucho a través de la sesión.</li> <li>• Mantiene a una cliente que es sumamente resistente a cambiar su uso de sustancias y que se siente juzgada injustamente por los servicios de protección infantil, involucrada con la conversación.</li> <li>• Rueda con la resistencia muchas veces al enfatizar la oportunidad que tiene la cliente de probar que servicios sociales están equivocados y cómo la participación en el tratamiento y considerar alterar sus patrones de uso de sustancias, puede ayudarla a dar peso a su caso.</li> <li>• Usa el balance decisional (ventajas/desventajas) activa y efectivamente para extraer algunas consecuencias negativas del uso, aun ante muchos beneficios percibe dificultades que experimentaría si dejara su consumo.</li> </ul>			
<b>Desarrollo de Destrezas</b>			
<b>Destreza de EM que se tiene como objetivo mejorar</b>	<b>Destreza de EM que se tiene como objetivo mejorar</b>	<b>Destreza de EM que se tiene como objetivo mejorar</b>	<b>Destreza de EM que se tiene como objetivo mejorar</b>
1. Desarrollando discrepancias	Mejorar las destrezas para desarrollar discrepancia en clientes sumamente resistentes. Desarrollar destrezas al comparar metas/valores de la cliente con el comportamiento. Aprender a reflexionar con énfasis como una forma de manejar la resistencia diestramente.	Discutir y leer sobre cómo el entendimiento de las metas y valores de un cliente y señalar cómo impacta el uso de sustancias, puede revelar alguna motivación para el cambio. Repasar puntos en la cinta donde haber reflexionado con énfasis pudo haber sido una estrategia efectiva.	
2. Estilo o Espíritu y Reflexiones de EM	Pedir menos disculpas, usar menos palabras y acelerar el paso al buscar información acerca de temas sensitivos. La cliente estaba comprometida y no necesitaba calificadores adicionales por parte de los planteamientos e indagaciones de la clínica.	Escuchar la cinta e identificar ejemplos donde hubo disculpas excesivas. En la supervisión, practicar cómo simplificar y rephrasear estas ocasiones y frenar la velocidad al hablar para mejorar la habilidad de la cliente para responder a lo que la clínica ha dicho o preguntado.	



## Transcripción Calificada de Avalúo en EM

### Teresa y Karen

- Terapeuta:** Hola, un placer conocerla. (Neutral)
- Cliente:** Igualmente, encantada de conocerla.
- Terapeuta:** Me alegro de que haya venido hoy. Este, déjeme decirle que me llamo Teresa Torres, y soy consejera aquí en el Centro de Salud Mental. Y sé que ha tenido poco contacto con nosotros, o sea, antes de venir. Y, este, se reunió con alguien y... y contestó un montón de preguntas y le agradezco realmente que estuviera dispuesta a volver y reunirse conmigo después de todo eso. (Neutral)
- Cliente:** Sí, no hay problema (risa).
- Terapeuta:** Este, creo, básicamente para que lo sepa, aunque haya contestado todas las preguntas a alguien, yo realmente no sé mucho de usted. No estoy ni segura de su nombre, o de nada específico sobre usted. Lo que me ayudaría, si está bien con usted, es que me dijera qué la trajo aquí. (Pregunta Abierta, Discusión centrada en los problemas de la cliente)
- Cliente:** Bueno, mi nombre de pila es Karen.
- Terapeuta:** Hola Karen.
- Cliente:** Hola, este, yo... Creo que querían que viniera y hablara con alguien; Servicios Sociales creo que piensa que puede haber un problema, como, conmigo y con mis hijas por alguna razón y sólo querían que viniera y hablara con alguien creo que para asegurarse de que todo está bien.
- Terapeuta:** Alguien de Servicios Sociales la mando a que viniera.
- Cliente:** Aja, aja.
- Terapeuta:** Para hablar conmigo. Bueno pues le agradezco que haya venido. Sé que no es un paso fácil que alguien le diga que venga,
- Cliente:** Aja.
- Terapeuta:** a un lugar como éste, así que. Entonces, ¿me puede decir un poco más de lo que está pasando? Ayudarme a entender. (continúa de más arriba...Reflexión, Afirmación, Pregunta Cerrada, Discusión centrada en los problemas de la Cliente)
- Cliente:** Este, bueno, piensan que algunas de las cosas que hago están poniendo en peligro a mis nenas. Tengo dos niñas pequeñas, y este, y hay algunas cosas que hago cuando no estoy en casa que hace que ellos piensen que podría estar poniendo a mis hijas en peligro cuando estoy en casa. Así que, creo que sólo se quieren asegurar de que no voy a hacerle daño a las nenas o algo así, abandonarlas o algo.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Terapeuta:** Así que alguien de Servicios Sociales está preocupado con algunas cosas de las que están pasando, y la mandó a que viniera. (Reflexión)
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** Hábleme de eso; acerca de sus dos hijas como por ejemplo sus edades o... (Pregunta Abierta – aceptable)
- Clienta:** Este, bueno sus nombres son Marisol y Alba.
- Terapeuta:** OK. (Neutral)
- Clienta:** Y Marisol tiene 10 y Alba 7
- Terapeuta:** Bien. (Neutral)
- Clienta:** Y son lo que más quiero.
- Terapeuta:** Suena bien. (Neutral)
- Clienta:** Sí.
- Terapeuta:** Suena como que sus nenas son bien importantes para usted. (Reflexión – bien)
- Clienta:** Lo son. Son lo más importante para mí. Así que, yo... si es importante que esté aquí para ser capaz de asegurar que nuestra familia siga junta y que todo el mundo sepa que vamos a estar bien, nosotras tres juntas, entonces, usted sabe, haré lo que tenga que hacer.
- Terapeuta:** Qué actitud tan buena. Quiero decir, sé que es difícil cuando alguien envía a uno a venir a un sitio como éste y que puede que no sea lo que uno habría escogido para sí mismo. No es fácil venir y abrirse a alguien que no conoce. (Afirmación – bien, Reflexión – bien)
- Clienta:** Sí, es algo raro. (risa).
- Terapeuta:** Sí, me apuesto a que es bien raro. Así que, estoy impresionada de que sea capaz de venir y de tener una actitud tan buena al respecto, porque no todo el mundo que viene tiene una actitud positiva de verdad,
- Clienta:** Aja
- Terapeuta:** con este asunto. (continúa de más arriba...Afirmación)
- Clienta:** Sólo quiero hacer lo que necesite hacer, para ayudar a mis nenas y ayudar a nuestra familia a seguir junta.
- Terapeuta:** Me alegro por usted. Su familia es realmente importante para usted. Bueno, sé que a veces, cuando Servicios Sociales envía gente es por muchas razones diferentes y eso, generalmente es por algo que está pasando fuera de la casa, o, este. Me puede dar un poquito más de información, o decirme un poco más de lo que les preocupa. (Reflexión, Pregunta Cerrada - aceptable, Pregunta Abierta – aceptable)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** Este, bueno, tengo un novio.

**Terapista:** OK. (Neutral)

**Clienta:** Y ya no estoy casada...

**Terapista:** OK. (Neutral)

**Clienta:** Este, el padre de mi hija; nos separamos hace un par de años, y entonces, me imagino, bueno usted sabe, eso pasa algunas veces...

**Terapista:** Aja. (Neutral)

**Clienta:** Algunos matrimonios no pegan, lo que sea...

**Terapista:** Cierto. (Neutral)

**Clienta:** este, eso lo sabe usted, ahora que me separé de él, este, yo soy capaz de, como que tengo más libertad. Él como que me hacía quedarme en casa mucho tiempo con las nenas y él salía y se la pasaba bien y yo me tenía que quedar con las nenas en casa muchas veces. Realmente no me ayudaba. Pero, usted sabe, ahora que él se fue puedo hacer algunas de las cosas que quería hacer. Y, este, así que salgo más de lo que solía también.

**Terapista:** Parece que era una situación difícil.

**Clienta:** Aja.

**Terapista:** y tomó algunas decisiones que hacen que las cosas sean mejores para usted. (continúa de más arriba...Reflexión – bien)

**Clienta:** Exacto, y usted sabe, algunas de esas cosas eran, algunas de esas cosas eran, usted sabe, algunas veces uno necesita divertirse y yo realmente nunca me divertía. Él salía y se lo pasaba bien y yo me quedaba en casa con las nenas. Eso era como lo que hacíamos por las noches y los fines de semana, o algo así.

**Terapista:** Correcto. (Neutral)

**Clienta:** Y, usted sabe, ¡también trabajo! Trabajo duro y debería poder pasarla bien. Usted sabe, así que, ahora algunas veces voy a fiestas,

**Terapista:** Aja (Neutral)

**Clienta:** Y mi novio tiene muchos amigos y vamos a fiestas con ellos y mi mamá cuida a las nenas. No es como que, usted sabe, las dejo solas en casa ni nada así.

**Terapista:** Usted se asegura de que estén cuidadas. (Reflexión – bien)

**Clienta:** Sí, sí. Y usted sabe, si necesitan pasar la noche con mi mamá no es problema y ella las quiere y son sus nietas, usted sabe, y a ella le gusta cuidarlas. Y a ellas les gusta pasar tiempo con ellas. Así que, es; es bueno que ella pueda ayudar. Y ellas la quieren.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Terapeuta:** Parece que se lo pasan bien juntas. (Reflexión)
- Clienta:** Aja, si lo pasan bien, sí. Y entonces, usted sabe, yo salgo; mi novio y yo, usted sabe, hemos estado juntos un par de años, y, nosotros no sabemos si nos vamos a casar, pero yo salgo y vamos de fiesta.
- Terapeuta:** Aja. (Neutral)
- Clienta:** Y hacemos fiestas en casa de sus amigos y, usted sabe, algunas veces, este... sólo bebemos.
- Terapeuta:** Aja. (Neutral)
- Clienta:** Y a veces hay otras cosas, usted sabe, las he probado un par de veces.
- Terapeuta:** OK, OK. Así que por un lado usted hace estos arreglos buenos para sus niñas y tiene un plan, y entonces, básicamente suena como que no está preocupada por la seguridad de las niñas.
- Clienta:** Aja; no, para nada.
- Terapeuta:** Usted tiene un plan para ellas. Pero por otro lado, alguna gente se preocupa por ellas. ¿Me puede hablar un poco más de las preocupaciones de los otros? (continúa de más arriba... Reflexión, Pregunta Cerrada, Motivación para el Cambio- aceptable)
- Clienta:** ¿Creo que están preocupados con que salga, creen, demasiado?
- Terapeuta:** OK. (Neutral)
- Clienta:** O con que no esté en casa suficiente tiempo con las niñas...
- Terapeuta:** Aja (Neutral)
- Clienta:** O quizás con que llevo la fiesta a casa o algo así, usted sabe, y quizás les preocupa que lleve la fiesta a nuestra casa y yo nunca haría eso cerca de las niñas
- Terapeuta:** OK. (Neutral)
- Clienta:** Yo no tendría gente bebiendo alrededor de ellas ni nada, usted sabe, eso es una parte de mi vida que no es parte de nuestra vida como familia. Es parte de lo que hago afuera, usted sabe; mi novio y yo, nosotros... nosotros lo pasamos bien con nuestros amigos, pero eso es todo, y luego cuando estoy en casa soy una mamá.
- Terapeuta:** OK. Esta cosa de fiestar es algo que pasa aparte de su familia y realmente no tiene un impacto directo en sus niñas. (Reflexión – bien)
- Clienta:** No creo que lo tenga.
- Terapeuta:** OK. (Neutral)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** Creo que otra gente si lo piensa, pero yo no. No creo que lo haga.

**Terapeuta:** ¿Qué otra gente? (Pregunta Abierta)

**Clienta:** Este, no sé; como sus maestras que me preguntan de eso. Usted sabe, y, quizás sabe, ¿no sé si mis nenas están mencionando en la escuela amigos con los que salgo quizás y no saben quiénes son así que preguntan? Quizás mis nenas han dicho: “Ah, mami sale con ellos a veces”, o algo así.

**Terapeuta:** OK. Así que aunque usted siempre hace planes para las nenas y se asegura de que estén en un sitio seguro, se pregunta si las nenas han dicho algo.  
(Reflexión)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Clienta:** OK, usted sabe, los niños son bien listos y saben cosas.

**Terapeuta:** Los niños son bien inteligentes. (Reflexión)

**Clienta:** Usted sabe, se acuerdan de todo. Nombres y... y quizás oyeron la palabra fiesta y eso hace que las maestras se preocupen. No quieren oír que la mamá de alguien esté de fiesta.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Clienta:** usted sabe, si yo... Si fuera sólo salir a una cita quizás la gente no se preocuparía tanto. Pero oyen la palabra fiesta; creen que está pasando algo bien loco.

**Terapeuta:** Usted sale y algunas veces bebe y trata cosas, pero la cosa no se pone loca ni salvaje. (Reflexión – bien)

**Clienta:** No, y a mí nunca me ha gustado, guiar borracha ni nada.

**Terapeuta:** Nunca ha tenido cargos legales por eso. Esta es la primera vez que alguien le ha cuestionado algo tan grande. (Reflexión – aceptable)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** OK, OK. Entonces, quiero estar segura de que entiendo; sólo quiero como que resumir esto por un momento. Suena como que, quizás lo que ha pasado es que sus nenas fueron a la escuela y hablaron con alguien de algunas de las cosas; que son como que cosas nuevas para usted, salir de fiesta los fines de semana, y quizás una maestra se preocupó y habló con Servicios Sociales. Y ellos tienen algunas preocupaciones, y, aunque usted no lo ve como un problema grande, quiere venir y hacer lo que necesite para tranquilizarlos,

**Clienta:** Exacto.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** y asegurarse de que todo está bien. Es realmente importante para usted quedarse con sus niñas y ser una familia intacta. (continúa de más arriba...Reflexión – bien)

**Clienta:** Aja, eso es lo más importante.

**Terapeuta:** OK. Parece que los maestros puede que tengan algunas preocupaciones o que Servicios Sociales pueda tener algunas preocupaciones. Hábleme un poco más acerca de sus preocupaciones. (Reflexión, Pregunta Abierta – muy bien, Motivación para el Cambio– muy bien, Fomentando una Relación de Colaboración - bien)

**Clienta:** Yo sólo estoy preocupada con que la gente no sepa qué es lo que estoy haciendo en realidad, como que piensan que estoy siendo irresponsable o quizás piensan que estoy siendo una mala madre.

**Terapeuta:** Puede que piensen que está haciendo mucho más de lo que está haciendo. (Reflexión – bien)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** Dígame su versión. Dígame entonces qué es lo que está pasando entonces, porque suena como que mucha gente tiene un montón de ideas acerca de lo que podría estar mal. Estoy más interesada en su interpretación de lo que está pasando. Dígame, dígame cómo son las fiestas; dígame qué está pasando. (Pregunta Abierta – muy bien, Reflexión, Fomentando una Relación de Colaboración – muy bien)

**Clienta:** Bueno, o sea, nosotros, usted sabe; son sólo fiestas, son sólo de gente sentada hablando y, usted sabe, dándose unos tragos y si alguien trae algo más lo compartimos todos, ¿sabe? No es como que, no es como nadie, usted sabe, hace locuras, rompe cosas y hay que llamar a la policía.

**Terapeuta:** Exacto. (Neutral)

**Clienta:** ¿Usted sabe? Quiero decir que somos adultos y nos lo pasamos bien y, sí, quiero decir que no es como legal y tal, pero es en casa de alguien, no estamos haciendo daño a nadie, no salimos, usted sabe, vandalizamos o guiamos borrachos y nos matamos o matamos a otra gente. Usted sabe, así que no veo porque tanto escándalo, que estemos festeando en casa de alguien y es en casa de un adulto.

**Terapeuta:** Las cosas no se están saliendo de control. (Reflexión – bien)

**Clienta:** No.

**Terapeuta:** Las cosas no están llegando a un punto donde uno se podría preocupar por otra gente por esto,

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** pero por otro lado, se preocupa bastante ante la posibilidad de perder a las niñas,

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** que está dispuesta a venir y hablar de eso. (continúa de más arriba...Reflexión – bien, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– bien)

**Clienta:** Sí, totalmente. Quiero aclararlo, quiero que la gente entienda lo que está pasando en lugar de que tengan miedo de lo que vaya a pasar.

**Terapeuta:** La gente está reaccionando exageradamente con esto. (Reflexión – bien)

**Clienta:** Sí.

**Terapeuta:** OK. Usted menciona un par de veces, Karen... otras cosas; otras drogas. Tengo curiosidad, hábleme de lo que ha probado, qué ha usado, aunque sea o no sea un problema para usted, sólo para ayudarme a entender. (Pregunta Abierta - bien)

**Clienta:** Este, bueno quiero decir que a veces hay hierba.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Clienta:** Y usted sabe, eso suele ser lo primero que la gente prueba, es la cosa que se tiene con más frecuencia o la primera que saca alguien.

**Terapeuta:** Aja. Algunas veces bebe, algunas veces fuma hierba. (Reflexión)

**Clienta:** Aja,

**Terapeuta:** ¿Qué más? (Pregunta Abierta)

**Clienta:** Y usted sabe, ayuda a todo el mundo a relajarse y quiero decir que ha habido; alguien trajo éxtasis una vez y no me gustó. Así que, yo sólo lo probé una vez.

**Terapeuta:** No era lo suyo. (Reflexión)

**Clienta:** ¡No! No era lo mío, como hace la gente en los clubs y que se pone bien loca y baila bien raro y, qué sé yo, no me interesó. No me gustó como me hizo sentir,

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Clienta:** Así que no lo volví a hacer.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Clienta:** Este, ha habido cocaína un par de veces.

**Terapeuta:** Aja. (Neutral)

**Clienta:** Este, quiero decir que la he probado un par de veces, pero quiero decir que es sólo algo; sólo algo más que hacer en la fiesta.

