

ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO TÉCNICA DE TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADO

Trabajo final del máster propio en Prevención y tratamiento de las conductas
adictivas

Alumno: Pablo Ignacio Urrutia Verdugo

RESUMEN

La entrevista motivacional se refiere a un estilo comunicativo el cual es un enfoque de terapia breve para abordar y tratar la ambivalencia hacia el cambio, muy característica en las personas con comportamientos adictivos. En este trabajo se abordará este estilo relacional y comunicativo como una forma de resaltar los recursos del paciente, delimitando la labor del terapeuta en pro de su bienestar. Por último, mostrar una ficha clínica basada en este tipo de intervención que facilitará la comunicación entre profesionales durante el inicio de tratamiento de las adicciones.

INDICE:

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Marco teórico.....	5
Entrevista Motivacional.....	5
Alianza terapéutica.....	6
Variables de cambio dentro de la alianza terapéutica.....	8
Variables del paciente.....	9
Variables del terapeuta.....	9
Factores de cambio.....	11
Factor extra-terapéutico o factores del cliente.....	11
Factores relacionales.....	12
Esperanza y expectativa.....	12
Factor de modelo/técnica.....	14
Paciente y cliente.....	14
Etapas de cambio.....	15
Pre-contemplativa.....	15

Contemplativa.....	16
Preparación.....	16
Acción.....	17
Mantención.....	17
Bases de la Entrevista Motivacional.....	17
Motivación.....	17
Ambivalencia.....	18
Resistencia.....	19
Autoeficacia.....	20
La persona del terapeuta.....	21
Burnout	21
Autocuidado	23
Ficha clínica.....	25
Conclusiones.....	30
Referencias.....	31

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad responder a la Tesis del máster propio en prevención y tratamiento de las conductas adictivas. El tema escogido es la entrevista motivacional como una intervención inicial para la adherencia del tratamiento de adicciones. Se busca mostrar esta relación terapéutica como una forma de llevar el tratamiento poniendo la responsabilidad terapéutica y del paciente en su debido lugar, evitando así un desgaste en el tratante. Se busca mostrar la importancia de los recursos y capacidades del cliente (cómo ayudar al consultante o sistema consultante a que sean clientes, en vez de pacientes).

A lo largo de esta tesis se le dará un enfoque desde la psicoterapia estratégica y psicología, sin embargo, se verán temas de relevancia para toda expertiz y desde un punto de vista transteórico, por ejemplo: factores del cambio, etapas de cambio, captar la diferencia entre cliente y paciente, la persona del terapeuta y los principios comunes dentro de la psicoterapia. La utilidad que tendrá este trabajo radica principalmente en qué decisiones tomar al inicio de una psicoterapia, que el consultante logre adherencia, motivarlo a tratarse, percatarnos de reconocer y usar sus recursos, tener en cuenta que debemos informar para iniciar el tratamiento, reconocer en qué etapa de cambio se encuentra en un inicio, etc. Considerando a la entrevista motivacional y otros factores como la persona del terapeuta, recursos del paciente y tener un lenguaje en común entre los distintos profesionales, pueden ayudar sustancialmente a llevar un tratamiento integro que considere la salud y el cambio del paciente y el bienestar de los tratantes.

Una de las razones por la que elegí este tema como tesis final es porque muchas veces no sabemos delimitar hasta dónde llega nuestro rol como terapeutas en drogodependencias y cuando empieza la responsabilidad del paciente en cuanto a un cambio funcional y positivo. Muchas veces tendemos a sobre exigirnos sin saber hasta dónde podemos llegar, sin medir las consecuencias de nuestra labor como terapeutas y nuestro bienestar como seres humanos (Kopec & Rabinovich, 2013). Es por eso que esta tesis se enfoca en la forma de tratamiento como el de la entrevista motivacional, la que consiste en un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias (Castaño, Castro, Olaya & Velásquez, 2013). De esta manera, uno se convierte en un evocador de recursos, dándole mayor responsabilidad, poder de cambio, capacidad de ver un problema y

motivación al consultante que se tiene en frente. Y, por otra parte, se puede entender que, si el consultante recae, lo que es altamente probable (SENDA, 2014), la responsabilidad cae principalmente en el consultante, quien finalmente debe hacerse cargo de sus errores, repararlos y salir nuevamente adelante.

Por último, a modo práctico, se mostrará una ficha de entrevista inicial basada en el modelo de la entrevista motivacional y el consumo de sustancias que la diseñé con el fin de hacer más clara la información inicial y que a la vez haga más fácil la comunicación entre los distintos profesionales dedicados a la prevención y tratamiento de adicciones.