**Terapeuta:** Es tan sólo algo que ha probado; no ha sido un problema para usted. (Reflexión)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Clienta:** No, no lo creo.
- Terapeuta:** Hábleme de cualesquiera preocupaciones que podría tener su novio con las fiestas o su uso o lo que está pasando ahora mismo con Servicios Sociales.  
(Pregunta Abierta – bien, Motivación para el Cambio– bien)
- Clienta:** Bueno, quiero decir que también está preocupado por que me vayan a quitar mis nenas, por que usted sabe, quizás queramos casarnos algún día.
- Terapeuta:** Exacto. (Neutral)
- Clienta:** Y él quiere a mis nenas y a ellas les gusta él. Usted sabe, él no viene mucho a la casa, pero usted sabe, a ellas les gusta.
- Terapeuta:** No está ahí todo el tiempo,
- Clienta:** No.
- Terapeuta:** pero se preocupa mucho por ellas. (continúa de más arriba...Reflexión)
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** Este no es el tipo de cosas por las que quisiera que su familia se separara.  
(Reflexión)
- Clienta:** No, para nada. Pero quiero decir, yo le quiero, y él me quiere y él estaría dispuesto a ser un buen papá para las nenas.
- Terapeuta:** OK. Hábleme de sus puntos de vista. (Pregunta Abierta)
- Clienta:** Este, sólo he estado con él un par de años así que...
- Terapeuta:** OK. (Neutral)
- Clienta:** Yo no sé como que, qué es lo que él hace, pero este,
- Terapeuta:** Va bastante de fiesta con usted. (Reflexión)
- Clienta:** Sí, usted sabe y tiene un buen trabajo y tiene muchos amigos, usted sabe, algunas veces trae cosas.
- Terapeuta:** Okay. (Neutral)
- Clienta:** Es como, como si, cualquier amigo le trajera algo...
- Terapeuta:** Okay. (Neutral)
- Clienta:** Usted sabe, es sólo otro lugar donde compartir lo que se tiene; es para mantener la fiesta viva.
- Terapeuta:** OK. No le molesta que traiga cosas. (Reflexión)



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Clienta:** Aja, en realidad no. Quiero decir que es asunto suyo si, usted sabe, quiere. Digo, no ha perdido su trabajo por eso ni nada así.
- Terapeuta:** Parece que ustedes dos tienen... usted no está completamente segura de hacia dónde va a llegar la relación, pero han hablado un poco del futuro.
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** 'Aja, usted sabe, si quisiéramos casarnos, no querríamos que esta clase de cosas nos separará de las niñas, él se preocupa por mis niñas.' Suena como si su futuro estuviera orientado. (continúa de más arriba... Reflexión)
- Clienta:** Me gustaría volver a tener un padre para mis niñas, puesto que su padre no lo es en realidad, no parece que les importe ya.
- Terapeuta:** Le gustaría volverse a casar algún día. (Reflexión)
- Clienta:** Sí, sí, seguro.
- Terapeuta:** Mantener a su familia junta, con alguien como su novio al que le gustan las niñas y a ellas les gusta él. (Reflexión)
- Clienta:** Aja, Gerardo las quiere, usted sabe, él es bien bueno con ellas y a ellas les gusta, usted sabe, ir a McDonalds con él y cosas así.
- Terapeuta:** Aja. Así que por un lado, los dos están usando, él no tiene grandes preocupaciones acerca de su uso, y usted no tiene ninguna preocupación con el asunto. Esto es algo que usted ha hecho, un cambio en su estilo de vida, pero no es algo que sienta que se le está yendo de las manos,
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** pero por otro lado, ahora tiene estas personas en su vida y le están diciendo: "Me preocupa esto", "Necesitamos observar esto", "Me preocupo por las niñas". Eso debe darle bastante miedo. (continúa de más arriba... Reflexión – bien)
- Clienta:** Sí me da. Quiero decir que es como si me estuvieran viendo como un monstruo o algo así y entonces, yo sólo estoy viviendo mi vida de la forma en que quiero vivirla. Soy una adulta, sé lo que estoy haciendo.
- Terapeuta:** Está haciendo lo mejor posible. (Reflexión – bien)
- Clienta:** Aja. Estoy haciendo lo mejor posible. No es fácil ser una mamá soltera. Usted sabe, a veces salgo y me voy de fiesta.
- Terapeuta:** Ser mamá soltera es bien duro.
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** Está trabajando bien duro para hacer un buen trabajo. (continúa de más arriba... Reflexión – bien, Afirmación)
- Clienta:** Lo estoy.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Terapeuta:** Así que las salidas a fiestas en los fines de semana es como una liberación agradable para usted. (Reflexión – bien)
- Clienta:** Aja, digo es mejor que otras cosas que uno podría hacer. Es mejor que desquitarme de los problemas con mis hijas.
- Terapeuta:** Correcto. (Neutral)
- Clienta:** Usted sabe, yo no uso drogas en casa. Nunca.
- Terapeuta:** Usted tiene líneas que no quiere cruzar...
- Clienta:** Exactamente.
- Terapeuta:** Usted no quiere llevarlas a su casa. Y hasta este punto no lo ha hecho y quizás hay personas que están preocupadas de que pueda llegar a ese punto. ¿Y su mamá? Hábleme de ella. Ahora que sé que algunas personas están preocupadas; ya sé que usted y su novio no lo están. Hábleme de las preocupaciones que tenga ella y de lo que sepa. (Reflexión - bien, Pregunta Abierta, Motivación para Cambiar)
- Clienta:** Este, ella realmente no hace muchas preguntas. Realmente sólo pregunta qué están haciendo las nenas, no sé, a veces me parece que está más interesada en ellas que en mí. Como que, ella sólo las quiere y es como que está bien interesada en sus nietas y yo como que soy una forma de que ella las vea. No nos llevamos demasiado bien pero...
- Terapeuta:** OK (Neutral)
- Clienta:** Nos hemos acercado mucho más desde que está dispuesta a ayudarme, desde que Carlos y yo nos dejamos; como ella está dispuesta a ayudarnos, eso como que... nos hemos acercado poco a poco.
- Terapeuta:** Parece que también está tratando de trabajar la relación con su mamá. (Reflexión)
- Clienta:** Sí, lo estoy.
- Terapeuta:** OK. Usted tiene muchas cosas buenas por las que trabajar. Algunos buenos planes; está tratando de reconectar con su mamá. Suena como que, usted sabe, siente que el enfoque de ella es más en las nenas. (Reflexión, Afirmación)
- Clienta:** Sí lo es.
- Terapeuta:** ¿Cómo le afecta eso? (Pregunta Abierta)
- Clienta:** A veces estoy un poco molesta con ella, usted sabe, yo era primero que nada su hija (risa). Pero, quiero decir, no creo que nadie vaya a cambiar eso. Usted sabe, tengo 28 ahora, no es como que puedo cambiar los últimos diez años en que ha estado enfadada conmigo ni nada así.
- Terapeuta:** Le gustaría que estuviera más interesada en las cosas que hace,

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** y es frustrante algunas veces que no lo esté, pero por otro lado usted como que acepta en que punto se encuentra la relación y espera que las cosas mejoren. (continúa de más arriba...Reflexión, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia)
- Clienta:** Sí, espero que mejoren.
- Terapeuta:** Es duro a los 28 cambiar todas las cosas por las que ella ha estado enojada por los últimos años. Dígame más de qué se trata. (Reflexión, Pregunta Abierta)
- Clienta:** Bueno, este, yo quedé embarazada de Marisol en escuela superior...
- Terapeuta:** OK. (Neutral)
- Clienta:** tenía dieciocho y...
- Terapeuta:** Usted ha tenido momentos bien difíciles en los últimos diez años. (Reflexión – aceptable)
- Clienta:** Bueno, este... a ella no le gustaba que estuviera con Carlos en escuela superior. Es puertorriqueño y ella decía: "Por qué estás con un, tú sabes, latino sucio" o lo que le llamara.
- Terapeuta:** Aja. (Neutral)
- Clienta:** Y, usted sabe, yo era como que: "Bueno, si no puedes aceptar a quien yo quiero, entonces, olvídale".
- Terapeuta:** Aja. Así que ella la ha juzgado en el pasado,
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** pero usted tiene que ser quien es. (continúa de más arriba...Reflexión – bien)
- Clienta:** Aja. Y uno no puede evitar a quien ama. ¿Usted sabe? Si se enamora de alguien, especialmente si está en escuela superior y pasan mucho tiempo juntos...
- Terapeuta:** El amor es complicado. (Reflexión - aceptable)
- Clienta:** Aja, y usted sabe, quedé embarazada y así fue. Y nos casamos y creo que debió haber estado contenta con todo eso. Usted sabe, éramos nenas tratando de formar una familia.
- Terapeuta:** Usted quiere que reconozca cuán responsable ha sido en cierto modo, aún cuando ha sido difícil para usted y una lucha. (Reflexión – bien)
- Clienta:** Conservé a las nenas.
- Terapeuta:** Sus nenas son bien importantes para usted. Usted sabe algo que me gustaría sería que usted me hablara, usted sabe, como por 15 ó 20 minutos o algo así,

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

de lo que sea realmente importante para usted misma como persona. Usted reconoce que si la gente está preocupada, usted tiene que hacer lo que tenga que hacer para conservar a sus niñas. Pero usted se concentra en ellas realmente y en ser quien es y en llevar la clase de vida que quiere llevar. Usted se siente realmente impulsada por eso. (Reflexión – bien, Afirmación - bien)

**Clienta:** Aja, eso es..., eso es; yo sólo quiero que la gente me deje sola, que me dejen vivir y que me dejen ser mamá.

**Terapeuta:** La entiendo. (Neutral)

**Clienta:** Eso es todo. Eso es todo lo que quiero.

**Terapeuta:** Uno da tropezones por el camino pero uno los maneja como vengan.  
(Reflexión)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** Parece como que éste lo va a manejar también. (Reflexión)

**Clienta:** Creo que sí.

**Terapeuta:** Probablemente como ha manejado todo lo demás que ha estado pasando.  
(Reflexión)

**Clienta:** (risa) Aja, usted sabe, ¡Sigo aquí! No es como que; nada de esto me ha matado y sigo aquí..

**Terapeuta:** Usted parece muy fuerte. (Reflexión)

**Clienta:** Trato (risa).

**Terapeuta:** Bueno, suena como si estuviera viniendo para hacer lo que Servicios Sociales necesita que haga para algo así como aclarar este malentendido acerca de su... o aclarar esta preocupación. Mucha gente lo hace, Karen, a mucha gente la envían a que me vea; se les ordena de alguna forma o quizás no es una orden de la corte, pero se les refiere a que vengan y algunas veces lo que les digo es: "Sé que le ordenaron venir, usted no necesariamente quiere estar aquí, pero algunas veces mientras está aquí puede que haya algo de lo que quiera hablar o con lo que quiera trabajar o en lo que se quiera concentrar." No tenemos que llegar a eso ahora, pero me pregunto si antes de que empecemos algo nuevo sí lo podemos hacer; yo sé, lo repito, que la enviaron, pero dígame si hay algo de lo que en cierto modo podría querer hablar mientras está aquí o en lo que querría concentrarse. Podría dejar un récord limpio con toda esta gente. No lo sé. (Reflexión, Discusión Centrada en los Problemas de la Clienta-y Retroalimentación, Fomentando una Relación de Colaboración - bien)

**Clienta:** Este, no lo sé. Digo, como que, no sé... con las drogas que he probado parece que la que más me gusta es la cocaína.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Clienta:** Y no sé por qué es así.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Terapeuta:** Así que una cosa que le viene a la mente cuando supo que la habían enviado a que viniera, algo que se le ocurrió, fue pensar o preocuparse de ‘¿Por qué me gusta más esta droga?’
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** ‘Están las otras cosas que he probado’. Pero dígame qué quiere decir.  
(continúa de más arriba...Reflexión - bien, Pregunta Abierta – bien)
- Clienta:** No quiero que sea como algo sin lo que no puedo vivir y no lo hago tanto, pero parece que lo quiero hacer.
- Terapeuta:** OK. Ahora no parece que haya sido un problema para usted. Excepto el referido de Servicios Sociales, que pudo haber sido porque estaba usando o yendo a fiestas, pero por otro lado usted se pregunta: ‘¿esto va a ser un problema para mí?’ (Reflexión – muy bien, Desarrollando Discrepancia– muy bien, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– muy bien)
- Clienta:** Creo que sí y no sé por qué me gusta.
- Terapeuta:** Eso la preocupa...
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** Preocupación acerca de dónde pueda estar de aquí a seis meses, de aquí a un año, si continúa. (Reflexión – bien, Desarrollando Discrepancia– bien)
- Clienta:** Aja. Porque no sé, si no fuera en una fiesta yo, usted sabe, ¿se lo voy a pedir a alguien? Y no quiero presionar a mi novio por cosas.
- Terapeuta:** Cuando lo lleva a la fiesta como cualquiera de los amigos está bien.
- Clienta:** Correcto.
- Terapeuta:** Usted no quiere llegar al punto en su relación de que lo considere como su suplidor (continúa de más arriba... Reflexión – bien, Desarrollando Discrepancia- bien)
- Clienta:** Aja. Porque eso no está bien, y además eso le pone presión por algo que en realidad no debería ser importante.
- Terapeuta:** Cierto. (Neutral)
- Clienta:** Entiendo lo que quiere decir.
- Terapeuta:** Así que otra vez, por un lado en lo que concierne a Servicios Sociales, esto no debe ser un asunto importante. Por otro lado, quizás sea algo que usted quiere observar mientras está aquí, y yo aprecio su honestidad, porque eso es lo que suele pasar durante este proceso: uno se ve forzado a esto, o fue referido y no está cómodo, pero en algún momento trata de aprender algo acerca de sí mismo o de examinar algo. Y eso es como lo que me gustaría para usted hoy, si pasamos a eso, pero sin presionarla. (Reflexión – bien, Afirmación, Ventajas,

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

Desventajas y Ambivalencia- bien, Discusión centrada en los Problemas de la Cliente y Retroalimentación, Fomentando una Relación de Colaboración - bien)

**Cliente:** Pero, yo realmente no quiero que le diga a Servicios Sociales que tengo un problema con esto, porque yo no creo que lo tenga.

**Terapeuta:** Así que, si les fuera a decir algo sería: 'miren, Karen no ve un problema con esto.' (Reflexión)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** Estas es una de las cosas que, me alegra que lo haya mencionado, algunas veces cuando Servicios Sociales refiere personas, hay confusión, quizás en términos de lo que quieren saber, lo que no quieren saber. Vamos a asegurarnos de que antes de que se vaya hoy hemos aclarado eso realmente. Podemos hablar un poco acerca de eso ahora que está preocupada acerca de la clase de información que tendrían. ¿Eso la haría sentirse más cómoda? (Fomentando una Relación de Colaboración – muy bien, Pregunta Cerrada - bien)

**Cliente:** Aja, quiero saber qué es lo que van a oír ellos.

**Terapeuta:** OK, ¿le dieron alguna idea de lo que estaban buscando? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Parecería que tan solo estaban preocupados por mis nenas. Como si realmente tuvieran miedo; qué les va a pasar a ellas y qué les está pasando en este momento y como si estuviera haciendo cosas que están haciéndoles daño.

**Terapeuta:** OK. Una cosa, y ésta realmente podría ser la razón; usted sabe, usted está aquí por ellos, pero usted reconoce también que hay algo que debe observar. (Reflexión - bien)

**Cliente:** Aja.

[Transición a una fase de recopilación de información administrativa y psicosocial de la entrevista; esta sección no está calificada]

**Terapeuta:** Y entonces esto puede ser una buena transición; algo así como a lo que se podría hacer una transición ahora. Podría ser un poco diferente de cómo hemos estado hablando. Cuando alguien viene abrimos su caso, aún si no se va a volver a ver al cliente más. Así que le voy a hacer algunas preguntas que van a ser como: "¡anda! Esta mujer está abriendo mi caso, voy a quedarme pillada en consejería por dos años". No es nada que se parezca. Cualquier contacto que tengamos con un cliente, cuando tenemos que abrir un expediente, puedo cerrarlo al día siguiente si usted no está interesada. Pero si esto está bien para usted, podría ser un buen momento para hablarlo, OK, ¿qué clase de información está buscando Servicios Sociales? ¿Qué clase de información necesita esta mujer para hacer esa clase de avalúo? ¿Estaría bien si cambiamos de dirección un poco? (Fomentando una Relación de Colaboración – muy bien, Pregunta Cerrada)

**Cliente:** OK, eso está bien.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Bueno, antes de hacerle estas preguntas que en cierto modo tengo que hacer para abrir su caso aquí en la agencia, quiero hablar un poco acerca del asunto de Servicios Sociales porque es uno enorme, y cuando la gente viene es inquietante. Y quiero honrar eso con usted, porque yo no querría tener que ir a hablar con alguien. Así que estoy muy impresionada con que usted esté dispuesta a hacerlo. Generalmente la clase de cosas que Servicios Sociales podría querer saber, y eso va a depender de usted, porque usted escoge si desea o no firmar una orden de divulgación de información para compartir esta información con otros. Al pedirle que lo haga, hay una especie de entendimiento de que está dispuesta a darles la información, pero eso, Karen, realmente depende de usted.

**Clienta:** OK.

**Terapeuta:** Usted y yo podemos firmar una divulgación si usted quiere o puede pensarlo; para que me deje saber qué clase de información quiere que se les haga saber. Lo que suelen buscar de nosotros es, este: “¿Hay algún problema evidente que debemos examinar?” Quieren saber si por ejemplo, dijéramos, usted tiene un diagnóstico de adicción a sustancias, pero puede escoger si quiere que tengan o no esa información, puede que todo lo que usted quiere que les diga es: “Oigan, ella vino aquí para una evaluación. Ella cumplió y fue cooperadora y lo completó”. Así que mucho de esto va a depender de usted en términos de qué información van a obtener.

**Clienta:** OK.

**Terapeuta:** Usted sabe que pueden presionar para conseguir más, no se lo puedo garantizar. Hay casos en que pueden solicitar mi expediente con una orden judicial; estoy siendo clara con usted, a mí no me gusta. No pasa con frecuencia, de hecho no pasa casi nunca. Y si lo hacen, no consiguen la información, sólo los abogados. Pero eso es algo que necesita saber, y quiero ser clara con esto desde el principio. Yo les digo lo que necesito decirles para darles la información que necesitan o que usted está dispuesta a darme, pero puede darse el caso, hay posibilidad de que ellos puedan pedir mi expediente con una orden judicial,

**Clienta:** Aja, OK.

**Terapeuta:** y pienso que necesita saberlo. Le repito, no pasa a menudo. Están más preocupados con que usted venga y que complete la evaluación. Y lo que pase después depende de usted y de mí, no de ellos. **(Discusión Extensa Centrada en los Problemas de la Clienta y Retroalimentación)**

**Clienta:** ¿Por qué querrían un abogado?

**Terapeuta:** Este, ésa es una pregunta excelente. Asusta un poco pensar en eso, ¿verdad?

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** Si estuvieran preocupados, si usted dijera algo como: “¡De ningún modo! Ella no puede tener esta información, olvídalo. No quiero que ninguno de estos trabajadores sociales sepa nada de mí”. Pero creo que usted no va a irse por ahí puesto que usted ya cruzó esa puerta.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** Aja (risa).

**Terapista:** Pero si escoge hacerlo, podría ser un caso con el que se preocupen y quieran una orden judicial para obtener el expediente. Ese es el único escenario en el que puedo pensar que lo harían. Van a estar bien impresionados, desde mi perspectiva, con que haya asistido y esté dispuesta a hablarme. Esa es mi impresión, pero no quiero que tenga la impresión errónea de que no van a querer saber nada. Eso contesta; es, es un área confusaXXXXXXXXXXXXXXXXX; es difícil para mí... (Discusión Centrada en los Problemas de la Clienta y Retroalimentación)

**Clienta:** Aja, eso tiene sentido.

**Terapista:** OK. ¿Así que cómo se siente en cuanto a firmar una divulgación? ¿Qué clase de información quiere que comparta con ellos? (Pregunta Abierta, Fomentando una Relación de Colaboración - bien)

**Clienta:** Sólo eso, tengo una separación entre como vivo mi vida con mis hijas en casa y fuera con mis amigos.

**Terapista:** Usted quiere que entiendan que esto no sucede con sus nenas cerca. (Reflexión)

**Clienta:** Exacto.

**Terapista:** Aún cuando usted reconoce que en cierto momento se ha preguntado si podría progresar. No es así ahora; ni pasa alrededor de las nenas. (Reflexión – bien)

**Clienta:** Ellas no cuentan en esto, usted sabe. Quiero que estén seguras; quiero que conozcan una vida segura, una vida en la que no tengan que sentir miedo de que la policía se aparezca.

**Terapista:** Entiendo. Usted quiere ser una buena mamá. No quiere que sea algo que se le va de las manos. (Reflexión)

**Clienta:** Correcto.

**Terapista:** Bueno, déjeme enseñarle la divulgación, ¿qué le parece? Eso podría contestárselo y, este, creo que lo tengo en esta estiba con todo este papeleo (buscando el papel). Así es como más o menos se ve, Karen. Básicamente usted completa estos nombres, a quién irá la información y quién la enviará. Me autorizaría, o sea al Centro de Salud Mental, a mandarla a Servicios Sociales. Y luego están todos estos encasillados en los que usted puede revisar la clase de información que estaría dispuesta a divulgar. Y nosotras tenemos que escribir las fechas aquí, porque puede que usted sólo quiera que sepan de lo que hayamos hablado hoy. Puede que usted decida seguir viniendo y quiere que sepan esa información. Así que nosotras lo decidimos. Usted decide cuándo expira. Así que puede que no quiera que hable con ningún Trabajador Social a partir de la semana que viene o el año que viene o lo que sea.

**Clienta:** OK.



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Y así usted realmente decide en esta divulgación la clase de información que quiere que ellos tengan. Así que vamos a empezar por aquí; no suele ser dónde empezamos, pero como surgió en la conversación porqué no hacerlo. (continúa de más arriba... Forma neutral de compartir información administrativa)

**Cliente:** OK.

**Terapeuta:** ¿Qué piensa? (Pregunta Abierta)

**Cliente:** Seguro.

**Terapeuta:** OK. Así que sólo voy a decir que usted me autoriza, y voy a poner CSM de San Francisco (llenando el formulario), que es donde usted se encuentra ahora. Mucha gente no escucha CSM, oye salud mental. Y la función del programa; yo trabajo para Servicios de Abuso de Sustancias, ¿así que está bien si escribo eso?