MARCO TEÓRICO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional se define como un estilo de comunicación colaborativo, orientado a metas, que presta atención particular al discurso de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso con una meta específica, por medio de la exploración de las propias razones para el cambio de la persona, dentro de una atmósfera de aceptación y compasión (Miller & Rollnick, 1995).

Este estilo comunicativo es un enfoque de terapia breve para abordar y tratar la ambivalencia hacia el cambio, muy característica en las personas con comportamientos adictivos. Es un enfoque congruente con el enfoque transteórico de Prochaska y

DiClemente y con los hallazgos acerca de los factores que dan cuenta de la eficacia en psicoterapia. Se lo ha aplicado en clientes con consumo problemático de sustancias, para fomentar la adherencia al tratamiento de usuarios con problemas de salud mental y trastorno crónicos de salud, y para la adopción de estilos de vida saludable (ejercicio físico, dieta balanceada, sexo seguro) (García & Schaefer, 2015).

Para entender los conceptos en los que se basa la Entrevista Motivacional es importante explicar en qué consiste la alianza terapéutica, etapas de cambio y factores del cambio:

Alianza terapéutica:

La alianza se refiere a la calidad y fuerza de la relación (de colaboración) entre cliente y terapeuta. Este concepto es exclusivo para los lazos afectivos positivos entre cliente y terapeuta, tales como la confianza mutua, agrado, respeto y preocupación. Alianza también incluye los aspectos más cognitivos de la relación terapéutica como consensos, compromiso activo respecto a algo, metas de la terapia y cuáles de ellas pueden ser logradas. Alianza involucra un sentimiento de compañerismo entre paciente y terapeuta, donde cada participante está activamente comprometido con apropiadas y específicas responsabilidades de la terapia. Es un aspecto consciente e intencional de la relación entre terapeuta y cliente. Es consciente en el sentido en que la calidad de la alianza es una posesión interna real de cada participante y es intencional en la medida en que es específica a un contexto, en el cual hay un terapeuta o ayudador que acepta responsabilidades por proporcionar asistencia psicológica al cliente o clientes (Bayebach, 2006).

Bordin (1994) reformuló el concepto de alianza teorizando que existen tres componentes: acuerdo en las tareas, acuerdo en los objetivos, y el vínculo. Para el autor, la calidad de la alianza es una función del grado de acuerdo entre terapeuta y paciente respecto de las tareas y objetivos del tratamiento, así como también la calidad del vínculo afectivo entre ellos. Estos tres componentes se influyen entre sí en forma continua. Por ejemplo, un acuerdo inicial sobre las tareas y objetivos tenderá a mejorar la calidad del vínculo. Por otro lado, cuando haya desacuerdos, la existencia de un vínculo adecuado facilitará la negociación de tareas y objetivos. Por esto, se sugiere que la responsividad y la habilidad para negociar intervenciones (flexibilidad para captar al paciente) se relacione con la alianza y los resultados (Norcross, 2002).

La relación terapéutica no es simétrica: las responsabilidades del terapeuta son diferentes a las del cliente y la experiencia fenomenológica de la relación, por parte del terapeuta, está contextualizada por su perspectiva teórica y experiencia clínica (Duncan, Hubble, Miller & Wampold, 2010).

Por parte del cliente, se consideran factores como experiencias anteriores, habilidades, capacidades, severidad del desorden del cliente en el subsiguiente desarrollo de la alianza. Estas variables se llevan a terapia y es ahí donde se debe establecer una alianza temprana, ya que ésta sería un buen predictor del resultado final de la terapia. El sentido de ser escuchado y entendido, de compartir propósitos y la colaboración activa por un enganche positivo con las actividades terapéuticas en sesión es fundamental para el cliente (Duncan, Hubble, Miller & Wampold, 2010).

El terapeuta, por su parte, contribuye a la alianza a través de (Duncan, Hubble, Miller & Wampold, 2010):

- Destrezas personales: capacidad para expresar sensibilidad a las necesidades del paciente, es una expresión de responsividad y de habilidad para generar sentido de esperanza.
- Destrezas de comunicación: habilidad de mantener la comunicación abierta y clara. Es el entendimiento y apreciación de la perspectiva fenomenológica del paciente. Una de ellas es la empatía, habilidad del terapeuta para colocarse a sí mismo en la posición del paciente, la cual está mediada por la sensibilidad a las preferencias del paciente y la tolerancia de las expresiones de su intimidad.