**Cliente:** Seguro.

**Terapeuta:** OK. Y entonces, para nuestra dirección, pondré 'Véase arriba', porque está aquí mismo. Y entonces se va a divulgar a, ¿tiene un nombre de Trabajador Social? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** No me acuerdo de los nombres que dijeron.

**Terapeuta:** OK, ¿estaría bien si sólo pongo, 'Divulgar al Departamento de Servicios Sociales,' sabiendo que probablemente nadie más conozca su caso que ese Trabajador Social? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Eso es lo que pasaría, ¿verdad? Lo mirarían bien, ¿para que no terminara en la estiba de cualquiera al azar?

**Terapeuta:** Correcto. Si usted quiere, lo que puede hacer es llamar y tratar de conseguir el nombre del trabajador de su caso, y lo podemos escribir en el formulario de divulgación para que nos aseguremos de que sea la persona con la que habló. Le puedo dar mi tarjeta y usted me llama, o usa mi teléfono antes de irse.

**Cliente:** OK.

**Terapeuta:** Y entonces la dirección de ellos aquí. Yo lleno eso. Algunas de estas cosas las puede revisar usted, no es como si le fuera a hacer una prueba auditiva, no voy a hacerle pruebas de audición, o pedir récords de nacimientos. Parece que su presencia aquí es algo que quisiera dejarles saber,

**Cliente:** Aja, definitivamente.

**Terapeuta:** sólo que estuvo aquí. OK, esta pregunta Karen se la voy a tener que hacer de todas formas, pero, ¿quisiera dejarles saber si está tomando alguna clase de medicamento? O eso es algo que usted ... (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** No creo que eso sea apropiado.

**Terapeuta:** OK. Este, de desarrollo.... Eso sería si usted fuera una niña. Usted podría quererles dejar saber que su caso se cerró aquí, o cuando haya terminado.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** OK, eso está bien.

**Terapeuta:** OK. Nuevamente, esto es bastante personal; información de VIH. Puede que no aplique o la inmunización, más bien para un niño. Su plan de servicio; esto va a depender de usted si quiere que sepan o no eso. Lo que quiere decir es si sigue viniendo y crea un plan; como: 'Quiero ver a Teresa Torres una vez a la semana para discutir A, B o C.' Algunas veces la gente quiere que su Trabajador Social lo sepa. Depende de usted si quiere que sepan con lo que está trabajando aquí si decide quedarse.

**Clienta:** Ellos miran eso; o sea, ¿ellos creen que es bueno que la gente siga viniendo o creen que eso significa que tienen un problema grande?

**Terapeuta:** Esa es tremenda pregunta, no había pensado en eso. Esa es una pregunta bien interesante. Este, usted se preocupa de que si sigue viniendo van a decir: 'ah, mira, ella tiene un problema. Lo tiene'.

**Clienta:** Y pensarán que yo sé que tengo un problema. Que me estoy diciendo a mí misma que tengo un problema.

**Terapeuta:** Bueno, no sé si voy a poder contestar a esa pregunta, en términos de si se ve bien o mal. Lo que si le recomiendo es que haga lo que sea mejor para usted. Es fácil para mí decirlo porque yo no estoy en su situación (risa); cuando alguien va a estar examinando mis récords. Puede que no sea algo que quiera marcar. Pero si quiere que ellos sepan su plan, depende de usted. Pero le repito, sólo para contestar su pregunta: Yo creo que yo haría lo que fuera mejor para usted, en términos de cómo se ve y qué necesita hacer. Si regresa a cinco sesiones, quizás no debe asumir que vayan a pensar lo peor. Pero le repito otra vez, no puedo controlar qué.

**Clienta:** Sí, yo creo que ahora no me interesa que sepan.

**Terapeuta:** OK, OK. No creo que muchos de éstos vayan a aplicar. Ahora está éste: éste es probablemente del que necesitamos hablar. Bueno hay dos. Si va a ver un doctor aquí, y sé que no hemos llegado a ese punto en la discusión, si está viendo un doctor, quiere o no que se sepa esa información. Un doctor refiriéndome a un Psiquiatra o Doctor en Medicina si tuviera algo, y le repito, no hemos hablado de eso en realidad, así que ni siquiera sé si aplica, ¿pero eso algo que quisiera que los supieran? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Sólo si, bueno, demuestra que estoy bien... capacitada...

**Terapeuta:** OK.

**Clienta:** Está claro que vine para ocuparme de mi familia y que no hay nada que me esté impidiendo ser capaz de mantenerla segura y saludable.

**Terapeuta:** Eso tiene sentido. Por qué no dejamos eso sin marcar por ahora entonces, pues usted... nosotras no hemos decidido acerca del Avalúo de Abuso de Sustancias. Eso es algo como lo que estoy haciendo ahora con usted. De hecho, es exactamente lo que estoy haciendo con usted ahora, si marco este encasillado lo que significa es que pueden tener información general acerca de las clases de

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

cosas que hemos discutido y que eso va a depender de usted. Puede que sólo quiera que les deje saber que vino y nos reunimos. Depende de usted si quiere que tengan o no la información acerca de las clases de cosas de las que hemos hablado.

**Clienta:** Quizás me ayude porque sabrían que estaba siendo honesta acerca del asunto.

**Terapeuta:** OK.

**Clienta:** ¿Cree que lo sabrían?

**Terapeuta:** Creo que apreciarían la información. Creo que necesita hacer lo que le resulte cómodo a este punto. Puede que quieran más información. Puede que esté bien con ellos saber que está viniendo. Mi experiencia es que quieren un poco más de información de manera que se puedan asegurar de que las niñas están seguras, que es exactamente lo que quiere también usted. Demuéstreles eso.

**Clienta:** Así que ellos, ¿van a venir a pedir información si no la divulgo?

**Terapeuta:** No puedo garantizarlo, quizás no. Lo que probablemente hagan, es comunicarse con usted y decir tan solo: '¿está bien si conseguimos esta información?'

**Clienta:** Bueno, pero yo creo, quiero decir que sería más fácil hacerlo ahora que esperar a que la pidan.

**Terapeuta:** OK, qué tal si lo marco, pero debe saber esto. Quiero que entienda esta parte también. Usted puede revocar una divulgación en cualquier momento. Así que tiene que saber que si siente que se trata de información que ya no quiere divulgar, puede hacerlo. ¿OK? Tengo que poner las fechas de los servicios de tratamiento. Noté en su tabla que nunca había venido. Así que, la fecha que voy a poner aquí es la de hoy. Depende de usted si quiere que se divulgue la información de lo que pase después de hoy. ¿Qué le parece eso? **(Pregunta Abierta)**

**Clienta:** Este, ¡no lo sé! (risa) No sé qué vaya a pasar después de hoy.

**Terapeuta:** Cierto, cierto. Aquí abajo podemos, lo que podemos hacer, es mantener esta divulgación abierta por un año. Puede que usted no quiera que sea por tanto tiempo. Alguna gente lo hace porque es más fácil; y sabiendo que se puede revocar en cualquier momento, pero depende de usted decidir por cuánto tiempo quiere que dure esta divulgación; no me parece que vaya a estar viniendo por un año. Eso sería tener contacto, pero usted sabe, alguna gente lo hace por si acaso. Si su caso se cierra, entonces esto no aplicaría.

**Clienta:** Ah, OK.

**Terapeuta:** Sólo necesito poner una fecha. Así que realmente depende de usted.

**Clienta:** No sé, como que, sólo quiero darles lo que sea que necesiten como para demostrar que todo está bien, para que me puedan dejar tranquila.

**Terapeuta:** La entiendo.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Clienta:** Así que no sé por cuánto tiempo, usted sabe; ¿o sea, usted sabe por cuánto tiempo suelen pedir o puede que quieran información?
- Terapeuta:** Algunas veces nuestro programa, usted sabe... y le repito, no sé si usted va a formar parte de nuestro programa; ésa es una decisión que tomaremos después, pero puede ser un mes, tres meses, seis meses, nueve meses, doce meses. Podemos poner una fecha arbitraria y entonces cambiarla más adelante.
- Clienta:** Me gustaría por tres meses.
- Terapeuta:** Eso suena muy bien. Eso sería el 1 de febrero, 2005. Y entonces, este, ¿está bien si cerramos esto inmediatamente en caso de que me llamen o quiere que...? (Pregunta Cerrada)
- Clienta:** Seguro.
- Terapeuta:** OK. Y esta autorización se extiende o no a fechas que vengan después de este formulario, es decir, ¿está bien si hablo con ellos sobre cosas que pasen después de este día? (Pregunta Cerrada)
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** OK. Así que todo lo que tiene que hacer es firmar aquí, OK. (Clienta firma el formulario). Gracias Karen. (Continuación de los distintos puntos anteriores... Fomentando una Relación Extensa de Colaboración, y Discusión Centrada en los Problemas de la Clienta y Retroalimentación)
- Clienta:** Seguro.
- Terapeuta:** Le voy a dar una copia de esto. Mientras lo tengamos en papel; conozco el papel, probablemente sea muy diferente de cuando solemos hablar abiertamente, así que espero que sea paciente conmigo.
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** Para mí tampoco es divertido. Me hace sentir de regreso a la escuela.
- Clienta:** Lo que necesite hacer.
- Terapeuta:** OK. Un par de las preguntas que le voy a hacer le van a parecer realmente personales y rápidas, así que depende de usted cuán cómoda se sienta compartiendo esta información. Uno de los formularios que tengo que llenar es el formulario de admisión, y usted sabe que eso va a nuestra base de datos; no tiene su nombre incluido. Sólo lo mantenemos para estadísticas acerca de la clase de clientes que tenemos por la clase de asignación de fondos que recibimos. Así que no se entraría para decir: "A Karen le pasa lo siguiente". Pero si va a una base general de datos sobre las clases de clientes que vemos. Así que lo que me ayudaría es si pudiéramos hacer una especie de lista; y sé que le dio esta información a otra persona antes, pero yo no tengo acceso a eso todavía, así que lo siento si esto es una repetición. De todo lo que ha tratado o probado, haya tenido o no algún problema con lo que sea, ¿qué diría usted es lo que más usa? ¿Probablemente lo que haya

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

tratado más o su droga de elección si tuviera que poner una en una lista?

(Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Bueno, más que nada en los últimos par de años ha sido alcohol. Usted sabe, salgo con las muchachas y me doy un tragao (risa) ¿usted sabe?

**Terapeuta:** OK, entonces qué tal si pongo alcohol en la lista. (Neutral)

**Cliente:** OK.

**Terapeuta:** ¿Qué edad tenía la primera vez que bebió Karen? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** No lo sé. Probablemente en una fiesta de la escuela superior, a los 16.

**Terapeuta:** OK, voy a poner 16. (Neutral)

**Cliente:** Nadie se acuerda de eso.

**Terapeuta:** Lo sé, le estoy pidiendo que mire hacia atrás, verdad. Este, y frecuencia de uso en los últimos 30 días, algo así como en el último mes en general, ¿cuánto diría que bebió? Algunas de las categorías son como: todos los días, un par de veces a la semana, tres a seis veces a la semana. (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Probablemente un par de veces a la semana.

**Terapeuta:** OK. ¿Qué debo poner ahora en la lista, en términos de las cosas que ha tratado o usado? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Últimamente ha sido coca, cocaína.

**Terapeuta:** ¿Cocaína en polvo o crack? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Este, un poco de los dos

**Terapeuta:** OK, OK. (Neutral)

**Cliente:** Usted sabe, lo que haya cerca.

**Terapeuta:** ¿Cuándo sería la primera vez que la probó? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Este, tengo 28 ahora, así que veintisiete; sí, el año pasado.

**Terapeuta:** OK. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia, de nuevo igual que el alcohol: un par de veces a la semana, todos los días? (Pregunta Cerrada)

**Cliente:** Este, algunas veces tres o cuatro veces a la semana, pero usualmente una o dos.

**Terapeuta:** OK. Y recientemente usted ha estado fumando y esnifando. (Reflexión)

**Cliente:** Aja.

**Terapeuta:** OK. Tengo que poner un método de uso aquí, así que por eso estoy preguntando. Ahora, usted mencionó marihuana. ¿Eso es algo que haya usado

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

también? ¿Es algo que le gustaría que pusiera en la lista o habría algo más que ha probado aunque sea una vez? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No, eso es, eso es algo que... usualmente alguien tiene algo.

**Terapeuta:** OK. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó marihuana, más o menos? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Probablemente...18.

**Terapeuta:** Dieciocho. Y en el último mes, de nuevo la misma clase de categoría: de una a tres veces en el último mes, un par de veces a la semana, tres a seis veces, diariamente. (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Probablemente, yo diría, un par de veces a la semana.

**Terapeuta:** OK. Gracias. ¿Hay algo más que deba poner en la lista? Tengo tres encasillados aquí, pero definitivamente puedo añadir algunas otras cosas que haya usado o tratado... (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Bueno yo sólo probé éxtasis una vez. Eso es todo.

**Terapeuta:** Exacto. ¿Hace cuánto tiempo de eso? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Probablemente hace un par de años.

**Terapeuta:** Nuevamente. Le repito que estas preguntas se vuelven bien extrañas y bien personales rápidamente, así que paciencia conmigo y conteste sólo lo que se sienta cómoda contestando. Una de las preguntas es: '¿Alguna vez ha sido admitida en un programa de tratamiento para drogas y alcohol en el pasado?' (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No.

**Terapeuta:** No. ¿Alguna vez ha sido ingresada en un hospital por problemas de salud mental en el pasado? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No.

**Terapeuta:** OK. Y, ¿ha sido referida u ordenada por alguna orden judicial? ¿Simplemente le sugirieron que viniera? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Realmente no sé la diferencia.

**Terapeuta:** OK. Uno sería que usted tuviera una copia de una orden judicial en la que un juez dijera que usted tiene que venir a un avalúo. Uno sería que le hubieran sugerido enfáticamente que viniera, algo así como referirla. Sería difícil distinguirlo. Así que, es posible que ni sepa. (Información Neutral)

**Clienta:** Bueno, me dijeron que tenía que hacerlo.

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** Así que lo que signifique eso.

**Terapeuta:** OK. De nuevo, estas son preguntas demográficas extrañas, así que paciencia conmigo. Me puede decir no es asunto suyo señora y yo la retiro. ¿OK? ¿Alguna vez le han hecho la prueba; usted sabe que prueba de TB le han hecho? ¿Alguna vez salió positiva para TB? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** (Inaudible)

**Terapeuta:** ¿Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Sí.

**Terapeuta:** ¿Salió negativa? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Sí.

**Terapeuta:** Y, ¿está embarazada otra vez? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No.

**Terapeuta:** OK. Usted tiene dos niñas de menos de dieciocho. (Neutral)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** OK. ¿Todavía viven con usted? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Sí. Están juntas, las dos.

**Terapeuta:** Esta es otra pregunta personal, así que me disculpo por hacerla. Es otra de las cosas que registramos. ¿Ha habido violencia doméstica en su casa, en este momento? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No. Eso era cuando Carlos estaba por ahí, pero...

**Terapeuta:** No después de Carlos. (Reflexión)

**Clienta:** Él se fue.

**Terapeuta:** OK. ¿Hace un par de años que se fue Carlos? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** Parece como si hubiera tomado una decisión verdaderamente buena con eso, debe haber sido difícil que... (Afirmación - aceptable, Reflexión – pobre)

**Clienta:** Sí.

**Terapeuta:** Y, OK, vamos a ver. Aquí sólo tengo un par de preguntas. (Neutral)

**Clienta:** OK.

**Terapeuta:** Lo siento. OK, ésta es personal. Siéntase libre de compartirlo o de decir que realmente es algo que no quisiera discutir. Algo que no preguntan la primera vez

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

que viene es si había recibido tratamiento anteriormente, como por un diagnóstico de salud mental. Algunas personas vienen y me dicen que han sido diagnosticadas con depresión en el pasado o un trastorno de ansiedad, o algo así. ¿Ha habido algún diagnóstico de salud mental en el pasado para el que usted haya necesitado algún proveedor de tratamiento? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Fui anoréxica por un tiempo.

**Terapeuta:** ¿Cuándo recibió tratamiento para eso Karen? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Yo creo que tenía como quince o dieciséis.

**Terapeuta:** ¿Buscó consejería por un tiempo o fue a un hospital? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Este, fui a un consejero por un tiempo.

**Terapeuta:** ¿Se acuerda de quién era? Sé que fue hace tiempo. (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Creo que fue en la escuela inicialmente, así que no me acuerdo si era alguien de la superior o...

**Terapeuta:** Usted dijo que ahora está bien, ¿no está teniendo ningún síntoma? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No creo. Quiero decir, ya no pienso en si estoy gorda o... y yo no me preocupo ya de si me sirve un... no le doy tantas vueltas ya.

**Terapeuta:** Parece que tuvo que luchar con eso, pero realmente lo superó.

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** Eso es bien impresionante. Eso es algo bien difícil de bregar. Me reúno con un montón de mujeres que lidian con eso y es una lucha bien fuerte. Estoy impresionada con que haya conseguido ayuda y tan joven. (Reflexión, Afirmación, Consejo sin Solicitar / Retroalimentación no solicitada- aceptable)

**Clienta:** Bueno, como que mis padres me hicieron hacerlo. Se asustaron tanto, entonces, creo, debo agradecerles eso.

**Terapeuta:** ¿Otros diagnósticos que deba saber? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No.

**Terapeuta:** ¿Medicamentos que esté tomando en este momento? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Tomo pastillas.

**Terapeuta:** OK, ¿anticonceptivas? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** Ningún otro medicamento. ¿Ninguna hospitalización me dijo? (Pregunta Cerrada)



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** No.

**Terapeuta:** OK. De nuevo, ésta es una pregunta rara. Está bien si no quiere hablar del asunto. Tengo cierta información de la primera cita que tuvo. Cualquier cosa que sea calificada con lo que nosotros llamamos un Nivel 2, es algo de lo que tenemos que hablar y en una de las cosas que recibió una calificación alta es justo, este, en depresión e ideas suicidas. Yo sólo quería... hago esto con todo el mundo, así que no se ofenda. Pero sólo quiero asegurarme de que no esté teniendo en el momento pensamientos para hacerse daño o usted sabe, que la seguridad no es una preocupación para usted en este momento.  
(Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No lo creo, o sea, a veces estoy abrumada pero usted sabe, brego con eso.

**Terapeuta:** OK. De nuevo, yo sé que traerlo es una cosa rara cuando no me conoce muy bien, pero es algo que quiero examinar. Si usted está aquí y se va, quiero saber que va estar segura y que va a estar bien. ¿OK? Creo... déjeme ver aquí, ¿está trabajando ahora mismo Karen? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** No me tiene que decir dónde, pero me puede dar una idea aproximada de lo que hace. Esa era una de las preguntas en el formulario. (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Hago procesamiento de datos.

**Terapeuta:** OK. ¿Está trabajando a tiempo completo en este momento? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Este, soy temporera así que es algo así como cuando consigo trabajo, pero me ha estado yendo bien, como cosas a largo plazo.

**Terapeuta:** Me alegro. (Neutral)

**Clienta:** Aja, aprendí a escribir a máquina en la escuela.

**Terapeuta:** Es una de esas cosas... (Neutral)

**Clienta:** Usted sabe, (risa) paga las cuentas, por lo menos.

**Terapeuta:** Seguro que sí, siempre compensa al final. Y, voy a conseguir mucha de esta información del avalúo que hizo con la persona con la que se reunió antes de reunirse conmigo, pero me pregunto, de nuevo esto es personal, usted me puede decir, mire señora, esto no es asunto suyo, pero me pregunto si ha tenido problemas legales en el pasado o si está en probatoria o algo así. (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Este...

**Terapeuta:** Lo siento. (Neutral)

**Clienta:** Está bien.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Terapeuta:** Y entonces lo ultimo es... le hacemos todas estas preguntas acerca de sus problemas, pero lo que me interesa saber también, si la voy a ayudar, si se queda o no, es que me diga cosas buenas de usted. Usted sabe, cuando la gente viene con referencias le hacemos un millón de preguntas sobre cosas que podrían estar pasando pero igualmente importantes son sus fortalezas y cosas por el estilo: qué diría la gente que usted hace bien, cuáles son sus fortalezas. ¿En qué es buena? ¿Qué le gusta? (Pregunta Abierta)
- Clienta:** Me gusta organizar cosas. Como en mis trabajos temporeros algunas veces me ponen a hacer eso. Cosas que hay que archivar y por el estilo.
- Terapeuta:** Me gustaría ser organizada. Estoy impresionada. Le gusta organizar cosas. (Reflexión – aceptable)
- Clienta:** Sí.
- Terapeuta:** Así que está en la profesión correcta. (Neutral)
- Clienta:** (risa) Sí, parece.
- Terapeuta:** ¿Qué más? (Pregunta Abierta)
- Clienta:** Me gusta cantar con las nenas pequeñas.
- Terapeuta:** Otra cosa que no puedo hacer (risa). Estoy realmente impresionada hoy. (Neutral)
- Clienta:** Creo que es bueno para ellas; usted sabe, como con los discos para niños...
- Terapeuta:** Son bien lindos. (Neutral)
- Clienta:** aprenden canciones y cantan con la música. Uno se lo pasa bien.
- Terapeuta:** Parece que le gusta pasar mucho tiempo con sus nenas. (Reflexión – aceptable)
- Clienta:** Nos la pasamos bien. Somos amiguitas (risa).
- Terapeuta:** Qué más ... ¿con qué diría otra gente que usted es buena Karen, o qué es bueno en usted? (Pregunta Abierta)
- Clienta:** Me gusta ayudar a la gente... si puedo.
- Terapeuta:** OK. ¿Algo más? (Pregunta Cerrada)
- Clienta:** Quizás las nenas podrían ayudarme con algo. (risa).
- Terapeuta:** (Risa) Apuesto a que lo harían, no están aquí, pero me apuesto que tendrían toda una lista de las fortalezas de mami. (Afirmación – aceptable)
- Clienta:** Sí, eso espero.
- Terapeuta:** Dígame, ésta es una pregunta rara y mucha gente se queda como: “¿qué quiere decir eso?” Cuáles son sus necesidades, o sea si tiene alguna, no sólo las

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

necesidades de tratamiento, como las necesidades de un consejero, pero hay cosas que al venir a una agencia como ésta se le ocurra pensar: 'anda, esto podría ser algo que yo necesito' Y a lo mejor no tiene ninguna necesidad, no estoy segura, pero... (Pregunta Abierta – aceptable)

**Clienta:** Yo creo que pondría tiempo (risa).

**Terapeuta:** ¡Como todos! Voy a escribir más tiempo. (Neutral)

**Clienta:** ¡Necesito más tiempo! Usted sabe, un día sólo tiene una cantidad de horas para balancearlo todo.

**Terapeuta:** Como mamá soltera por supuesto. (Neutral)

**Clienta:** Aja, usted sabe. Como el trabajo, entonces llegar a casa y hacer cosas de la casa y casi no queda nada de tiempo para...

**Terapeuta:** La cena y las tareas de la escuela. (Neutral)

**Clienta:** divertirse, usted sabe. Ayudo con las tareas de la escuela y ya es hora de acostarse.

**Terapeuta:** ¿Tiene transportación? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Vine en tren.

**Terapeuta:** OK, OK. De nuevo, no hemos llegado al punto de decidir qué va a hacer después de esto, pero sólo para que lo sepa, nosotros ofrecemos algo de transportación. (Fomentando una Relación de Colaboración)

**Clienta:** Ah. O sea, me encantaría tener un auto, pero entonces tengo que pagar por tenerlo.

**Terapeuta:** Lo sé. (Neutral)

**Clienta:** Sí, claro que necesito uno, pero necesito el dinero para tenerlo.

**Terapeuta:** Correcto. Así que inclusive si alguien le diera ahora mismo uno mágicamente...

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** sólo todos los gastos sería... (continúa de más arriba... Neutral)

**Clienta:** Gracias, pero necesito pagar el seguro y la gasolina.

**Terapeuta:** Y sus habilidades Karen. Yo sé que es buena en trabajos temporeros y que es muy organizada. ¿Qué más puedo poner? Podrían ser habilidades laborales o pasatiempos. (Pregunta Abierta)

**Clienta:** Creo que soy bastante buena con la gente.

**Terapeuta:** Buena con la gente. (Reflexión – aceptable)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Cliente:** Los trabajos de procesamiento de datos también incluyen ser recepcionista, y yo he tenido unos cuantos.
- Terapeuta:** OK, OK. Buena con la gente. Y ésta podría ser una pregunta difícil de contestar, porque todavía no hemos llegado a ese punto pero, este, quizás voy a esperar, voy a esperar a que lleguemos ahí, pero habla de preferencias. O sea, alguna gente que viene sabemos cosas como: ‘mi preferencia es que no importa lo que pase quiero ver a una consejera’, o ‘mi preferencia es que preferiría venir a terapia individual y no grupal’. Y puede que todavía no hayamos llegado hasta ahí, pero no sabía si usted tenía alguna preferencia en ese sentido. **(Pregunta Cerrada)**
- Cliente:** Yo sólo querría estar en un grupo si fuera con gente como yo y no conociera a nadie.
- Terapeuta:** OK. Así que el anonimato es muy importante para usted. **(Reflexión)**
- Cliente:** Aja, es realmente importante.
- Terapeuta:** Entiendo. OK, bueno he hecho toneladas de papeleo y yo sé que a este punto debe estar harta de todo eso que me importa, así que aprecio que haya sacado tiempo. **(Neutral)**
- Cliente:** No hay problema.
- [Transición de una sección de recopilación de información administrativa/psicosocial a la sección de EM]**
- Terapeuta:** Ahora le voy a tratar de hacer otra vez una transición, venir aquí es como una especie de proceso en tres partes. La primera fase es que yo la conozca. Yo no sé nada de usted y usted realmente me ha ayudado con eso. La segunda fase, que acabamos de hacerla, es hacer todo el papeleo de la agencia y poner a correr la maquinaria para lo que haga falta. Así que aprecio que lo haga. La tercera cosa que realmente quiero hacer es entender mejor qué es lo que usted espera lograr aquí. Sé que fue referida por Servicios Sociales. En parte usted piensa: ‘mire, realmente están exagerando, esto no es un problema... voy a unas cuantas fiestas, nada serio’, pero hubo un momento al principio en el que fue bien honesta y yo lo aprecié, que dijo: ‘usted sabe, ¿me voy a tener que preocupar por esto más adelante? Yo no quiero llegar al punto donde tenga que hacerlo’. Y así que pensé que nos podríamos concentrar en tratar de entender esa parte, si eso está bien con usted.
- Cliente:** OK.
- Terapeuta:** Y sólo ser algo más abierta otra vez y más informal. Me pregunto: como en una escala del 1 al 10, sólo hipotéticamente, 1 siendo que esto no es nada importante y 10 siendo, esto es algo tan importante que yo lo quiero trabajar y hablar más hoy. Cuán importante es para usted examinar su uso de cocaína o las fiestas; para esa clase de cosas por las que usted fue referida. **(continúa de más arriba... Reflexión – aceptable, Afirmación – aceptable, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– aceptable, Fomentando una Relación de Colaboración – aceptable, Pregunta Cerrada)**
- Cliente:** Un cinco.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Terapeuta:** Un cinco. Déjeme escribir eso en la hoja. ¿Qué le hizo escoger un cinco?  
(Pregunta Abierta)
- Clienta:** Porque sí, quiero decir cinco está en el centro (risa). Y es algo que sé que es importante que lo hable pero creo que tengo una perspectiva saludable al respecto.
- Terapeuta:** OK. Cinco suena como un número perfecto para donde se encuentra ahora. Es importante, pero por otro lado, por qué se preocupan tanto por esto. OK, OK. Me pregunto que la haría llegar a un seis o siete. ¿Hay algo que pudiera imaginarse que vaya a pasar, sólo hipotéticamente, que podría llevarla a un seis o siete? Que la pudiera preocupar un poco más. (Reflexión, Pregunta Abierta, Motivación para el Cambio- bien, Pregunta Cerrada)
- Clienta:** Quizás si, este, alguien de la escuela se enterara, o conociera a alguien de la fiesta y me viera allí. Si alguien averiguara y se lo dijera a gente, como a los maestros. Entonces tendría más cosas que explicar.
- Terapeuta:** Algo que la preocuparía más y que haría que para usted fuera más importante tomarlo en cuenta, sería si más gente estuviera preocupada. (Reflexión - bien)
- Clienta:** Sí.
- Terapeuta:** OK. Eso tiene sentido para mí. Y por una línea parecida, ¿cuán lista está en este momento, y quiero que sea totalmente sincera; qué tan lista esta para que me hable como del uso de la cocaína y los miedos que pueda tener? De nuevo, la misma escala del 1 al 10. No sólo cuán importante es sino también si tuviera que escoger cuán lista está ahora mismo para comprometerse a hablar de algo como eso. ¿Qué cree? (Pregunta Cerrada - bien)
- Clienta:** Este, posiblemente cuatro.
- Terapeuta:** Un poco menos. ¿Qué la hizo coger cuatro? (Pregunta Abierta – bien)
- Clienta:** Porque realmente no entiendo por qué me gusta.
- Terapeuta:** OK. (Neutral)
- Clienta:** Y no entiendo por qué me gusta más que las otras cosas.
- Terapeuta:** Entonces por lo menos hay una razón por la que podría estar lista para hablar de esto y es ésa: 'No sé por qué es tan importante para mí o por qué me gusta tanto'. (Reflexión – bien)
- Clienta:** Sí.
- Terapeuta:** Pero no escogió un uno. (Reflexión – bien, Motivación para el Cambio- bien)
- Clienta:** Bueno yo sé que es importante. O sea, esto es lo que yo creo hizo que la gente, no sé... esto es lo que preocupa, creo.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Terapeuta:** Yo sabía que preocupaba a los demás. Creo que no me di cuenta de que le preocupa tanto a usted. Dígame qué es lo que quiere decir. (Reflexión – bien, Pregunta Abierta – bien, Motivación para el Cambio- bien)
- Cliente:** Yo no quiero pensar en que no pueda parar en cualquier momento. Y no creo que sea un problema en este momento. Pero, este, alguna gente allá fuera...
- Terapeuta:** ¿Sabe lo que me gusta? Me gusta lo que está diciendo, usted está diciendo: 'mire, no estoy de acuerdo. No creo que sea un gran problema para mí'. Lo que me gusta es que su perspectiva se orienta en el futuro. Usted piensa en el futuro de sus niñas, su relación en el futuro, su futuro con su mamá y su futuro con esto también. Y está diciendo: 'OK, miren ustedes están equivocados, pero quizás porque esto me gusta tanto le debo echar un vistazo'. (Reflexión – bien, Afirmación – bien)
- Cliente:** Sí.
- Terapeuta:** Me gusta eso. (Neutral)
- Cliente:** Tengo mucho por vivir, usted sabe; no quiero echarlo a perder.
- Terapeuta:** Definitivamente. Tiene veintiocho, toda la vida por delante, para usted y sus niñas, que son pequeñas, me gusta eso. La última especie de pregunta por esta línea, le pregunté qué podría hacer que se volviera más importante para usted. La misma clase de cosa; ¿qué le haría pensar en algo más alto que un cuatro, qué podría hacer que estuviera más preparada para considerarlo? (Pregunta Abierta – bien, Motivación para el Cambio– bien)
- Cliente:** Si pensara en hacerlo en el trabajo o si pensara en hacerlo cuando estoy con las niñas, que no es así.
- Terapeuta:** La entiendo. No lo está haciendo en su casa. Ahora está bien controlado; está pasando en momentos en que no está con sus niñas. (Reflexión – bien)
- Cliente:** Es cuando estoy ahí; es cuando está ahí.
- Terapeuta:** Usted reconocería que tiene un problema enseguida si empezara a usarlo con sus niñas cerca o en el trabajo. (Reflexión – bien)
- Cliente:** Aja, si no fuera en una fiesta.
- Terapeuta:** OK. Esa es una buena perspectiva. Parece que es una buena forma de medir para usted en términos de cómo sabría si hubiera un problema. Pero por otro lado, no ha llegado a ese punto todavía y las personas están diciendo que hay una especie de problema. (Reflexión – bien)
- Cliente:** Aja.
- Terapeuta:** OK. Me pregunto, de nuevo hipotéticamente... y usted está haciendo muy buen trabajo con esto; me gustaría como que seguir. Hipotéticamente, ¿cómo será su vida de aquí a un año si continúa fiestando como hasta ahora, o si le sigue gustando la cocaína tanto como ahora? No estoy segura, ¿qué le parece? (Pregunta Abierta – bien, Desarrollando Discrepancia- bien)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Clienta:** No lo sé, o sea, no sé lo que pase si uno usa un montón de veces.
- Terapeuta:** Es difícil saberlo cuando no sabe ni siquiera como puede afectarle...
- Clienta:** Correcto.
- Terapeuta:** a la larga. Las experiencias de las personas son diferentes y puede que haya oído cosas al respecto, que si esto o lo otro, es adictivo o lo que sea. Pero suena como si independientemente de lo que diga la gente o de la información que tenga al respecto, usted sabe que si empezara a querer consumir más, sería un problema. (continúa de más arriba...Reflexión – bien)
- Clienta:** Sí, creo que sí.
- Terapeuta:** OK. OK. ¿Cómo cree que sería su vida si cambiara su forma de fiestar o si cambiara el uso de cocaína al mismo tiempo? Sólo por curiosidad, si fuera a decidir que esto no es para mí o esto se acabó, ¿cómo sería su vida? ¿Sería diferente de algún modo? (Pregunta Abierta – bien, Desarrollando Discrepancia– bien, Pregunta Cerrada – bien)
- Clienta:** No sé si tendría tantos amigos, porque los veo en fiestas.
- Terapeuta:** Algo que realmente cambiaría es que perdería contacto con un montón de gente con la que usa. (Reflexión)
- Clienta:** Sí, porque estamos todos juntos y esto es como lo que nosotros hacemos. Nos juntamos y pasamos juntos un buen rato. Y todos trabajamos durante la semana así que es como que lo nuestro durante los fines de semana. Nos juntamos.
- Terapeuta:** Las cosas podrían cambiar mucho para usted si tuviera que dejar esto, usted podría perder un montón de gente con la que se relaciona los fines de semana y con los que sale. (Reflexión)
- Clienta:** Bueno no quiero parecer que soy la única que no se está uniendo a la fiesta.
- Terapeuta:** Aja, aja. No quiere quedarse afuera. (Reflexión)
- Clienta:** No quiero ser como la aburrida de la fiesta. (risa).
- Terapeuta:** ‘¿Dónde fue Karen?’ (Risa) Sí. (Reflexión)
- Clienta:** Algunas veces pienso que si cambiara un montón no podría juntarme con todos ellos y tendría que encontrar amigos nuevos, como a los 30, o algo así.
- Terapeuta:** Se pregunta cómo sería su vida social. OK, así que puede ver claramente que podría pasar si dejara de consumir completamente. Es más difícil para usted imaginarse que pasaría si siguiera consumiendo (Reflexión - bien)
- Clienta:** Porque no lo sé; eso es lo que es una fiesta; una fiesta para nosotros. Usted sabe, eso es algo que hacemos juntos.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Socializar es bien importante para usted y tener tiempo para despejarse. Usted trae un buen punto. Y quizás haya algo más, si está bien con usted, depende de usted... ¿está cansada, o está bien si seguimos unos minutos más? (Reflexión, Fomentando una Relación Colaboradora, Pregunta Cerrada - bien)

**Clienta:** No, estoy bien.

**Terapeuta:** Usted trajo un buen punto porque creo que las personas olvidan que la gente usa también por una razón. O sea, nadie saldría y usaría si tan sólo fuera una cosa horrible, ¿usted sabe? Usar también tiene algunos beneficios y algunas veces cuando uno está ante una encrucijada en la vida, como usted en este momento. O usted está aquí, pero a lo mejor no quiere estarlo pero está dispuesta a examinarlo, algunas veces ayuda observar las cosas buenas y las no tan buenas acerca de usar y no usar. Y no tiene que hacerlo, pero me pregunto si está dispuesta a hacerlo conmigo ahora. (Ventajas, Desventajas y Ambivalencia, Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Bueno, yo no sé cuáles son las cosas malas, así que...

**Terapeuta:** Bueno, vamos a hablar de eso un poco. Vamos a adivinar algunas cosas o a dejarlas en blanco o decir no estoy segura. ¿OK? (Pregunta Cerrada)

**Clienta:** OK.

**Terapeuta:** Mi hoja está aquí, el formulario que uso, habla del alcohol y de otras drogas, pero quería que nos concentráramos, si está bien con usted, en la cocaína; sólo por que es algo que usted ha traído un par de veces como siendo algo importante. No estoy minimizando el alcohol; suena como que... podría ser lo que tiene preocupados a Servicios Sociales también. No lo sé. Quizás podríamos nosotras, entonces podríamos...usted sabe, combinarlas. Me pregunto Karen, qué ve como un beneficio de continuar con su uso; usted mencionó una lista de unos cuantos. ¿Cuál sería una cosa buena de continuar el uso durante los fines de semana? (Pregunta Abierta, Fomentando una Relación de Colaboración, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia)

**Clienta:** Bueno hay mucho por todas partes. Suena bien tonto, pero todo el mundo lo hace. ¿Usted sabe?

**Terapeuta:** (Risa)

**Clienta:** Y es una experiencia que nosotros podemos compartir; una experiencia compartida.

**Terapeuta:** Suena como un gran escape social para usted. (Reflexión - bien)

**Clienta:** Sí, lo es.

**Terapeuta:** ¿Qué más? ¿Qué estoy dejando fuera? (Pregunta Abierta)

**Clienta:** Me gusta cómo me hace sentir. No le voy a mentir.



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Terapeuta:** Me gusta eso de usted, es abierta. Le gusta cómo la hace sentir. Es una experiencia compartida, es un escape social para usted. Lo tiene mucho a su alrededor y todo el mundo lo está haciendo. (Reflexión – bien, Afirmación)

**Clienta:** Aja

**Terapeuta:** Sí, OK. Un montón de sus amigos lo están haciendo. Mucha de las personas con las que tiene contacto los fines de semana lo están haciendo. OK, ¿algo más que deba añadir? (Reflexión, Pregunta Cerrada)

**Clienta:** No, eso es todo.

**Terapeuta:** OK. Vamos a hablar un poco de las cosas que no son tan buenas acerca de continuar con el uso. Vamos a hacerlo bastante rápido. (Ventajas, Desventajas y Ambivalencia, Motivación para Cambiar)

**Clienta:** Bueno, no sé qué va a pasar si, como que, no hay nada por ahí.

**Terapeuta:** Dígame qué quiere decir. (Pregunta Abierta)

**Clienta:** Va a cambiar la gente con la que, o sea, con la que estoy ahora, si no es así y estamos haciendo eso juntos no sé qué más hacer.

**Terapeuta:** Tendré amigos...

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** ¿A eso es a lo que se refiere? (Reflexión – aceptable, Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Bueno, no sé, es como, qué clase de cosas haríamos en cambio.

**Terapeuta:** Qué haríamos. (Reflexión)

**Clienta:** Usted sabe, porque es parte de mi vida.

**Terapeuta:** Qué haríamos para relajarnos; para juntarnos y relajarnos. (Reflexión)

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** Así que ésa no sería una de las cosas muy buenas. OK, ¿cuáles son algunas de las cosas no muy buenas de continuar con el uso? Como si por ejemplo continuara fiestando los fines de semana, ¿cuáles serían algunas de las desventajas, algunas cosas negativas, algunas cosas que no fueran muy buenas acerca de continuar con el consumo? (Pregunta Abierta – bien, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– bien, Motivación para el Cambio- bien)

**Clienta:** O sea, no sé, cómo se llega ahí, pero no quiero llegar a un punto en que no quiera parar. Siento que ahora puedo parar.