Es importante adelantarse a las capacidades interpersonales del cliente, ya que la evaluación de la alianza es diferente entre los diferentes pacientes (Norcross, 2002).

Como se puede ver la alianza es algo que se forma desde un primer contacto y es una relación en la que el terapeuta y consultante tienen responsabilidad. De esta manera, el paciente o cliente se irá haciendo cargo de sus objetivos propuestos en los cuáles el terapeuta debe ayudar a conseguir. Se puede afirmar que ambos son responsables de manera diferente.

1. Variables de cambio dentro de la alianza terapéutica

A continuación se plantearán las variables tanto del cliente como del terapeuta de las cuáles dependería el cambio. Es importante considerar esta relación terapeuta-

paciente y considerar los factores que entrega cada uno tanto para el avance de la terapia como a la misma resistencia. De esta manera podremos dilucidar en quién depende mayormente el avance o retroceso en un determinado momento del proceso terapéutico.

a. Variables del Paciente:

Diversos estudios han demostrado, que no sólo las actitudes y conductas de los terapeutas contribuyen a la construcción de la relación terapéutica. Por el contrario, se ha señalado, que las variables inespecíficas del paciente, también son un factor que influye en la alianza. (Hubble, M. Duncan y Miller, S. 2002)

Al referirnos a estas variables, se hace mención a las características individuales del paciente, las cuales pueden estar asociadas a factores sociodemográficos, junto con características de la personalidad. De igual modo, esta variable se puede relacionar con dos de los factores que influyen en el cambio terapéutico, propuestos por Michael J. Lambert. Por un lado, cabe mencionar el factor extra-terapéutico del cliente, y por el otro el factor de esperanza y expectativas del paciente (Santibáñez, P. 2001).

b. Variables del Terapeuta:

Se han estudiado diversas variables, entre las cuales se destaca la experiencia, actitud, personalidad y habilidades del terapeuta, que han mostrado relación con los resultados de la terapia, y que además influyen en la relación terapéutica. (Arredondo & Salinas, 2005)

Dentro de las habilidades que requiere un terapeuta para formar alianza, se necesita destreza para manejar la resistencia, especialmente en el tratamiento de adicciones. Desde el modelo estratégico, la resistencia es vista como un fenómeno relacional, el cual cambia según lo que haga o deje de hacer el terapeuta, por lo tanto, ésta nos da información la cual se utiliza a favor del cambio. Desde esta perspectiva Milton Erickson a partir de sus trabajos con la hipnosis, amplió el concepto de resistencia el cual incluye ciertas conductas del terapeuta para usar la resistencia, así nace la primera ley de Erickson que plantea “en la medida que el sujeto vaya a resistirse, el terapeuta debe alentarle a lo que haga” (De Shazer, 1996, p.33). Considerando esto, el terapeuta debe ser capaz de identificar y lidiar con la resistencia del cliente y con las expectativas que éste trae a terapia. Para esto el terapeuta debe mantener la calma interna, ser creativo y flexible, ser paciente y respetar y entender lo que la resistencia comunica (Beutler, L. y Harwood, T. 2000). Esto último se refiere a que no se debe reaccionar defensivamente ante la resistencia, sino tomarla como un indicador en cuanto a la relación que se está dando, junto con aquellos errores que podría estar realizando el terapeuta, los cuales de seguro obstaculizan el desarrollo de la terapia. Si un terapeuta es capaz de manejar e interpretar adecuadamente la resistencia, esto le ayudará a formar la alianza de trabajo. Por el contrario, si no tiene esta habilidad y actúa defensivamente ante ésta, se dará paso a un debilitamiento del vínculo y a un desacuerdo sobre las tareas y objetivos del tratamiento, contribuyendo así a la ruptura de la alianza (Santibáñez, P. 2001). De esta manera, se convierte en un aspecto clave de autocuidado y de autoconocimiento en el tratamiento de drogodependencias, ya que entenderemos cuál es el límite que no debemos sobrepasar, evitar exigirnos más para luchar contra esa resistencia y para que el consultante no aprenda a manipular las situaciones en base a la resistencia presente. Esto se puede dar de diversas formas: no querer dar la muestra de orina para un

test de dopaje, no seguir las indicaciones terapéuticas, estar distraído en terapias grupales, etc.