**Terapeuta:** Parece que lo que está diciendo es que no quiere ser adicta. OK, ¿qué más? ¿Cuáles son otras preocupaciones o cosas no tan buenas? (Reflexión, Pregunta Abierta, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia, Motivación para Cambiar)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

- Clienta:** De alguna forma voy a fallar y mis hijas van a preguntar qué es la cocaína y voy a tener que explicarlo
- Terapeuta:** Sus nenas podrían averiguarlo. (Reflexión)
- Clienta:** Sí, porque no lo hago con ellas alrededor.
- Terapeuta:** Correcto, pero hace un rato dijo: “los niños son listos”.
- Clienta:** Aja.
- Terapeuta:** Los niños captan cosas. Suena como que sus nenas son bien listas, y se está preguntando: ‘ea, ¿qué pasaría si se dieran cuenta y yo tuviera que explicarles esto a ellas?. (Reflexión – bien, Desarrollando Discrepancias – bien)
- Clienta:** Aja, no quiero tener que explicárselo. No tienen edad suficiente para saber qué son las drogas, qué es fiestar. No tienen por qué saberlo. Usted sabe, cuando tengan edad suficiente para decidir si quieren hacer cosas como éstas, pueden decidirlo.
- Terapeuta:** OK. Así que algunas de las cosas buenas de continuar son: hay mucho alrededor, mis amigos lo están haciendo, es un gran escape social, me gusta como se siente y podemos compartirlo. Pero por otro lado si continúa con el uso se pregunta: ¿voy a volverme adicta, es algo que voy como que a necesitar, se van a enterar mis hijas? ¿Hay alguna otra cosa que no sea tan buena? Esas parecen ser las dos grandes para usted. (Reflexión, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– bien, Motivación para Cambiar, Pregunta Cerrada)
- Clienta:** Lo son, sí, son las grandes.
- Terapeuta:** OK. Dígame algunos de los beneficios, cuáles serían algunas de las cosas buenas de dejar de usar. Si lo dejara completamente; sólo hipotéticamente, usted decide no usar más. ¿Cuáles serían algunas de las cosas buenas de hacerlo? (Pregunta Abierta – bien, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– bien, Motivación para el Cambio– bien)
- Clienta:** Este, quizás... es difícil decirlo, es una parte de lo que hago ahora.
- Terapeuta:** Es difícil imaginar inclusive sólo parar, ¿verdad? (Reflexión, Pregunta Cerrada)
- Clienta:** Aja, sí lo es. Guau, nunca había pensado en eso. Este, ¿qué sería bueno de parar?
- Terapeuta:** Aja. Si tan solo decidiera esto no es para mí, se acabó, de nuevo esto es hipotético. ¿Qué sería bueno de hacerlo? (Pregunta Abierta, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia, Motivación para el Cambio– bien)
- Clienta:** O sea, sería capaz de encontrar otras cosas que me gusta hacer; aparte de las fiestas.
- Terapeuta:** O sea, ser capaz de ampliar y encontrar otras cosas. OK, ésa es una buena. No había pensado en esa. ¿Qué más? (Reflexión, Pregunta Abierta)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** No sé; me gustaría saber qué se siente no hacerlo y seguir saliendo de fiesta. Quiero decir, no sé cómo se hace.

**Terapeuta:** Le gustaría saber que podría pasarla bien y relajarse sin una nota. (Reflexión – bien)

**Clienta:** Aja

**Terapeuta:** OK. (Neutral)

**Clienta:** Me gustaría saber. Para mí, eso suena como si la vida fuera color de rosa, pero...

**Terapeuta:** (Risa) a mí eso no me suena ni tonto ni como si se viera la vida de rosa (risa). OK, me gusta. Entonces, ya me ha dado una cosa no muy buena de dejar de usar, así que voy a poner una flecha aquí porque quiero pasar a eso. Una cosa no muy buena si dejara de usar sería: ¿qué pasaría si no está a mi alrededor, algo así como qué vamos a hacer los fines de semana? ¿Puede pensar en alguna otra cosa no muy buena de cortarlo? Algunas cosas buenas de dejarlo son: guau, ¡podría ser capaz de encontrar otras cosas que hacer! Podría divertirme sin tener una nota. ¿Cuáles son algunas de las cosas buenas de dejar de consumir? (Reflexión, Pregunta Abierta – bien, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– bien, Pregunta Cerrada)

**Clienta:** Gerardo tiene y me da, es algo que... algunas veces él me da, y es como un regalo.

**Terapeuta:** Le gusta recibir algo de Gerardo o que él piense en usted. Quiero asegurarme de que tengo esto bien. (Reflexión - bien)

**Clienta:** Sí, y no sé, quizás...

\*\*\*\*FIN DEL LADO A\*\*\*\*

**Terapeuta:** Así que estaba diciendo que Gerardo se la da y se pregunta cómo se sentiría si le dijera: 'no, realmente no quiero esto'. (Reflexión)

**Clienta:** Sí, no quiero como que... o sea suena tonto, pero es como un regalo y si tu novio te quiere dar algo, tú no vienes y le dices que no lo quieres.

**Terapeuta:** En realidad, a mí no me parece nada tonto. Simplemente estoy sorprendida porque no había pensado en eso y me alegro de que haya estado dispuesta a decirlo. No se me había ocurrido, pero, sí, una de las desventajas o de las cosas no tan buenas acerca de parar el consumo es: ¿qué pasa si él me ofrece y tengo que rechazarlo; qué le hará eso a nuestra relación o cómo le hará sentirse a él? Cómo se siente él con todo este asunto es importante para usted también. Su relación es importante para usted; y qué pasaría si no lo tengo a mí alrededor. ¿Quiénes son mis amigos y qué voy a hacer? Las relaciones son realmente importantes para usted, no sólo con sus hijas, si no también con sus amigos y su novio. ¿Algo más que puede ser que no hayamos pensado? (Afirmación, Reflexión – bien, Pregunta Cerrada)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**Clienta:** No, creo que eso es en todo lo que puedo pensar ahora mismo, porque yo no había pensado en no consumir.

**Terapeuta:** Lo que me gusta mucho es que estuviera haciendo esto, que haya expresado un montón de cosas en las que no había pensado y en las que yo no había pensado. Es como un ejercicio divertido. Puede volverse confuso, las ventajas y desventajas de esto y aquello...

**Clienta:** Aja.

**Terapeuta:** ¿pero estaría bien si leo algo de lo que escribimos? (continúa de más arriba... **Afirmación, Pregunta Cerrada, Fomentando una Relación de Colaboración**)

**Clienta:** Seguro.

**Terapeuta:** OK. Cuando estábamos hablando de, bueno, qué tal si lo dejo o no lo dejo, usted sabe, ¿cómo sería hacerlo? Algunos de los beneficios de continuar el uso son: usted fue bien honesta, mire, hay un montón a mí alrededor, es una gran experiencia para mí, me gusta cómo me hace sentir, es una clase de experiencia social compartida. Aprecio su honestidad. Algunas de las cosas no tan buenas, por otro lado, acerca de continuar a la larga son: bueno, ¿qué pasa si me vuelvo adicta, o qué pasa si mis nenas pequeñas oyeran algo y empezaran a preguntarse y a hacer preguntas? Eso sería difícil para usted. Así que si decidiera dejarlo del todo, algunas de las cosas buenas que eso podría tener también son: guau, podría encontrar otras cosas que hacer y algo como expandir mis horizontes y descubrir más acerca de mí misma. Y podría ser agradable saber que me puedo divertir los fines de semana y relajarme sin drogarme. Por otro lado, algunas de las cosas no tan buenas de dejarlo todo son: usted sabe, ¿qué va a pasar si no tengo a mí alrededor? ¿Qué vamos a hacer yo y mis amigos los fines de semana, y qué pasa si piensan que soy una aburrida, y ellos, como que lo manifiestan? Y, ¿qué pasa si Gerardo me ofrece algo? Esto ha sido una parte de mi relación, usted sabe, usamos juntos, ¿será raro para él o lo alejará?

Así que lo que estamos hablando es bien complejo. (**Reflexión Extensa– bien, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia– bien, Afirmación**)

**Clienta:** Usted sabe que más bien es que yo no lo había pensado.

**Terapeuta:** Ni yo (risa), y me pregunto: aquí dice que hizo otros cambios en su vida que había pensado que eran difíciles. Inclusive aunque no los haya escrito en un papel como acabamos de hacer ni ponerles números, del uno al diez, lo que creo es que pasó por un proceso que se parecía a éste; quizás en su cabeza o con alguien más, y fue capaz de entenderlo. Y no tengo ninguna duda de que logrará entender esto. Es otro obstáculo en el camino y cómo llegó aquí puede que no sea algo grande, pero si decide quedarse, mientras esté aquí, usted va a tomar algunas decisiones. OK, así que está bien hablar un poco de esto. (**Consejo sin Solicitar y Retroalimentación - aceptable**)

Me pregunto, ¿cuál debería ser nuestro primer paso? Usted ha estado aquí una hora, un poco más de una hora, y probablemente está agotada, por haber llenado todo este papeleo. Usted sabe, esto es para un avalúo y yo tengo

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

suficiente información para poder hacer un avalúo general, pero sería tremendo que pudiera volver; eso depende de usted, pero le pregunto desde su perspectiva, no de la perspectiva de Servicios Sociales ni de la mía. Algo así como, en este punto, ¿cuál podría ser el próximo paso para usted? ¿Le gustaría volver y hablarme de algo más o querría pensárselo por un rato, quisiera oír algo acerca del programa que ofrecemos? Realmente, a este punto depende de usted. Me he disfrutado hablar con usted y ver los dos lados pero, usted sabe: no podemos hacerlo todo en una sesión. Yo quería algo así como que poner la bola en su cancha y ver qué había estado pensando después de revolver su cabeza con toda esta información. (Pregunta Abierta, Fomentando una Relación de Colaboración – muy bien, Pregunta Cerrada – aceptable)

**Clienta:** Bueno, usted sabe que yo no vine porque quería...

**Terapista:** Lo sé. (Neutral)

**Clienta:** Así que es difícil pensar en querer regresar porque en cierto modo me obligaron a venir.

**Terapista:** Aja. (Neutral)

**Clienta:** O sea, usted es muy simpática y ha sido agradable hablar con usted y todo eso, pero... No sé si regresar porque yo no vine, usted sabe, porque yo quería.

**Terapista:** Así que cuando cruzó esa puerta no pensaba: '¡Bueno, voy a volver y verla todos los días! (Reflexión)

**Clienta:** Aja, no es algo que quiera hacer todo el tiempo.

**Terapista:** Aja, así que volver todo el tiempo, es algo que no se puede imaginar que pueda hacer. (Reflexión)

**Clienta:** No, ahora mismo no.

**Terapista:** Pero por otro lado, apuesto a que al entrar por esa puerta no pensó en que podría ver las dos caras de la moneda, o quizás tener alguna preocupación con la cocaína o... (Reflexión, Ventajas, Desventajas y Ambivalencia)

**Clienta:** Aja, es bueno aprender algo. Es bueno aprender algo de una misma. O sea, no estaría mal averiguar que más hay aquí. Si tengo un problema y necesito más información...

**Terapista:** OK. (Neutral)

**Clienta:** porque como dije, no quiero tener un problema más adelante. Y estaría bien, que si tuviera un problema, saber si puedo ir a algún sitio a buscar ayuda.

**Terapista:** Me gustaría decir que, aunque no anticipa ningún problema en este momento, me gusta cuando es abierta en cuanto a algunos de los aspectos negativos de esto... y los positivos; es algo para lo que por lo menos está dispuesta a recibir información. Me pregunto, y no quiero que se comprometa si no está interesada, si pudiera volver y le hablo un poco de nuestro programa. Quizás enseñarle un poco de información o puedo parar la cinta y pasar unos minutos con usted. No

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

tengo otra sesión en este momento y me gustaría darle un poco de información y hablar con usted acerca de la misma. Y entonces, si necesito más información, como por ejemplo si estoy escribiendo a máquina su tabla de avalúo y pienso: Guau, debí haberle preguntado a Karen esto', estaría bien si la llamo y le pido alguna información. O si pudiéramos hacer una cita podría preguntarle entonces. (Afirmación, Reflexión, Fomentando una Relación de Colaboración, Pregunta Cerrada)

**Clienta:** OK. Sí, quiero decir que quiero más información sólo para tenerla.

**Terapeuta:** Así que al menos está dispuesta a volver una vez más, aunque sea para recibir algo de información. (Reflexión)

**Clienta:** Seguro. Sí, eso es lo que voy a hacer.

**Terapeuta:** Bueno después de una hora, paro la cinta y puedo... Puedo sacar mi libro de citas, trabajo en base a un itinerario; sé que tiene un horario bien cargado y todo eso, quizás puede hacer un arreglo de transportación para usted si es que eso sería una ayuda. (Neutral)

**Clienta:** OK, suena bien.

**Terapeuta:** Realmente aprecio que haya venido y contestado a mis millones de preguntas. Sé que probablemente está agotada, pero se lo agradezco y espero verla pronto. (Afirmación – aceptable)

**Clienta:** Gracias.

\*\*\*Fin de la Cinta\*\*\*

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

### Hoja de Puntuación para Entrevista Motivacional (Grabación) – Beatriz y Sofia

Ítem de Puntuación	Consistencia: Frecuencia y Profundidad	Competencia: Comentarios del nivel de destreza
1. Estilo o espíritu de EM	//////Ø//	<b>Muy bueno</b> – Centrado en el cliente, respetó la autonomía, colaboración, fluye con la resistencia.
2. Preguntas abiertas	////////	<b>Muy bueno</b> – Claro, directo, evocó aseveraciones de cambio, usó preguntas abiertas para explorar como se veía a si misma la cliente.
3. Afirmación de fortalezas y autoeficacia	//Ø//	<b>Muy bueno</b> – Le dijo a la cliente: “eres una buena madre, muy valiente”. Afirmó las fortalezas de la cliente.
4. Aseveraciones reflexivas	/ØØ/Ø////Ø/////////Ø	<b>Muy bueno</b> – Reflejó bien, demostró que escuchaba, usó todos los niveles de reflejo, los utilizó para fluir con la resistencia.
5. Fomenta una relación de colaboración	////Ø///	<b>Bueno</b> – Usó oraciones que evocan un sentido de colaboración tal como “lo más importante es lo que usted piensa”.
6. Motivación hacia el cambio	//Ø////	<b>Muy bueno</b> – Usó estrategias claras de evocar aseveraciones de cambio tales como, “¿qué más le concierne sobre uso de cocaína? Pudo utilizar la regla mejor.
7. Desarrollo de discrepancias	//Ø////	<b>Muy bueno</b> – Uso de extremos “¿Qué pasaría si no deja de utilizar?” y varios reflejos que le mostraba discrepancias a la cliente.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

Ítem de Puntuación	Consistencia: Frecuencia y Profundidad	Competencia: Comentarios del nivel de destreza
8. Pros, contras y ambivalencia	III	<b>Aceptable</b> – No desarrolló pros y contras del uso de cocaína a profundidad, pudo haber utilizado el ejercicio para evocar aseveraciones hacia el cambio y explorar ambivalencia.
9. Discusión sobre el plan de cambio	III	<b>Pobre</b> – Hizo la mayor parte del trabajo de la cliente referente a pensar sobre las estrategias de cambio; un poco directivo. Pudo haber evocado en la cliente estrategias de cambio.
10. Problema centrado en el cliente Afirmación de fortalezas y autoeficacia	IIIIIIØ	<b>Muy bueno</b> – Revisó el cernimiento de depresión y de ISA objetivamente, sin forzar el cambio. Le preguntó a la cliente qué pensaba sobre la retroalimentación.
11. Consejo no solicitado, provee dirección y retroalimentación	I	<b>Adecuado</b> – Ofreció consejo sin haber sido solicitado para que la cliente buscara un especialista para tratar la depresión. Sin embargo, fue un referido adecuado en el contexto de la sesión.
12. énfasis en la abstinencia		
13. Confrontación directa al cliente		
14. Impotencia y pérdida de control		
15. Ejerce autoridad		
16. Preguntas cerradas	II	<b>Adecuado</b> – Utilizó pocas preguntas cerradas y fueron adecuadas en el contexto de la conversación.



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

Anotación	Puntuación de Consistencia: Frecuencia y Profundidad		Competencia: Nivel de destreza	
	Conducta ocurrió	Valor	Conducta	Valor
<b>Ninguna</b>	Nunca ocurrió	Nada (1)	Inaceptable, sin la competencia	Muy pobre (1)
/	Una ocasión, pero no a profundidad.	Un poco (2)	Ausencia de dominio de la destreza	Pobre (2)
//	Más de una ocasión, pero no a profundidad.	No frecuente (3)	Regular, bajo promedio	Aceptable (3)
∅	Una ocasión, con alguna profundidad.	Algo(4)	Promedio	Adecuado (4)
∅//	Más de una ocasión, con una ocasión a profundidad.	Bastante (5)	Sobre promedio	Bueno (5)
∅/∅	Más de una ocasión, a profundidad	Considerable (6)	Se demuestra dominio en la destreza	Muy bueno (6)
∅∅∅/∅∅	Dominó la sesión, muchas veces a profundidad	Extensamente (7)	Alto nivel de dominio de la destreza	Excelente (7)

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

Entrevista Motivacional Hoja de Retroalimentación de Consistencia y Competencia  
**Nombre: Beatriz y Sofía**  
**Fecha:**

Ítem Consistente con la EM	Puntuación de Consistencia*							Puntuación de Competencia**							
	1	2	3	4	5	6	7	N/A	1	2	3	4	5	6	7
1. Estilo y espíritu de EM						X								X	
2. Preguntas abiertas						X								X	
3. Afirmación de fortalezas y autoeficacia					X									X	
4. Aseveraciones reflexivas							X							X	
5. Fomenta la colaboración						X						X			
6. Motivación hacia el cambio						X								X	
7. Desarrollo de discrepancias						X								X	
8. Pros, contras y ambivalencia					X					X					
9. Discusión de un plan de cambio					X					X					
10. Problemas centrados en el cliente, discusión y retroalimentación															X
<b>Ítem Inconsistente con la EM</b>															
11. Consejo, dirección y retroalimentación no solicitado		X										X			
12. Énfasis en la abstinencia															
13. Confrontación directa															
14. Incapaz, falta de control															
15. Ejerce autoridad excesiva															
16. Preguntas cerradas		X										X			

* Consistencia	1 Nada	2 Un poco	3 Infrecuente	4 Algo	5 Bastante	6 Considerable	7 Extensamente
** Competencia	1 Muy pobre	2 Pobre	3 Aceptable	4 Adecuado	5 Bueno	6 Muy bueno	7 Excelente

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

### Plan de Desarrollo de las Destrezas de la Entrevista Motivacional

Nombre: Cliente Beatriz Perez

Fortalezas demostradas en la Sesión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy buen estilo / espíritu de EM (colaborativo, de apoyo, atento, evoca aseveraciones de cambio y sigue la conversación del cliente).</li> <li>• Muy buenas destrezas de escuchar con reflexivamente (reflejo tanto de aseveraciones hacia el cambio y resistencia que provoca alguna ambivalencia).</li> <li>• Buen uso de estrategias dirigidas (hace preguntas que facilitan, desarrollo de discrepancias).</li> <li>• No utiliza estrategias inconsistentes con EM y no utiliza con frecuencia preguntas cerradas.</li> </ul>

### Desarrollo de Destrezas

Destreza de desarrollar la EM	¿Qué específicamente se espera desarrollar o mejorar?	¿Cómo se logrará la meta?	Fecha de la próxima supervisión
1. El uso de la regla para medir la preparación para el cambio.	El consejero aprenderá a utilizar la regla para evocar aseveraciones hacia el cambio y “medir” la preparación hacia el cambio del cliente. El consejero va a reducir la confusión cuando utiliza la regla, será más objetivo y llevará a cabo la sesión con un sentido de propósito.	El consejero revisará el material escrito sobre el uso de la regla y hará una práctica usando la técnica del juego de roles en la próxima sesión. El supervisor hará la demostración primero y luego lo hará el consejero.	