Factores del cambio

Otro aspecto a considerar son los factores de cambio que determinan el grado de importancia o de qué depende realmente el cambio en la terapia. Michael J. Lambert, profesor del departamento de Psicología en la Universidad Brigham Young, realizó diversos estudios con el fin de determinar una serie de factores necesarios para que una terapia sea eficaz. En 1992, identificó cuatro factores necesarios para poder producir el cambio en el cliente. (Hubble, M. et al., 2002).

- a- Factor extra-terapéutico o factores del cliente: Este factor es el más poderoso de los factores comunes en la terapia. Consiste en la fuerza del cliente, los elementos de apoyo en su ambiente e inclusive eventos de suerte. Es lo que el cliente trae a terapia y lo que influye en su vida cotidiana. Lambert (1992) estimó que este factor podría explicar el 40% del cambio en psicoterapia.

El terapeuta debe ser capaz de maximizar los recursos internos y fortalezas del cliente, entendiéndose por recursos aquellas herramientas que el cliente tiene para potenciar sus fortalezas (Hubble, M. et al., 2002). Una de las formas es tomar un rol evocador en el consultante, lo que permite fomentar la motivación intrínseca cuando es extraída desde las propias percepciones, metas y valores (Miller & Rollnick, 1999).

Se ha visto que generalmente los clientes que llegan a terapia son aquellos que han fallado en sus intentos por cambiar, ya que posiblemente no han sido capaces de

encontrar soluciones alternativas que ayuden al cambio. Es por esto que la terapia facilita de modo natural la curación del cliente. Esta visión se contrapone con la mayoría de la literatura en psicoterapia, la cual sitúa al terapeuta como un héroe, quien a través de sus técnicas e intervenciones, ayuda a sanar al cliente. (Hubble, M. et al., 2002). En este punto radica nuestra responsabilidad como terapeutas de ayudar a encontrar las soluciones que no ha encontrado o empezar a buscar por primera vez una vez que se vea el problema

b- Factores relacionales: Además de los factores propios del cliente, la percepción que tiene éste de la relación con el terapeuta, es la responsable de la mayoría de los resultados finales de la terapia. Este factor explicaría un 30% de los resultados del proceso terapéutico. La evaluación favorable de la alianza que hace el cliente es el mejor predictor de éxito, incluso es más predictivo que el diagnóstico, el enfoque, el terapeuta o cualquier otra cosa. Este concepto, alude a un amplio rango de variables relacionales entre cliente y terapeuta, sin importar la postura teórica de este último. (Hubble, M. et al., 2002).

c- Esperanza y expectativas: Este factor explicaría el 15% de los resultados de la terapia. Se refiere a la porción de mejoría que deriva del conocimiento del cliente de estar siendo tratado, la esperanza infundida, y cuan creíbles le parezcan sus explicaciones y técnicas. Estos efectos no derivan de ningún procedimiento específico, sino que provienen de las expectativas de esperanza que acompañan a la metodología. Se ha visto que las expectativas iniciales pueden ser confirmadas o desconfirmadas a lo largo de la terapia. En la medida que se vaya avanzando en la terapia de adicciones se irán pasando por distintas fases que en ellas mismas presentan distintos objetivos: fase de desintoxicación y acogida, deshabitación

psicológica, cambio del estilo de vida y búsqueda de nuevas metas de su conducta adictiva, programa de reducción de daños y fase de seguimiento. (Becoña & Oblitas, 2002). Esto, inevitablemente va a influir en los resultados finales del tratamiento y en la posibilidad de generar cambios. (Hubble, M. et al., 2002). Por ejemplo, si las expectativas iniciales se van cumpliendo, es probable que se vayan observando pequeños cambios, los cuales también deben ir siendo reforzados.

Para que una psicoterapia sea efectiva, es necesario que el cliente se comprometa activamente en el proceso. Las expectativas y preferencias del cliente deben ser tomadas en cuenta dentro del proceso terapéutico, ya que influyen en el cambio del paciente (Norcross, J. 2002). La motivación para el cambio es extraída desde el mismo cliente, no impuesta desde afuera. La entrevista motivacional se apoya en la identificación y la movilización de los valores y metas intrínsecas del cliente para estimular el cambio de comportamiento (Miller & Rollnick, 1999).

Las expectativas pueden estar en relación con los resultados de la terapia o en cuanto a la persona del terapeuta. Las preferencias pueden estar referidas a roles específicos, a un tipo particular de psicoterapia o a un terapeuta o a características específicas de él. Es importante destacar que las creencias que tiene el cliente en relación a la ayuda que le puede brindar la terapia, no es lo mismo que la motivación a la terapia, la cual puede incluir sus deseos de cambiar (Norcross, J. 2002). Son distintas las expectativas que se tienen a la terapia, institución o centro donde se trabaja que a las expectativas puestas en el terapeuta.

Por otra parte, se deben explorar las expectativas del cliente en cuanto a la duración del tratamiento. Por ejemplo, hay clientes que creen que un reducido número de sesiones serán suficientes para remediar su problema, ante lo cual el terapeuta debe

explicarle asertivamente al cliente, que probablemente se requiera de más tiempo de lo que él presupuesta, ya que es un proceso complicado (Norcross, J. 2002). En general, y lo que muestra la investigación en tratamiento de drogodependencias, la terapia puede tener una duración entre un año y dos, dependiendo del aprendizaje obtenido y asimilado (Becoña & Oblitas, 2002). También depende de que el cerebro y los otros órganos afectados por el consumo hayan logrado mayormente llegar a su punto de inicio luego de haber logrado la abstinencia(Andrés, Fuentealba, Gysling, Sotomayor-Zárate.

d- Factor de modelo/técnica: A este factor se le ha atribuido el 15% de mejoría en terapia. Alude a las creencias y procedimientos únicos para tratamientos específicos. (Hubble, M. et al., 2002).

Paciente y cliente

Cuando hablamos de paciente nos referimos a una persona que reside en la pasividad. En psicoterapia se relaciona a una persona que no ve un problema, no tiene motivación al cambio y no tiene poder o capacidad de cambio. Nuestro deber como terapeutas es “clientizar” al paciente, lo que significaría que pueda ver el problema, motivarlo al cambio y encontrar recursos que le permitan tener ese poder y capacidad de cambio. En algunos casos el sujeto no tendrá estas tres características, sin embargo, se puede contar con el sistema consultante que vendría siendo su red de apoyo: puede ser que el paciente adicto tenga la motivación al cambio, ver un problema, pero verse incapaz de cambiar. Es por eso que se cuenta con la red de apoyo quienes ayudarían a generar,

mediante un trabajo en conjunto con el sistema terapéutico, ese poder de cambio modificando ciertas conductas, acompañando al paciente para evitar ciertas juntas, lugares o situaciones que produzcan relaciones con la adicción. En este punto nuestro cliente sería el sistema consultante en su plenitud, es decir, consultante y la red de apoyo (Duncan, 2000).

Una vez que tenemos un cliente, éste se hace responsable de sus cambios y a su vez su motivación, percepción del problema y poder de cambio se van agudizando a lo largo del tiempo. De esta forma podremos prevenir recaídas más eficientemente e ir motivando al consultante a medida que pasa el tiempo y sus metas vayan cambiando: primero será la desintoxicación, luego generar consciencia de enfermedad, luego buscar reinserción en conjunto con prevención de recaídas, etc. Mientras más responsables logremos que sean los clientes, mayor consolidación habrá en el cambio (Becoña & Oblitas, 2002).

Etapas de cambio

Prochaska y DiClemente presentaron un modelo transteórico para explicar el cambio en distintos tipos de terapia, incluido el de conductas adictivas. Según ellos el proceso de cambio de los individuos pasa por una serie de etapas hasta alcanzar el abandono completo de la conducta problema sin recidivas (Moro, 2017).

1. Pre-contemplativa

En esta etapa las personas no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario. Generalmente esto se observa en pacientes traídos por familiares contra su voluntad o que consultan por otra razón y se les diagnostica un problema de dependencia de alcohol o drogas. En estos casos es importante asegurar una

mantención del contacto con el paciente, tratar en forma preocupada y empática al paciente, entregando una opinión médica y profesional de los riesgos que enfrenta (intervención mínima). También debe ofrecerse la posibilidad de volver a conversar sobre el problema en una próxima consulta o tratar de establecer el compromiso de ayudarlo a evaluar qué está pasando, ya que su familia que lo trajo a tratamiento.

2. Etapa contemplativa

En ocasiones, eventos vitales como muerte de un familiar, riesgo de pérdida del trabajo o coerción por parte de un empleador, pareja o familiar inician la motivación al cambio. Si bien los pacientes contemplan la necesidad del cambio y puede que aún se digan a sí mismos "debería dejar de fumar..." "debería disminuir lo que tomo...", aún no han hecho nada objetivo al respecto. Estos pacientes pueden ser ayudados a modificar o aumentar su motivación por el cambio intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica desde las primeras sesiones. Hay consciencia de un problema, pero no está la motivación necesaria o herramientas para poder realizar un cambio de manera exitosa. En este momento es clave trabajar con la entrevista motivacional, ya que lo que destaca esta etapa es la ambivalencia en el paciente entre cambiar y no cambiar.