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

<b>Desarrollo de Destrezas (Cont.)</b>			
Destreza de desarrollar la EM	¿Qué específicamente se espera desarrollar o mejorar?	¿Cómo se logrará la meta?	Fecha de la próxima supervisión
2. Uso del Plan de Cambio como herramienta.	El consejero va a evocar de parte del cliente estrategias de cambio que sean factibles, evitando el sugerir y manejar la conversación. El consejero será mas evocativo o facilitador en vez de ser sugerente.	El consejero hará un ejercicio de practica de un Plan de cambio en la próxima sesión de supervisión y lo utilizara con un cliente en la semana siguiente.	
3. Uso de resúmenes para redirigir la sesión y explorar la ambivalencia.	El consejero aumentara el uso de resúmenes para identificar la ambivalencia y redirigir la sesión cuando el cliente se desvíe hacia la tangente.	El uso de resúmenes es una gran herramienta en EM, por lo tanto, las próximas reuniones de supervisión se van a concentrar en utilizar resúmenes durante el juego de roles para reflejar la ambivalencia al cliente y redirigir las sesiones cuando el cliente continua hablando sobre otros temas tangentes. Los resúmenes se van a utilizar también en sesiones abiertas y cerradas como una forma de hacer una conexión entre sesiones.	

## ENTREVISTA MOTIVACIONAL BEATRIZ Y SOFIA

### SONIDO DE ALGUIÉN TOCANDO UNA PUERTA

**ENTREVISTADORA:** Buenas tardes; si.

**CLIENTE:** Buenas, hola, ¿puedo pasar?

**ENTREVISTADORA:** Si

**CLIENTE** Okay.

**ENTREVISTADORA** ¿Usted es Beatriz Peréz?

**CLIENTE** Si soy yo.

**ENTREVISTADORA** ¡Ay, adelante, encantada! Yo soy Sofía, Sofía Morales. Siéntese, siéntese.

**CLIENTE** Ay gracias, gracias.

**ENTREVISTADORA** Yo soy la consejera de este centro; bueno una de las consejeras de este centro. Me alegro mucho que haya decidido venir por aquí.

**CLIENTE** Gracias.

**ENTREVISTADORA** De verdad me siento bien, bien contenta de que esté aquí. Nosotros recibimos un referido del Departamento de la Familia para que evaluáramos problemas que usted ha tenido relacionados a su uso de drogas. Así es que tenemos un ratito esta tarde. Tenemos como cincuenta minutos para esta primera sesión. Mayormente quiero escuchar sobre usted y esta situación que provocó que el Departamento de la Familia enviara un referido a este centro. Después más adelante vamos a completar algunos de los formularios con información específica y detallada sobre algunos aspectos de su vida. Pero ahora quisiera escucharla; ¿qué la ha hecho venir por aquí?

**CLIENTE** Pues mira, primero por favor llámame o por mi nombre o de tú, porque eso de usted es para viejos.

**ENTREVISTADORA** Me encanta, me encanta Beatriz. Yo no tengo ningún problema con decirte tú. Pero para mi lo más importante es que sientas que te estoy tratando con mucho respeto. Lo que te pedí fué que habláramos de las razones por las cuales tu estás aquí esta tarde.

**CLIENTE** Bueno, yo no estoy segura de que debo estar aquí, pero si no lo hago me van a quitar a las nenas y ellas tienen tres y seis añitos.

**ENTREVISTADORA** Oh, tienes dos hijas. Así es que pudiste no haber venido, pero decidiste venir y estás aquí. Y me estás diciendo que estás aquí por algo que es muy importante para ti, que son tus hijas. Tus hijas de tres y seis años.

**CLIENTE** Si, mis hijas son muy importantes; lo más importante. Lo que no entiendo es porque me refirieron por droga; yo no soy adicta. ¿Qué tu cres?

**ENTREVISTADORA** Bueno tampoco lo sé, pero si lo deseas podemos averiguarlo juntas. ¿Podríamos empezar hablando de las cosas que entiendes que provocaron este referido?

**CLIENTE** Yo creo que empezó cuando mi vecina se puso a bochincar de mi y a decirle a los demás que yo dejaba las nenas para irme al punto de drogas. Yo soy una mamá responsable; yo soy una buena madre y a mis hijas no les falta nada.

**ENTREVISTADORA** Me vuelves a decir que tus hijas son importantes para ti y que es importante cómo tu las atiendes. Tus hijas están bien atendidas. Cuéntame más de cómo llegó a intervenir el Departamento de la Familia en tu caso.

**CLIENTE** Bueno, como te dije la vecina y sabrá Dios cuántos más empezaron a bochicar. A ellos sí que les gusta hablar de más. Yo estaba en la esquina comprándoles leche, cuando llegaron a casa, sin averiguar, dos trabajadores sociales del Departamento de la Familia. Cuando la nena abrió la puerta, ellas estaban solitas. Ay, se formó un revolú. Empezaron a entrevistarme; chequearon la nevera; se metieron hasta en el baño. Y ahí encontraron unas bolsitas. ¡Ay...pa' que fue eso!

**ENTREVISTADORA** Beatriz, me dices que para ti es importante lo que piensen los vecinos y me dices que los trabajadores sociales encontraron unas bolsitas.

**CLIENTE** Si, unas bolsitas de cocaína; pero eso es de vez en cuando. Yo ni bebo, ni fumo; mi marido está preso y lo único que hago es trabajar y atender a las nenas. Así que de vez en cuando me doy mi pase y así estoy lo más contenta.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**ENTREVISTADORA** Bueno, lo que yo crea aquí no es lo más importante. Lo más importante es lo que tú piensas. A mí me gustaría saber qué es lo que tu piensas. ¿Qué tu crees?

**CLIENTE** Si uno abusa de esa droga es malo, pero yo no soy adicta.

**ENTREVISTADORA** Veo que te preocupa pensar que puedas ser una adicta. A mí me gustaría tener más información. ¿Ha habido otros momentos donde te has metido en problemas por tu uso de cocaína?

**CLIENTE** Buenos, de que me cogen, me cogen, esta es la primera vez. Pero yo me doy 'mi pasecito semanal desde hace como... déjame ver...dos años. Empecé con mi marido, él usaba también, pero el sí que está bien mal. Ya é se rompió hasta la nariz de "nifear" tanta cocaína y está preso porque lo cogieron vendiendo droga en el punto. El sí es un adicto.

**ENTREVISTADORA** Bueno, déjame ver si te estoy entendiendo con claridad. Me has dicho que tienes dos niñas y que son bien importantes para ti. No, no, no, me has dicho que son muy importantes para ti. También me has dicho que es importante que tus vecino sepan que eres una buena madre. Por otro lado, te preocupa pensar que eres una adicta y que por esta razón te pueden quitar tus niñas. Me has informado que por los últimos dos años, has utilizado cocaína semanalmente. ¿Es esté un resumen justo de lo que hemos compartido esta tarde, en este ratito?

**CLIENTE** Si, por lo que veo está muy pendiente y atenta de lo que yo estoy diciendo. Eso es bueno. Y ahora que te escucho; fíjate me parece que como dos años, semanalmente, es mucho. ¿Cuántos chavos habré gastado yo en cocaína? Hasta me pueden botar del apartamento si me cojen con droga; eso sería terrible para nosotras.

**ENTREVISTADORA** Beatriz, si tu recuerdas así, si tu piensas, ¿habrá habido otras cosas que te hagan pensar que te preocupa tu uso de cocaína?

**CLIENTE** Bueno, como que a veces e me va la mano y estoy "jukea" casi todo el "wikén". Cuando eso pasa tengo que salir a busca más droga y a veces, las nenas se quedan solas. A veces también me las llevo.

**ENTREVISTADORA** Mmm... veo. En ocasiones, tu consumo de drogas se prolonga más de lo que

quisieras, y te preocupa que pueda poner en riesgo la seguridad de tus hijas. Eso tiene que ser preocupante.

**CLIENTE** Si, y más ahora que últimamente, ahora que lo pienso, he estado usando viernes, sábado, domingo. ¿Y eso es adicción? Yo no la uso como mi marido. Yo trabajo, atiando las nenas y la casa. ¿Qué tu crees?

**ENTREVISTADORA** Beatriz, me parece que es muy pronto para que yo conteste esa pregunta. Sin embargo, una cosa que si has notado y que nos podría ayudar a contestar tu pregunta, es que últimamente estás usando más cocaína que lo que usabas antes; que lo que acostumbrabas a usar antes. ¿Qué más me puedes decir?

**CLIENTE** Bueno no sé. Pues puedo dejar de usar drogas cuando yo quiera y a veces estoy hasta dos semanas sin usar nada. Cuando estoy usando todo el fin de semana, hasta puedo ir los lunes pal' trabajo como si na'.

**ENTREVISTADORA** Entonces me estás diciendo que aunque has notado que últimamente está usando más cocaína de lo que acostumbraba a usar, esta situación no te está afectando.

**CLIENTE** Bueno, hasta ahora que me metieron en líos con el Departamento de la Familia, y que se están metiendo con las nenas; y hasta ahí llevo yo porque no voy a dejar que nadie se meta con mis hijas.

**ENTREVISTADORA** Eso es preocupante par ti, porque tus niñas son bien importante.

**CLIENTE** Si, yo no voy a dejar que por un vicio de cocaína mis hijas paguen; no.

**ENTREVISTADORA** ¿Y has notado alguna otra cosa sobre tu uso de cocaína? ¿Has usado algo más?

**CLIENTE** No, no, pero déjame pensar... no sé. Bueno, es que si estoy triste y aborrecida; pues no me puedo controlar y termino en el punto. Ay, me siento bien mal de estar aquí.

**ENTREVISTADOR** Lo sé. Yo pienso, como te dije \al principio, que eres muy valiente, pues decidiste dale seguimiento al referido del Departamento de la Familia. Y a veces es difícil y doloroso cuando uno se escucha a uno mismo hablando de estas cosas. ¿Qué tu crees?

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**CLIENTE** Si. Yo no saco mucho tiempo para pensar en mí misma. Yo no quiero que le pase nada malo a las nenas tampoco; eso ni me lo perdonaría. Ellas no tienen a nadie más que a mí y son tan buenas nenas.

**ENTREVISTADORA** Beatriz, has compartido conmigo muchas cosas que son importantes. Quiero que me escuches atentamente y me digas si estás de acuerdo conmigo. Primero, mira me has dicho que tus hijas son muy importantes para ti y que deseas lo mejor para ellas. También, que has estado usando cocaína por los pasados dos años, al menos una vez todas las semanas. Te has dado cuenta que, últimamente, estás usando en los fines de semanas sin parar, especialmente si has estado triste.

**CLIENTE** Si.

**ENTREVISTADORA** Para ti sería terrible que tus hijas se afecten por tu uso de cocaína. Las cosas podrían empeorar si te quitan el apartamento por tu uso de drogas. ¿Qué te parece mi resumen?

**CLIENTE** A la verdad yo no me había dado cuenta que las cosas estaban tan mal. Aunque tengo mi trabajito, las nenas son saludables y tengo mi apartamento, ¿cómo podría ser una adicta?

**ENTREVISTADORA** Bueno no es tan sencillo y esto puede ser muy confuso para ti, porque me estás diciendo por un lado que hay cosas que te asustan de tu uso de cocaína y eso te preocupa. Por otro lado eso no encaja con los adictos que te conoces; necesitamos más información y hay varios modelos para definir lo que es una adicción. Pero si te parece y si estás interesada, podemos invertir un poquito más de tiempo en buscar más información. Hay varios cuestionarios o pruebas; puedo pensar más por los menos en dos para tratar de evaluar tu consumo de cocaína, y como esto puede estar afectando tu vida. Por lo pronto veo que últimamente estás preocupada por tu uso de cocaína y que esto pueda provocar que te quiten a tus niñas y pierdas tu apartamento. ¿Qué tu crees?

**CLIENTE** Está bien. Vamos a salir de eso si no es mucho tiempo, verdad, porque me tengo que ir a trabajar.

**ENTREVISTADORA** No, no nos vamos a tomar mucho tiempo, si ya mismo van a cerrar aquí. Me parece muy bien que hayas decidido estar aquí y darte esta oportunidad. Como te dije, eres una mujer valiente; no todo el mundo hace esto. Pasa

por esta oficina para que contestes este par de cuestionarios. No te va a tomar más e medio hora ó veinte minutos como mucho tiempo.

**CLIENTE** Okay. Ha pues está bien.

**ENTREVISTADORA** Déjame saber si necesitas alguna ayuda. Si no te veo en nuestra próxima cita.

**CLIENTE** Ha pues no hay problema; gracias.

### PROXIMA CITA

#### SONIDO DE ALQUIEN TOCANDO UN APUERTA

**CLIENTE** Buenos Días.

**ENTREVISTADORA** Buenos Días.

**CLIENTE** Hola, ¿cómo estás?

**ENTREVISTADORA** Hola Beatriz, que bueno que viniste. Siéntate.

**CLIENTE** Gracias, gracias.

**ENTREVISTADORA** Me alegra volver a verte. Tu eres de las mujeres; de esas que no dicen que no. Sabes que tengo que felicitarte nuevamente por estar aquí.

Me parece que el que estés aquí, demuestra que estás interesada en averiguar que está pasando con tu vida y con tus cosas y por tus niñas. Agradezco el tiempo que le dedicaste la semana pasada a contestar estos cuestionarios. Si estás de acuerdo, ahora podemos empezar a revisarlos y ver cómo salieron esos resultados de las pruebas. ¿Qué tu crees?

**CLIENTE** ¿Salí muy mal, salí muy mal? ¿Estoy grave?

**ENTREVISTADORA** Bueno vamos a ver, vamos a ver. Mira, lo primero que hicimos fue una prueba para identificar características de una persona con depresión. Esa prueba se llama la “Escala Beck”, ¿recuerdas?

**CLIENTE** Si, es cortita.

**ENTREVISTADORA** Tu puntaje, tu puntuación está en una categoría que sugiere síntoma de depresión moderada.

**CLIENTE** ¿Y qué es eso?

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**ENTREVISTADORA** Bueno, ¿te acuerdas que la vez pasada me dijiste que si te ponías triste, usabas cocaína sin parar para sentirte mejor?

**CLIENTE** Si, si.

**ENTREVISTADORA** Pues, una depresión moderada quiere decir que a veces estás triste, puedes perder el sueño, a veces puedes perder el deseo de comer, el apetito.

**CLIENTE** Es verdad; a veces paso todo el día sin comer y a veces me dan muchas ganas de llorar y eso es porque yo uso cocaína. Porque uso cocaína que me pone “hyper” y así me olvido de mis problemas y de la tristeza.

**ENTREVISTADORA** Tienes razón Beatriz; a veces el uso de la cocaína puede aliviar la depresión. Quizás vamos a necesitar más adelante que un especialista te vea, para atender este asunto. Me gustaría que lo consideráramos más adelante. Ya que mencionaste esto de la cocaína, ¿te parece si pasamos a ver los resultados del “ASCII”?

**CLIENTE** Si.

**ENTREVISTADORA** El “ASCII” fue la otra prueba. Es una prueba que se usa para evaluar el impacto del uso de drogas en tu salud, en tu trabajo, en los asuntos legales, en la familia, en la salud mental.

**CLIENTE** Ay si. Esa fue la prueba bien larga, casi ni la acabo.

**ENTREVISTADORA** Bueno no era tan larga, era un poquito larga; pero todos modos espero que la hayas contestado con sinceridad y que hayas escrito allí como tu eres, así bien honesta y bien clara. Pues fíjate, aquí aparece que tu uso de cocína está en un nivel que se llama abuso de sustancias. Estoy como una maestra, ¿verdad?

**CLIENTE** Un poquito, pero es bueno, me gusta.

**ENTREVISTADORA** ¿Te acuerdas que la otra vez tu querías saber si eras adicta o no?

**CLIENTE** ¿Entonces eso quiere decir que estoy adicta?

**ENTREVISTADORA** Bueno no chica, no es así de sencillo. La adicción se define en etapas que van progresando a lo largo del tiempo. En este momento estamos en un buen momento y a tiempo para hacer unos ajustes; y que el problema o el uso de

drogas, no siga afectando tu vida. En muchas ocasiones se llama adicto a una persona que depende de las drogas y todavía tu no estás en ese nivel. ¿Qué te parece?

**CLIENTE** Ah, pues entiendo, yo no soy adicta y lo puedo dejar cuando quiera. Eso es lo que decía, que yo no soy como mi marido.

**ENTREVISTADORA** Lo importante Beatriz, es que estás preocupada y que todavía puedes llegar hacer cosas para no estar como tu marido.

**CLIENTE** Aja.

**ENTREVISTADORA** Pero vamos a seguir mirando la prueba. Mira; nos refleja que nunca has sido arrestada que el uso de drogas, ni has renido problemas legales. Pero nosotras sabemos, que te pueden acusar de maltrato y negligencia por haber dejado a tus niñas solas para buscar drogas. Eso se puede convertir en un problema bien serio para ti. ¿Qué te parece?

**CLIENTE** Si, yo nunca pensé que maltrataría a mis nenas. Me preocupa mucho. Tampoco quiero venir aquí; no quiero seguir viniendo para aquí todo el tiempo. Bueno, pero lo haré por las niñas; si lo hago por las nenas está bien.

**ENTREVISTADORA** Por lo que me estás diciendo Beatriz, veo que te alivia saber que estás en una nivel de abuso y que todavía no has progresado a depender de a cocaína, pero te preocupa que estés maltratando a tus niñas.

**CLIENTE** Si... y me asusta que si no hago algo, pueda ser una adicta y entonces si me las quitan de verdad. Pero yo te dije que puedo dejar la cocaína cuando quiera.

**ENTREVISTADORA** Bueno, vamos a hacer como un experimentito. Si te pones tiste en un fin de semana, ¿Qué cosas tu podrías hacer para no usar cocaína?

**CLIENTE** Ay, no se... déjame pensar..., ay verdad que esta pregunta no me gusta.

**ENTREVISTADORA** Tómate tu tiempo.

**CLIENTE** Hoy me siento un poco así. Como enferma, como con alergias. Bueno, se me ocurre que puedo ir al parque con las nenas. También podemos ir a visitar a mis papás, que hace tiempo



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

no los vemos. También podemos ir para la iglesia; eso es lo único que se me ocurre ahora.

**ENTREVISTADORA** Eso está chévere; veo que tienes alternativas.

**CLIENTE** Si.

**ENTREVISTADORA** Mira Beatriz, vamos a hacer otro experimentito. Si tuviéramos una reglita del uno al cinco, para medir tu seguridad de que puedes hacer esas cosas que te propones hacer. Esas cosas que me dijiste como ir al parque o ir a visitar a tus papás o ir a la iglesia. Si pudiéramos medir la seguridad con esa reglita,

**CLIENTE** Aja.

**ENTREVISTADORA** En esa reglita, el uno quiere decir que te estás poco confiada de que lo puedes hacer y el cinco quiere decir que estás bien segura de que lo puedes hacer. ¿Cuán segura te sentirías poder hacerlo?

**CLIENTE** El uno es poco segura y el cinco es bien segura.

**ENTREVISTADORA** Exacto.

**CLIENTE** Bueno, para ser sincera yo estoy como...ahora mismito, como en tres. Si, yo estoy como en tres. Ay no sé, esa pregunta es difícil.

**ENTREVISTADORA** Si, pero mira ver si lo que yo estoy escuchando es lo que tú me estás diciendo. Me estás diciendo que tienes alternativas, pero que te sientes insegura, como en el medio. Como que a veces piensas que puedes hacerlo y a veces piensas que no puedes; como que estás segura o no estás tan segura.  
¿Y cómo lo harías en este momento que estás así como en un tres?

**CLIENTE** Ay yo no sé ná de esto.

**ENTREVISTADORA** Bueno hay cosas que las personas en casos similares al tuyo, han podido hacer. Pero recuerda que la más que sabe de tí misma eres tú. La persona más en este momento eres tú y tú eres la experta en tus asuntos.