3. Preparación

Mientras los clientes pasan de la contemplación a realmente implementar el cambio en sus vidas, están en una etapa intermedia en la cual aumentan su compromiso con el cambio al explorar, aclarar y resolver su ambivalencia y tomando la decisión de actuar. En la preparación las metas son que el cliente verbalice el compromiso de cambio, ayudar a elegir la mejor estrategia y desarrollar un plan de actuación conjunto.

4. Acción

La acción es la fase en la cual las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida. Debido a que la acción es observable, a menudo los cambios conductuales han sido igualados con la fase de acción se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio. Su duración es de 6 meses aproximadamente.

5. Mantención

En la fase de mantención, las personas están trabajando para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como lo hace con frecuencia las personas en la fase de acción. Están menos tentados a las recaídas y se confían más en que pueden continuar con el cambio. Basado en los reportes de autoeficacia y tentación experimentada, se ha estimado que la fase de mantención dura entre 6 meses a 5 años.

Bases de la Entrevista motivacional

1. Motivación:

Se refiere a la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar que puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Ese estado puede verse influido por múltiples factores, por ejemplo (Moro, 2017): el cambio de una fase de tratamiento, término de una relación, comienzo de una relación, matrimonio, cambio de casa, nuevo empleo, etc. El terapeuta debe aumentar la probabilidad de que el paciente siga

unas orientaciones concretas cuyo objetivo es el cambio (Miller & Rollnick, 1991, citado en Moro 2017).

2. Ambivalencia:

La ambivalencia se formula como la coexistencia de motivos a favor y en contra del cambio. Es un estado de la mente en que la persona tiene sentimientos conflictivos simultáneos con respecto a algo (Moro, 2017).

En la etapa de contemplación las personas comienzan a dudar respecto a su comportamiento, sopesando los pros y contra del problema y la solución. Reconocen que tienen un problema y comienzan a considerar seriamente resolverlo, aunque aún no se comprometen a pasar a la acción (Miller & Rollnick, 1999).

Esta fase se caracteriza por una fuerte ambivalencia a la hora de equilibrar esos pros y contra, dejando muchas veces a las personas inmovilizadas en esta fase durante años (Prochaska, 1999). Las personas manifiestan una motivación fluctuante, de querer cambiar y a la vez querer permanecer igual. Es por eso que muchas veces uno se puede encontrar con casos que han fracasado numerosas veces antes de solucionar su adicción de manera firme y clara.

De este modo, Miller y Rollnick (1999) proponen un enfoque completamente diferente para comprender y trabajar con la ambivalencia. Este conflicto es considerado como normal, aceptable y comprensible, visión que disminuye los problemas de comunicación y las luchas de poder, así como también las resistencias frente al cambio. Para el cliente ambivalente, el hecho de vislumbrar la acción que conllevaría un cambio le

produce un fuerte temor al fracaso, pues ese cambio significa enfrentar un sacrificio con el cual no se siente cómodo, así como la amenaza a la propia identidad (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

Un soporte importante para llevar a cabo el proceso de la ambivalencia son las relaciones de ayuda durante la fase contemplativa. El contemplador valora de manera significativa que otro lo comprenda y que es capaz de ponerse en su lugar. De esta manera, puede normalizar sus sentimientos de ambivalencia entendiendo que ello no implica quedarse estancado, y pudiendo avanzar a la etapa de acción a pesar de las dudas. Por otro lado, el contemplador requiere de relaciones de ayuda cálidas, con una actitud de aceptación y preocupación.

Finalmente, un contemplador se puede beneficiar de los otros solicitándoles ayuda en su búsqueda de más información, toma de conciencia de los antecedentes y consecuentes del problema y auto-motivación, siendo especialmente importante contar con aquellos seres queridos más cercanos, para así sentirse más cómodo de compartir sus experiencias personales (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

Dentro de los aspectos que uno se puede encontrar en la ambivalencia son:

A. Resistencia:

La resistencia ocurre cuando la libertad, la auto imagen, la seguridad, la integridad psicológica, o el poder se ven amenazados. Dicha resistencia en una relación interpersonal indica que un paciente está tratando de evitar o de reestablecer estas pérdidas amenazadas. Las variaciones en los comportamientos resistentes de un paciente son el resultado de

fortalecer los rasgos y las reacciones inducidas por la situación. Los rasgos resistentes son expresados como disposiciones estables, a través de distintas situaciones que ordenan a los pacientes a lo largo de una dimensión que va desde vulnerabilidad hasta amenaza. Los estados resistentes, por otro lado, son una función de las limitaciones o restricciones impuestas por el entorno terapéutico mismo (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002). Según este modelo, las resistencias no son concebidas como dificultades añadidas al curso de la terapia o bloqueos, sino como parte del paciente de su nivel motivacional y actitud hacia el cambio (Moro, 2017).

B. Autoeficacia:

Hace referencia a la creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica. En tal caso, el objetivo es el de convencer al paciente de que puede introducir un cambio exitoso en un área determinada de su vida. Es el cliente, y no el terapeuta, el responsable de elegir y hacer realidad el cambio de comportamiento. Cuando el terapeuta cree en la habilidad de la persona para cambiar, el cambio se convierte en una profecía que se cumple a sí misma (Miller & Rollnick, 1999).

Diversas investigaciones han hallado una relación entre las evaluaciones de la eficacia y el mantenimiento con éxito del abandono del tabaquismo y del alcoholismo. Los pre-contempladores son los pacientes que refieren los niveles más bajos de eficacia, y los mantenedores los más altos (Santibáñez, P. 2001). Si bien el terapeuta es un gran impulsor en el cambio de etapa, en la búsqueda de resolver la ambivalencia o de generar un conflicto, debemos saber que en cierto punto debemos ir más lento o aclarar nuestras expectativas frente al cambio del cliente. Puede haber casos en los que buscaremos ir más rápido que el

consultante por creer que significaría un mayor avance en su tratamiento, pero al final todo radica en el ritmo, expectativas, capacidades y posibilidades del consultante. En ocasiones esperaremos acabar con el consumo en pacientes que no pueden dejar de usar drogas, eso podría frustrar tanto al terapeuta como al consultante, llevándolo a un estrés laboral y sensación de incompetencia en su labor.

LA PERSONA DEL TERAPEUTA

En esta parte de la tesis me he querido enfocar en un aspecto que considero tremendamente relevante en nuestra profesión como tratantes de las drogodependencias: nosotros mismos. Es de suma importancia y nuestra responsabilidad hacernos cargo de nuestra salud, de nuestros límites, de nuestro bienestar y de nuestra persona como terapeuta. Quiero enfocarme en nuestro autocuidado y estar atentos antes de llegar al burnout.

Burnout

La palabra burnout viene de “quemarse en el trabajo”, en términos generales, es un padecimiento que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido (Daskal, 2017).

En la actualidad se define como una reacción negativa, con sensaciones de estar exhaustos emocionalmente, con vivencias de despersonalización y de falta de sentido de realización personal relacionadas con el trabajo, afectando directamente el desarrollo profesional y personal de quienes lo padecen (Daskal, 2017). Esto puede ser fácil de lograrse en este tipo de tratamientos, ya que el paciente o cliente que tenemos en frente se relaciona en la vida bajo 3 premisas: mentira, manipulación y autoengaño. En ocasiones

puede ser fácil de caer en sus intenciones, lo que nos hace el trabajo más difícil, cometer errores y a veces sentirnos culpables de situaciones en las que no tenemos un alto grado de responsabilidad (Amendáriz & Schilkrut, 2004).

Como terapeutas en el ámbito de las drogodependencias tenemos que tener muy en cuenta este fenómeno, ya que se aplica particularmente a aquellas profesiones que trabajan en el cuidado y atención de personas, como, por ejemplo, enfermeras, psicólogos, profesores, médicos o trabajadores sociales.

Para no llegar a vivir este fenómeno debemos considerar aspectos de la entrevista motivacional. Entender los límites entre hasta dónde llega el terapeuta y hasta dónde llega el cliente, aprender a limitar nuestro rol para que el consultante pueda aflorar sus recursos y capacidades, y en algunos casos, saber que las recaídas van a suceder y no significan un fracaso para el terapeuta y para el paciente. Podemos aprender que la ambivalencia es algo esperable y normal; la motivación vive en conflicto, es fluctuante y contradictoria; la ambivalencia es el núcleo del problema y en algunos casos puede presentarse hasta el fin del tratamiento (hay pacientes que constantemente presentan deseos de consumo); y sobre todo entender que los pacientes quieren y no quieren cambiar (Miller & Rollnick, 1999). El tratamiento y prevención de las drogodependencias es una situación laboral de alta exigencia y el burnout se da en esas situaciones. Muchas veces se da de manera inconsciente, ya que es percibido como un hábito “naturalizado” por los contextos, por sentir que a todo el mundo le pasa o por tener temor a que si no se responde a esos niveles de exigencia se va a perder el trabajo (Daskal, 2017).