**CLIENTE** Okay.

**ENTREVISTADORA** Yo te puedo dar alguna ideas, pero la decisión va a ser tuya.

**CLIENTE** Okay.

**ENTREVISTADORA** ¿Quieres que te de algunas ideas?

**CLIENTE** Claro, dígame algo que me pueda ayudar. Si.

**ENTREVISTADORA** Bueno mira, sabemos que la cocaína es una droga muy poderosa y que a muchas personas se les hace difícil usar poquita, para ir eliminándola poco a poco. Eso se llama reducir el uso de la droga.

**CLIENTE** Okay.

**ENTREVISTADORA** Muchas personas, lo que deciden, una vez que la utilizan, es que la quieren volver a usar; utilizar más cantidad. Así es que para muchas personas, lo que funciona es cuando consideran al alternativa de dejarla totalmente.

**CLIENTE** Okay. Yo creo que eso yo lo puedo hacer; cada vez que quiero dejo de usar.

**ENTREVISTADORA** Si, recuerdo que me dijiste y así lo has hecho algunas veces. Verdad que has podido de usarla, tu me habías dicho hasta por un periodo de dos semanas. Pero recuerda que llevas dos años utilizándola y que con el tiempo has estado usando cada vez más cantidad de droga. Eso puede ser peligroso, porque podría conllevar serios problemas.

Me parece que te estaría alejando de lo que tú quieres para ti y de lo que quieres para tus hijas. A veces, para otras mujeres, ha sido más fácil dejar el uso de drogas, si estás con otras mujeres como tú en un programa.

**CLIENTE** ¿Y dónde es eso? Si eso es como un hogar o algo así, yo no puedo dejar a mis niñas solas. Yo ando con ellas para arriba y para abajo siempre.

**ENTREVISTADORA** Si, si, yo sé que tus hijas son importantes y que para ti es importante atenderlas bien, pero es que vas muy rápido.

**CLIENTE** Okay.

**ENTREVISTADORA** No necesariamente tienes que internarte en un programa. De hecho, hay mujeres a las que les funciona un programa durante el día, varios días a la semana, como el que hay aquí.

**CLIENTE** Eso está mejor.

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

**ENTREVISTADORA** Veo que todavía no estás segura de que esta sea tu mejor alternativa. ¿Qué pasaría si no reduces y dejas el uso de drogas? ¿Qué sería lo peor que puede pasar?

**CLIENTE** Yo creo que me pondría más flaca y no me gusta seguir así de triste. También, si me agarran en el punto, hasta podría quedarme sin trabajo y sin apartamento. Me estoy arriesgando mucho.

**ENTREVISTADORA** Veo que es bien arriesgado para tí, seguir tu uso. Me estás diciendo que tu salud es importante para tí y no quieres sentirte. A nadie le gusta estar triste, ¿verdad Beatriz?

**CLIENTE** No.

**ENTREVISTADORA** Recuerda que dijimos que sería bueno que te evalué un especialista, para evitar que cuando te pongas triste sigas usando la cocaína.

**CLIENTE** Si, si, pero eso es mucho tiempo y tampoco puedo dejar mi trabajito. ¿Ahí van a estar otras mujeres adictas? Pues, no importa porque puede ser peor quedarme sin las nenas y sin el apartamento. Me gustaría considerarlo; oyéndolo bien, me gustaría considerarlo.

**ENTREVISTADORA** Bueno, recuerda las otras alternativas que tu misma mencionaste fueron compartir y divertirte con tus niñas, compartir con tus padres, asistir a la iglesia.

**CLIENTE** Si, eso me ayudaría también.

**ENTREVISTADORA** Déjame ver si tengo claro lo que quieres hacer con relación a tu uso de cocaína. Escúchame atentamente.

**CLIENTE** Okay.

**ENTREVISTADORA** Mencionaste que quieres hacer algo porque te preocupa tu salud; te preocupan tus hijas y tu situación con el Departamento de la Familia.

**CLIENTE** Si.

**ENTREVISTADORA** Deseas dejar de sentirte triste y no habías pensado antes que estabas maltratando a tus niñas. También te preocupa perder tu empleo y el apartamento.

**CLIENTE** Si, es verdad.

**ENTREVISTADORA** Deja ver que más mencionaste...mencionaste que puedes compartir más con tus hijas y con tus padres. Y mencionaste que puedes ir a la iglesia.

**CLIENTE** Si.

**ENTREVISTADORA** Aunque no te sientes con suficiente seguridad de que puedes hacer eso.

**CLIENTE** Es que esto no es fácil... mira son dos años que yo llevo y la tristeza me viene así sin avisar; entonces me dan las ganas de usar.

**ENTREVISTADORA** Pues, lo otro que yo te quiero recordar es que puedes empezar un tratamiento ambulatorio aquí en este mismo centro donde te pueden dar servicios especializados para atender tu salud.

**CLIENTE** Okay.

**ENTREVISTADORA** Mira, Beatriz, yo sé que te he dado como que mucha información y que esta sesión ha sido bien intensa. También sé que de momento es difícil tomar decisiones como esta que estás tomando ahora.

**CLIENTE** Si.

**ENTREVISTADORA** ¿Qué te parece si regresas la semana que viene y te damos oportunidad para pensar en estas cosas que hemos estado discutiendo? Yo sé que tú vas a estar aquí.

**CLIENTE** Pues me parece buena idea, pero ¿y qué usted le va a decir al Departamento de la Familia?

**ENTREVISTADORA** Pues la verdad, que estás estudiando cuál es la mejor alternativa para ti y que no veremos la semana que viene. Yo estoy segura que la semana que viene, podemos tomar una buena decisión.

**CLIENTE** Esta bien, eso suena bien.

**ENTREVISTADORA** Bueno, pues entonces nos vemos la semana que viene.

**CLIENTE** Pues gracias.

**ENTREVISTADORA** A la misma hora.

**CLIENTE** Okay, nos vemos entonces.

**ENTREVISTADORA** Bye.

**CLIENTE** Bye, bye.

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

Hoja de Puntuación para Entrevista Motivacional (Grabación) – Mariellis y Billy Bob

Ítem de Puntuación	Consistencia: Frecuencia y Profundidad	Competencia: Comentarios del nivel de destreza
1. Estilo o espíritu de EM	////	<b>Bueno</b> – Ofrece apoyo, cálido, utilizó un acercamiento de colaboración. Pudo haber usado más oraciones de reflejo al obtener la información. Las preguntas pudieron utilizarse luego de usar oraciones de reflejo.
2. Preguntas abiertas	/////////∅	<b>Bueno</b> – Utilizó preguntas abiertas que evocaron hablar de cambio. “Cuando usas cocaína, qué sentimientos trae eso...?, trae exploración más profunda para hablar del cambio.”
3. Afirmación de fortalezas y autoeficacia	///	<b>Muy bueno</b> – Reforzó las fortalezas del cliente. “Usted es una persona inteligente, muy capaz, un hombre productivo que ahora está pasando por dificultades”. Pudo utilizar más afirmaciones.
4. Aseveraciones reflexivas	/////////∅	<b>Muy bueno</b> – Usó buenos resúmenes reflexivos, en los que demostró entendimiento y empatía. Buen uso del parafraseo.
5. Fomenta una relación de colaboración	/////////∅	<b>Muy bueno</b> – Trató de transmitir en palabras que el cliente tenía el control de las decisiones con oraciones como, “esto es un proceso que usted mismo va a ir decidiendo...” Trató de inferir decisiones por el cliente, “No ve una relación ahí”.
6. Motivación hacia el cambio	∅	<b>Bueno</b> – El consejero trató de evocar discusión del cliente sobre el cambio mediante el uso del ejercicio de balance decisional.
7. Desarrollo de discrepancias	/	<b>Pobre</b> – El consejero trató de confrontar al cliente con sus discrepancias, “¿No ves la relación?”. El estilo fue de confrontación.

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

8. Pros, contras y ambivalencia	////	Bueno. Pudo haber explorado más pros y contras con preguntas abiertas. El cliente habla de la cocaína y como le da el “ánimo” para trabajar”. El consejero pudo haber preguntado para que hablara mas sobre eso.
9. Discusión sobre el Plan de cambio	/	Bueno. El consejero identifico algunas metas para trabajar en la próxima sesión. Los obstáculos para el cambio no fueron discutidos pero era claro que el cliente accedió a continuar trabajando en el ejercicio de pros y contras.
10. Problema centrado en el cliente Discusión y retroalimentación	///	Bueno. El consejero fue capaz de ayudar al cliente para que hablara de los problemas por los cuales había entrado a tratamiento. El fue capaz de sentirse libre para discutir como su esposa era la que tenía el problema. La aseveración del consejero sobre el incluir la esposa en el proceso permite que el cliente se sienta entendido. Ella también le pregunto, “¿Qué piensas sobre eso?” “ Lo cual le ayudo a sentirse parte del proceso.
11. Consejo no solicitado, provee dirección y retroalimentación	/	Aceptable. El consejero sugirió una opción para el cliente. “Pero a lo mejor, ¿Qué cree usted si trabajamos en esta opción?”
12. Énfasis en la abstinencia		
13. Confrontación directa al cliente	//	Aceptable. El consejero confronto el cliente con una discrepancia. “No ves la relación aquí.”
14. Impotencia y pérdida de control		
15. Ejerce autoridad		
16. Preguntas cerradas	///	Muy Bueno. El consejero uso varias preguntas cerradas las cuales eran importantes para obtener información al principio de la sesión. Se pudo haber elaborado utilizando una oración de reflejo.

Siempre consulte la guía de puntuación al transferir la información de la hoja de trabajo y la forma de puntuar, especialmente cuando hay duda.

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

Anotación	Puntuación de Consistencia: Frecuencia y Profundidad		Competencia: Nivel de destreza	
	Conducta ocurrió	Valor	Conducta	Valor
Ninguna	Nunca ocurrió	Nada (1)	Inaceptable, sin la competencia	Muy pobre (1)
/	Una ocasión, pero no a profundidad.	Un poco (2)	Ausencia de dominio de la destreza	Pobre (2)
//	Más de una ocasión, pero no a profundidad.	No frecuente (3)	Regular, bajo promedio	Aceptable (3)
Ø	Una ocasión, con alguna profundidad.	Algo(4)	Promedio	Adecuado (4)
Ø//	Más de una ocasión, con una ocasión a profundidad.	Bastante (5)	Sobre promedio	Bueno (5)
Ø/Ø	Más de una ocasión, a profundidad	Considerable (6)	Se demuestra dominio en la destreza	Muy bueno (6)
ØØ/ØØ	Dominó la sesión, muchas veces a profundidad	Extensamente (7)	Alto nivel de dominio de la destreza	Excelente (7)

Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

Entrevista Motivacional  
Hoja de Retroalimentación de Consistencia y Competencia

**Nombre: Mariellis y Billy Bob**

**Fecha:**

Ítem Consistente con la EM	Puntuación de Consistencia*							Puntuación de Competencia**							
	1	2	3	4	5	6	7	N/A	1	2	3	4	5	6	7
1. Estilo y espíritu de EM					X								X		
2. Preguntas abiertas						X							X		
3. Afirmación de fortalezas y autoeficacia			X											X	
4. Aseveraciones reflexivas					X									X	
5. Fomenta la colaboración						X								X	
6. Motivación hacia el cambio				X									X		
7. Desarrollo de discrepancias		X								X					
8. Pros, contras y ambivalencia				X									X		
9. Discusión de un plan de cambio		X											X		
10. Problemas centrados en el cliente, discusión y retroalimentación				X									X		
Ítem Inconsistente con la EM															
11. Consejo, dirección y retroalimentación no solicitado		X										X			
12. Énfasis en la abstinencia															
13. Confrontación directa			X								X				
14. Incapaz, falta de control															
15. Ejerce autoridad excesiva															
16. Preguntas cerradas			X											X	

* Consistencia	1 Nada	2 Un poco	3 Infrecuente	4 Algo	5 Bastante	6 Considerable	7 Extensamente
** Competencia	1 Muy pobre	2 Pobre	3 Aceptable	4 Adecuado	5 Bueno	6 Muy bueno	7 Excelente

**Plan de Desarrollo de las Destrezas de la Entrevista Motivacional**

**Nombre: Cliente Mariellis y Billy Bob**

<p><b>Fortalezas demostradas en la Sesión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen estilo de entrevista motivacional, calido, da apoyo, empatito, flujo con la resistencia.</li> <li>• Buenos resúmenes reflexivos, buenas destrezas de escuchar. La reflexión enlaza los aspectos mas importantes de las perspectivas de los clientes sobre sus problemas.</li> <li>• Muy buen uso de preguntas abiertas y evocativas</li> <li>• Buena verbalización del respeto por las decisiones personales del cliente.</li> </ul>
--

**Desarrollo de Destrezas**

Destreza de desarrollar la EM	¿Qué específicamente se espera desarrollar o mejorar?	¿Cómo se logrará la meta?	Fecha de la próxima supervisión
1. Oraciones de reflejo	Disminuir el uso de preguntas abiertas durante la evaluación del uso del cliente. Usar mas oraciones de reflejo para evocar hablar del cambio.	Identificar cuando y como ella usa preguntas abiertas y empezar a practicar el reemplazar una pregunta abierta con una oración de reflejo.	
2. Afirmación de las fortalezas y auto eficacia	Aumentar el uso de afirmaciones	Discutir las razones del porque las afirmaciones pueden ser efectivas durante una sesión de entrevista motivacional. Practicar como pueden ser usadas durante una sesión.	
3. Pros, contras y ambivalencia	Explorar los pros y contras usando la actividad de balance decisional para atender la ambivalencia del cliente,	Dialogar en la supervisión de cómo reflejar los pensamientos y sentimientos mixtos del cliente. Utilizar el juego de roles usando la actividad de balance decisional e identificar discrepancias en la conversación del cliente. Identificar durante la supervisión estrategias de confrontación y practica el reflejo de discrepancias.	

## Entrevista Motivacional Mariellis y Billy Bob

### PRIMERA CITA

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

**CLIENTE** Buenas tardes, buenas tardes.

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

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

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

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Ósea, tu llegaste aquí pensando en que quiere complacer a su esposa, por que hay un uso aunque usted indica que le ha estado trayendo algunas dificultades con ella.

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

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

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Ósea, de los siete días de la semana, por lo menos tres hay consumo de cocaína y hay consumo de alcohol.

**CLIENTE** Sí, sí.

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

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

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

**CLIENTE** Bueno, en realidad... en realidad si me he ido en los "weekenes", me estoy tocando para de veces. Así en el trabajo... la verdad, la verdad en las últimas semanas he tenido par de días que durante horas de trabajo también.

Pero nada, es a la hora de almuerzo y entro y hago mi trabajo, hago mi trajo, tu sabes y todo está bien, todo tranquilo.

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

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



## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

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

**CLIENTE** Bueno...podría ser.

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

**CLIENTE** Sí.

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

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

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

**CLIENTE** Pues, que hablen con mi esposa, a ver como la calman. Yo...que se yo, yo trataré de bajar, yo puedo dejar de usar un poquito y eso para gastar menos dinero.

Pero que me ayuden con mi esposa por que la situación se está poniendo fuerte.

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

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

**ENTREVISTADORA** Okay, podemos incluirla a ella en el proceso, pero pensando así como usted me ha dicho que ha llegado a ese punto de que podríamos reducir. Si al reducir, se disminuyen los problemas con ella, a lo mejor

podríamos trabajar eso con usted. ¿Qué usted piensa sobre eso? Y hablando con ella e incluyéndola en el proceso, claro está.

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

**ENTREVISTADORA** Podemos llegar a ese acuerdo, pero lo podríamos trabajar si usted quisiera venir hasta acá a algunas sesiones para trabajar con eso. ¿Le gustaría, podría usted cumplir con eso?

**CLIENTE** ¿Y no pueden trabajar con mi esposa?

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

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

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

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

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

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

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

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

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

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

### PRÓXIMA CITA

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

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Podemos conversar. Lo primero que tenemos que saber bien es repasar el

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

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

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

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

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

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Okay, este ejercicio le llamamos Balance Decisional y es como hacer un

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

balance entre las cosas buenas de usar y las cosas no tan buenas de usar.

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

**CLIENTE** Vamos.

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

**CLIENTE** Muy bien.

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

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

**ENTREVISTADORA** ¿relajado?

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Ose, que se siente un poco más productivo cuando está consumiendo.

**CLIENTE** Oh, sí.

**ENTREVISTADORA** Muy bien. ¿Algún otro beneficio de usar?

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Esa depresión que viene después...

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

**ENTREVISTADORA** Pues fíjese, sin embargo horita hablamos y me dijo que en estos últimos tiempos que había aumentado e consumo, había aumentado las discusiones en el hogar. ¿No ve una relación ahí?

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

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

**CLIENTE** Hasta ahí, Si, no me gusta sentirme mal, no me gusta estar discutiendo con la mujer; que lo hemos legado al uso de alcohol y de drogas, el dinero...Yo creo que no le veo más ningún otro efecto negativo. Bueno, a veces cuando vengo de

## Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración

noche, cuando estoy guiando, que también tengo que tener cuidado. Tengo que tener cuidado que no vaya a...me he visto bien cerquita de chocar.

**ENTREVISTADORA** También hay un “issue” de seguridad, de su propia seguridad en momentos de conducir.

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

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

**CLIENTE** Que está bastante balanceada.

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

**CLIENTE** Bueno, en realidad yo puedo ver que tengo más situaciones negativas que positivas. En realidad no lo puedo ver...no se, no sé...estoy...

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

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Ósea, que ahí ha habido de las dos cosas.

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

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

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

**ENTREVISTADORA** Y es posible. Es posible para usted no tener las cosas negativas de la sustancia, según usted vaya pensando. Por que no sé, tal vez podemos pensar esto un poquito más y dejarlo como una asignación y en la próxima intervención podemos ver si ha añadido algunos por o algunos contra en este proceso y ver cómo usted se siente con relación a este análisis. Es pensar, es hacer un análisis, por que usted es una persona muy inteligente, muy capaz, un hombre productivo, un buen proveedor, muchas cosas buenas, tiene un buen matrimonio que ahora está pasando por unas dificultades, y que si a lo mejor pasamos por un proceso de análisis puede lograr reducir ese problema que tiene en su matrimonio.

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

**ENTREVISTADORA** Okay, entonces lo seguimos evaluando y la próxima semana, en un horario que tenemos que buscar en el momento de hacer la

## **Sección H – Transcripciones y Calificaciones de las Entrevistas de Demostración**

cita, para que a usted le sea posible asistir y que no le interrumpa en su proceso de trabajo. Entonces a lo mejor podemos seguir trabajando en esto del balance.

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

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

**CLIENTE** Como no.

**ENTREVISTADORA** Okay, pues gracias.

**CLIENTE** Gracias a usted.



## **Sección I**

# **Currículo de Adiestramiento**



## **Sección I Currículo de Adiestramiento**

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
Currículo de Adiestramiento del Supervisor (2 horas)	2

## Currículo de Adiestramiento

### Iniciativa Conjunta de “NIDA/SAMHSA” Compendio de Adiestramiento del Sistema de Calificación de Cintas para el Supervisor

Duración del Adiestramiento: 12 horas (incluye dos recesos de 15 y 30 minutos de almuerzo)

Materiales para los Participantes: *Guía del Supervisor para Calificar las Cintas de EM, copias de la Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM y Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM, lápices con punta, papeles para tomar notas con adhesivo (post-its).*

Materiales para el Adiestrador: Grabadora, cinta de calificación para prepararse, cinta de práctica para la calificación grupal de cintas

#### I. Introducción (30 minutos)

- A. Dé la bienvenida a los participantes. El adiestrador del Centro de Transferencia de Tecnología en Tratamiento de Adicción (ATTC, por sus siglas en inglés, *Addiction Technology Transfer Center*) se presenta.
- B. Haga que todos los participantes se presenten (nombre, agencia, puesto y experiencia en EM, supervisión, o calificación de cintas y expectativas con el adiestramiento).
- C. Repase la agenda del adiestramiento.
  1. Enfatice que el objetivo principal del adiestramiento de hoy es adiestrar a los participantes en cómo supervisar a los clínicos en la EM usando un sistema de calificación de cintas para el apego y competencia en EM.
  2. Mencione los recesos, la información del almuerzo, la localización de los servicios sanitarios y cualquier otro aspecto relacionado.

#### II. Importancia de la Supervisión en EM (15 minutos)

- A. Use la técnica del Medidor de Importancia donde el ‘0’ representa que no es nada importante y el ‘10’ representa algo extremadamente importante, pregunte a los participantes: “¿Cuán importante es para los clínicos recibir supervisión cuando llevan a cabo una EM?” Entonces pregúnteles: “¿Por qué calificaron con una [calificación elevada] en lugar de con una [calificación inferior]?” para obtener sus razones de la importancia de supervisión en EM. Algunas de las razones podrían incluir:
  1. La supervisión ayuda a los clínicos a aplicar la EM en su práctica.



## Currículo de Adiestramiento

2. La supervisión proporciona oportunidades constantes de aprender de la EM después de un taller de adiestramiento intensivo.
3. La investigación de adiestramiento de terapia, sugiere que proporcionar retroalimentación y adiestramiento continuo a los clínicos por medio de supervisión después de participar en un taller (como se hizo con el protocolo de la Red de Pruebas Clínicas -CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*- de EM) mejora el desempeño de los clínicos y los vuelve considerablemente aptos en los niveles de competencia esperados para desempeñar adecuadamente la terapia que se pretende.
4. Aprender la EM es más difícil de lo que parece. La supervisión ofrece a los clínicos oportunidades para trabajar a través del reto de aprender EM.
5. La supervisión provee una forma de monitorear el desempeño de un clínico en EM con precisión, en lugar de creer el planteamiento del clínico al pie la letra en cuanto al uso de EM o las técnicas para mejorar la motivación.
6. Muchos clínicos valoran altamente la supervisión y quieren recibirla como parte de sus trabajos.

### III. Confianza del Supervisor al Proporcionar Supervisión en EM (15 minutos)

- A. Usando la técnica del Medidor de Importancia donde el '0' representa nada de confianza y el '10' representa máximo de confianza, pregunte a los participantes: "¿Cuán confiado se siente de poder proporcionar alta calidad en la supervisión de EM a los clínicos que supervisa?" Entonces pregúnteles: "¿Por qué calificó con una [calificación elevada] en lugar de con una [calificación inferior]?", para conseguir formas en las que se sientan preparados para proporcionar supervisión de EM. Pregúnteles: "¿Por qué calificó con una [calificación elevada] en lugar de con una [calificación inferior]?" "¿Qué tendría que pasar para que usted pase de una [calificación elevada] a una [calificación inferior] para sentirse más confiado al supervisar clínicos en EM?" para generar una discusión acerca de los métodos y herramientas de supervisión que podrían ayudarles a desarrollarse como supervisores de EM.
- B. Presente el Sistema de Calificación de Cintas en EM para el Supervisor como un método disponible para ellos y que se usa en el protocolo 005 de EM del "CTN" de NIDA (*Entrevista Motivacional para mejorar el compromiso con el tratamiento y los resultados en individuos que buscan tratamiento por abuso de sustancias*). Se espera que aprender este sistema les permita sentirse más capacitados al supervisar la EM.

### IV. Importancia del Sistema de Calificación de Cintas en EM para el Supervisor (15 minutos)

- A. Señale cómo los participantes acaban de usar un "sistema de calificación" para los fines de discutir la supervisión en EM. Muchos de los participantes podrían estar bastante familiarizados y gustarle la técnica de calificar con un

## **Currículo de Adiestramiento**

número. Ahora que se justificó la necesidad de calificar, infórmele que el resto del adiestramiento se concentrará en la calificación de consistencia y competencia en la EM.

- B. Describa brevemente el sistema de calificación al definir la consistencia y la competencia, el objetivo del sistema, la atención a los comportamientos consistentes e inconsistentes de la consejería en EM y cómo usarán el sistema en la supervisión.
- C. Durante la discusión, cubra la importancia de calificar la consistencia y competencia en EM por medio de la calificación de las cintas:
  - 1. Proporciona una forma sistemática de evaluar el desempeño de un clínico en EM basándose en lo que hacen en realidad, en lugar de basándose en lo que creen que hacen.
  - 2. Proporciona un lenguaje común para hablar de la EM entre el supervisor y el clínico.
  - 3. Proporciona un sistema común de supervisión entre las agencias, lo que podría ser útil para implantar las iniciativas entre distintas agencias en lo relacionado con la diseminación de la EM.
  - 4. Proporciona una forma de identificar cuidadosamente las necesidades de adiestramiento de los clínicos individualmente, aclarar sus fortalezas y debilidades específicas de una forma medible.
  - 5. Nos permite examinar cómo varían los clínicos en lo que hacen, en relación con los distintos tipos de clientes que atienden.
  - 6. Nos permite mantener un registro del progreso de un clínico en su aprendizaje de EM con el paso del tiempo.
- V. Aspectos Administrativos de la Calificación de Cintas (15 minutos)
  - A. Examine de forma general la administración básica de la calificación de cintas.
    - 1. La información de las cintas como tal (por Ej., la duración típica, etiquetas, calidad del sonido o de la grabación)
    - 2. Uso de los Formularios de Consentimiento para Grabar
    - 3. Cómo informar a los clientes acerca de grabar una sesión

RECESO (15 minutos)

## Currículo de Adiestramiento

### VI. Guía del Supervisor para Calificar las Cintas (15 minutos)

- A. Distribuya la Guía a todos los participantes si aún no se ha hecho.
- B. Proporcione una visión general de las principales secciones y sub-secciones y ayude a los participantes a apreciar la Guía como su aliada, ayudante y amiga en la calificación y supervisión de las cintas.
- C. Hable a los participantes de las dos categorías de ítems que estarán calificando:
  - 1. Ítems específicos de consistencia y competencia.
    - a. Defina la categoría.
    - b. Señale la presentación para cada ítem (Guías para Calificar Frecuencia y Extensión, Ejemplos, y Guías para Calificar el Nivel de Destrezas) y cómo la mayor parte del adiestramiento se dedicará a ayudarles a identificar con precisión ejemplos de cada ítem y discernir la calidad general de la implantación del ítem por parte del clínico.
  - 2. Calificaciones generales de la motivación del cliente.
    - a. Defina la escala de motivación.
    - b. Señale cómo estos ítems de calificación tienen un formato diferente y un sistema de una escala de 7 puntos.
- D. Examine específicamente *la Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM, el Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM del Supervisor* y *el Informe de Sesión Clínica en EM*, como un medio para que los participantes se familiaricen más con los ítems de calificación y los mecanismos para calificar las cintas.

### VII. Etiqueta General para Calificar las Cintas (15 minutos)

- A. Repase con los participantes la sección de *Guías Generales para Calificar Cintas* de la Guía. Incluya lo siguiente:
  - 1. Calificar los comportamientos observables del clínico y los esfuerzos de facilitación.
  - 2. Evitar la calificación prejuiciada.
  - 3. Calificar el comportamiento de cada uno de los clínicos en los ítems que apliquen.
  - 4. Usar la *Guía del Supervisor para Calificar Cintas* durante cada una de las sesiones de calificación.

## Currículo de Adiestramiento

5. Repasar toda la sesión, registrar los comportamientos del clínico y anotar antes de calificar.
  6. Proteger la confidencialidad.
- B. Haga que los calificadores de cintas reciten el *Juramento del Calificador de Cintas* con su mano derecha en la Guía.
- VIII. Sistema de Calificación (30 minutos)
- A. Refiera a los participantes a la sección de *Calificación de Consistencia y Competencia* de la Guía.
- B. Repase la subdivisión de *Consistencia: Frecuencia y Extensión*.
1. Repase cómo registrar los ejemplos de los comportamientos de consejería.
  2. Repase cómo registrar las marcas que se convierten en puntuaciones finales de calificación.
- C. Repase la subdivisión de *Competencia: Nivel de Destrezas*.
1. Repase las características generales de un nivel de destrezas superior y de uno inferior: ritmo, claridad, atención al cliente, relevancia, tono y postura.
  2. Señale de qué forma los diferentes ítems tienen factores únicos que contribuyen al Nivel de Destrezas. Estos factores específicos de calidad se detallan dentro de las Guías para calificar el Nivel de Destrezas para cada ítem.
  3. Muestre a los participantes cómo hacer las anotaciones del Nivel de Destrezas y cómo hacer una calificación final de cada ítem.
- IX. Los Ítems Específicos de Calificación de Consistencia y Competencia (2 hrs.)
- A. Comience por señalar que los ítems están divididos en dos categorías: ítems Consistentes con la EM (1-10) e Inconsistentes con la EM (11-20) ítems. Discuta la importancia de cada una de las categorías del adiestramiento y supervisión de los clínicos en EM.
- B. Repase de los Ítems 1- 20. Para cada uno de ellos:
1. Defina el ítem y proporcione ejemplos.
  2. Proporcione un ejemplo que se repita en el Nivel de Destrezas Superior y en el Inferior.

## Currículo de Adiestramiento

RECESO DE ALMUERZO (30 minutos) – Incluya los ítems Consistentes con la EM antes del almuerzo y los Ítems Inconsistentes con la EM, las Calificaciones Generales de la Motivación del Cliente y la actividad de presentación para después del almuerzo.

- C. Ítems de Repaso 21-22 (Motivación – Inicio y Fin de la Sesión)
- D. Actividad: Presentación de la Calificación de las Cintas. El objetivo de esta actividad es familiarizar a los participantes con el proceso de calificar la Consistencia (Frecuencia y Extensión).
  1. Diga a los participantes que van a escuchar varias afirmaciones grabadas. Su tarea es identificar qué ítem(s) representan mejor la estrategia de consejería demostrada por el planteamiento DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN QUE PROPORCIONA LA GUÍA.
  2. Entregue a todos los participantes la *Hoja para Registrar la Presentación de la Calificación de las Cintas* donde deben registrar sus respuestas.
  3. Coloque dos veces la cinta grabada con las afirmaciones para los participantes. Pídales que escriban todos los ítems que apliquen para el ítem. Pida voluntarios que informen al grupo cómo calificaron el ítem. Anime a los participantes a que hablen de las razones para sus calificaciones. Además, anímeles a que compartan abiertamente con los demás cuando difieran de cualquier forma de la calificación de la consejería. Use estas discusiones para fomentar una calificación precisa de las cintas.
  4. Como alternativa, prepare 20 tarjetas para índices con los distintos nombres de los ítems y pida a los participantes que separen del grupo los ítems que tengan relevancia con el planteamiento. Haga que los participantes comparen los ítems seleccionados y discuta como se recomendaba anteriormente.

RECESO (15 minutos)

- X. Júntelo todo: Calificando toda una cinta juntos (1 hr., 30 mins.)
  - A. Distribuya la *Hoja de Trabajo para Calificar Cintas* y el *Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia en EM* a todos los participantes.
  - B. De ser necesario, divida el grupo en grupos pequeños y sepárelos en diferentes áreas. Usar grupos pequeños hará que la tarea de calificar las cintas sea más manejable en términos de tener que pararla o retrocederla según haga falta para determinar cómo calificar lo que un clínico ha dicho durante la sesión. Ejercitar esta opción implica tener más de un adiestrador.

## **Currículo de Adiestramiento**

- C. El grupo calificará una cinta completa.
  - D. Cuando hayan terminado, los participantes se volverán a juntar en un sólo grupo, compararán calificaciones, comentarán acerca de sus reacciones iniciales al calificar la cinta y harán las preguntas que tengan.
- XI. Guías de Supervisión de EM (45 minutos)
- A. Examine de forma general las *Guías Generales de Supervisión* bosquejadas en la Guía. Estas guías incluyen:
    - 1. Estar pendiente de la simplicidad engañosa de aprender e implantar la EM;
    - 2. Ser consciente de las complicaciones que representa que un clínico use estrategias inconsistentes con la EM mientras esté aprendiéndola;
    - 3. Manejar la ansiedad del clínico ante el desempeño;
    - 4. Practicar lo que se predica como supervisor al supervisar de forma consistente con la EM;
    - 5. Considerar los estándares de competencia en EM;
    - 6. Además, discutir cómo los clínicos podrían necesitar ayuda para manejar las transiciones del “Sándwich de EM” cuando el clínico pasa del componente de avalúo inicial de EM a un centro más formal y estructurado de la entrevista y luego de regreso a la conclusión consistente con la EM.
  - B. Repase el formato sugerido para llevar a cabo una sesión de supervisión en EM. Destaque cómo las calificaciones de las cintas se usan principalmente como una fuente de retroalimentación objetiva y cómo el supervisor proporciona al clínico oportunidades para reaccionar a la retroalimentación y para usarla en el desarrollo de un plan de adiestramiento/supervisión.
  - C. Usando las calificaciones de las cintas por parte del grupo, determine con el grupo qué retroalimentación y sugerencias de instrucción podría dar un supervisor a un clínico.
  - D. Mantenga los puntos de supervisión simples o concisos. Es difícil aprender algo nuevo si hay que concentrar en demasiados puntos. El plan de adiestramiento que surja de cada una de las sesiones de supervisión debe proporcionar áreas claramente delineadas que abarquen las metas/objetivos guiadas(os) por el supervisor y definidas(os) por el clínico.
- XII. Conclusiones (15 minutos)
- A. Solicite comentarios o que hagan sus últimas preguntas.
  - B. Distribuya información de contacto para obtener apoyo por parte del “ATTC” al calificar cintas.
  - C. Solicite a los participantes que completen una evaluación del adiestramiento.

**Currículo de Adiestramiento**

**HOJA PARA REGISTRAR LA PRESENTACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LAS CINTAS**

Muestra de Cinta	Ítems Relevantes de la Calificación de la Cinta
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

## Currículo de Adiestramiento

### Muestras de las Cintas

1. ¿Qué le molesta de su uso de cocaína? (Ítems 2, 6 y 8) *Este ítem no es una pregunta abierta.*
2. Usted no se ha dado una oportunidad para experimentar cómo sería estar limpio y sobrio. ¿Cómo puede decir que se siente mal si no usa, si en realidad nunca lo ha intentado? (Ítems 2, 11 y 12)
3. Parecería que está tratando de decidir si deja de usar marihuana. Si decidiera que va a dejar de fumar, no será porque otra gente le está presionando para que lo haga. (Ítems 4 y 5)
4. La escucho y pienso que quizás quiera considerar ir a una reunión a ver qué tal. No tiene que comprometerse con nada. Simplemente vaya y cuando vuelva a verme, me comenta cómo le fue. (Ítem 14)
5. ¿Quién podría ayudarle a lograr estas metas? (Ítems 9 y 16)
6. Aprecio su honestidad conmigo y lo que es todavía más importante, cuán honesta está siendo consigo misma. (Ítem 3 y 4)
7. Me parece que algunas cosas para usted, las cosas están cada vez peor según pasa el tiempo. La cocaína está dominando casi todos los aspectos de su vida. Usted pensó que podía controlarlo, pero se ha dado cuenta de que no es así. (Ítem 13) *Nota: Esto podría ser un planteamiento reflexivo si estuviera basado en lo que el cliente ha dicho, a pesar de que la calidad de éste podría haber sido mejor si no se empezara con la frase: “Me parece que...”*
8. He oído decir eso mismo que acaba de decir a un montón de gente. No puede decirle cuántas veces terminan por volver sólo para darse cuenta de que estaban equivocados. (Ítem 12 y 15)
9. ¿Hábleme de su situación y de cómo terminó viniendo a tratamiento? (Ítems 2 y 10)
10. Así que relajarse y calmarse es su razón principal para beber, pero se está dando cuenta de que cuanto más bebe, más ansioso está al final. Usted está empezando a pensar que en lugar de que el alcohol esté extinguiendo el fuego, lo que está haciendo es echándole leña. (Ítems 4, 7 y 8)



# Juramento del Calificador de Cintas

Juro solemnemente  
calificar lo que escuche,  
aunque sea ilícito,  
siempre y cuando sea explícito.

No importa lo que el clínico haya hecho,  
yo le indicaré lo que haya hecho  
basándome en la que haya ocurrido,  
no en lo que quisiera haber oído.

Todos los ítems son una posibilidad,  
y luego al discernir con exclusividad,  
pondré como registro final mi marca  
tan confiable, firme y oscura.

Tomaré notas para justificar  
todas las calificaciones que pueda crear.

Cada vez que empiece a vacilar,  
usaré mi Guía para poderme salvar.

*SM*

**Iniciativa Conjunta de “NIDA/SAMHSA”**

**Entrevista Motivacional  
Agenda de Adiestramiento del Sistema de  
Calificación de Cintas para el Supervisor**

- 1) Introducción**
- 2) Importancia de la Supervisión de EM**
- 3) Confianza del Supervisor al Proporcionar Supervisión en EM**
- 4) Importancia del Sistema de Calificación de Cintas para el Supervisor**
- 5) Aspectos Administrativos de la Calificación de Cintas**
- 6) Guía del Supervisor para Calificar Cintas**
  - a) Visión General de las secciones y subdivisiones principales
  - b) Dos categorías de ítems
    - i) Ítems específicos de consistencia y competencia
      - (1) Guías de Calificación de Frecuencia y Extensión
      - (2) Ejemplos
      - (3) Guías para Calificar el Nivel de Destrezas
    - ii) Calificaciones generales de la motivación del cliente
  - c) Hoja de Trabajo para Calificar Cintas de EM y Formulario de Retroalimentación de Consistencia y Competencia del Supervisor
- 7) Etiqueta General para la Calificación de Cintas**
  - a) Guías Generales
  - b) Juramento del Calificador de Cintas
- 8) Sistema de Calificación**

## **Currículo de Adiestramiento**

- a) Repaso de Consistencia: subdivisión de Frecuencia y Extensión.
- b) Repaso de Competencia: subdivisión de Nivel de Destrezas.

### **9) Los Ítems Específicos de Calificación de Consistencia y Competencia para el Clínico**

- a) Repaso de los Ítems 1- 20.
- b) Repaso de los Ítems 21-22.
- c) Actividad: Presentación de la Calificación de Cintas.

### **10)Uniendo Todo: Calificando juntos una cinta completa**

### **11)Guías de Supervisión General**

### **12)Conclusiones**



## **Sección J**

### **Referencias**

## Section J: Referencias

# Referencias

- 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*. Vol 71(5), 862-878.
- Ball, S. A., Bachrach, K., DeCarlo, J., Farentinos, C., Keen, M., McSherry, T., Polcin, D., Snead, N., Sockriter, R., Wrigley, P., Zammarelli, L., & Carroll, K. M. (2002). Characteristics, beliefs, and practices of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 23(4):309-18
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.
- Carroll, K. M., Connors, G. J., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Donovan, D. M., Longabaugh, R. L., Kadden, R. M., Rounsaville, B. J., Wirtz, P. W., & Zweben, A. (1998). Internal validity of Project MATCH treatments: Discriminability and integrity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 290-303.
- Carroll, K.M., Farentinos, C., Ball, S.A., Crits-Christoph, P., Libby, B., Morgenstern, J., Obert, J.L., Polcin, D. & Woody, G.E., for the Clinical Trials Network (2002). MET meets the real world: Design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 73-80.
- Carroll, K. M., Nich, C., Sifry, R., Frankforter, T., Nuro, K. F., Ball, S. A., Fenton, L. R., & Rounsaville, B. J. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 225-238.
- 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.
- McLellan, T. A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The 5<sup>th</sup> edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9,199-213.
- Miller, W. R. (Ed.) (1999). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

## Section J: Referencias

- 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., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd ed)*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.
- 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, 6,1050-1062.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy* (1984). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors. In:Hersen, M.; Eisler, R.M.; and Miller, P.M., eds. *Progress in Behavior Modification* (1992). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company, pp. 184-214.
- Prochaska, J.O., Norcross, J., & DiClemente, C.C. *Changing for good* (1994). New York: William Morrow and Co.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455-474.
- Sholomskas, D., Syracuse, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: A randomized trial of three strategies for training clinicians in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1, 106-115.
- Web Site: [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org)  
Esta dirección electrónica es mantenida por Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center en cooperación con la Red de Adiestradores de Entrevista Motivacional, William R. Millar, Ph.D y Stephen Rollnick, Ph.D.