Para considerar este tema nos podremos encontrar con distintos síntomas para tener en cuenta (Daskal, 2017):

- Síntomas cognitivos: las personas se vuelven intolerantes, rígidas, inflexibles o cerradas en su forma de pensar y ver el mundo. Pueden aparecer dudas, olvidos e ideas de culpabilidad.
- Afectivos: puede verse abatimiento, miedo, vacío emocional y enfado, marcado aburrimiento y desinterés.
- Conductuales: suele haber un declive en la productividad, distracción y pueden aparecer reacciones agresivas. Es posible que discutan, se quejen y también aumenta la probabilidad de sufrir accidentes. Algunos aumentan el consumo de alimentos, café alcohol o drogas.
- Físicos: agotamiento físico, fatiga crónica, aumento de las enfermedades en general, gripes a repetición, alteraciones del apetito, contracturas musculares, cefaleas, hipertensión arterial, disfunciones sexuales, insomnio. Pueden aumentar los trastornos gastrointestinales y sufrir alteraciones significativas en el peso.
- Relacionales: Aparecen dificultades en la comunicación y tendencia al aislamiento. En general, suele haber un aumento de los conflictos interpersonales con frecuentes discusiones, peleas e irritabilidad.

Autocuidado

El autocuidado se refiere a aquellas actividades que realizan los sujetos, familias, comunidades, con el propósito de promover salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario. Puede comprenderse como un conjunto de

estrategias de afrontamiento que pueden utilizar los sujetos propiciando y fortaleciendo su bienestar integral, para prevenir el burnout. Es así también la contribución personal y continua del sujeto a su propia salud y bienestar, incluyendo la participación de la familia u otros es vital, existiendo un vínculo entre la persona y su medio ambiente, cultura, valores y creencias. En este marco, las acciones son ejecutadas en beneficio del individuo y de quienes son cercanos a esta, donde es fundamental reconocer las propias limitaciones como también el saber cuándo solicitar ayuda.

La importancia de la intersección de la práctica clínica y la vida personal del terapeuta parece cada vez más evidente. Desde una visión humanista, todos los profesionales tenemos la necesidad de conseguir un equilibrio entre nuestra vida profesional y la personal (que incluye nuestras dimensiones social, física, mental y espiritual), un equilibrio que permita ser efectivos sin destruirnos y reconciliar nuestra vida con nuestra profesión (Hirsch, 2012).

Tomando en cuenta la forma de relacionarse de un paciente adicto (manipulación, mentira y autoengaño) se hace más evidente la importancia de cuidar nuestra persona profesional e íntegra. Cuanto más consciente sea el terapeuta de los entrecruzamientos que presenta su persona con sus pacientes, mayor habilidad tendrá en su rol. En toda relación terapéutica ocurren consonancias y disonancias en los sistemas de creencia entre terapeuta y paciente, y su balance equilibrado permite que el proceso de cambio en psicoterapia ocurra (Baringoltz, 2005).

Dentro de las estrategias de autocuidado para evitar caer en el burnout podemos encontrar (Hirsch, 2012):

- Trabajar activamente en la adquisición de la técnica de trabajo.

- Mejorar el ámbito de trabajo.
- Hacer terapia personal.
- Incorporarse a un grupo de supervisión.
- Participar activamente en actividades sociales.
- Definir límites muy claros entre la vida personal y laboral.
- Diversificar el trabajo (evitar trabajar solamente en drogodependencias, buscar algo que requiera de otra visión y técnica: trabajar en escuelas, universidades, consulta propia, etc.)
- Evitar sobrecargarse de pacientes difíciles
- Evitar el trabajo solitario
- Usar el sentido del humor en el trabajo (el humor permite disociarse por un momento de una situación difícil y mantener el equilibrio emocional en la sesión).
- Minimizar el trabajo administrativo.
- Combinar el talento propio con hobbies en el trabajo.
- Mejorar nutrición e hidratación.
- Cuidar el sueño.
- Realizar actividad física.

FICHA CLÍNICA

A continuación, propongo una ficha clínica que puede ayudar en una primera entrevista con un paciente que consulta por drogodependencias. La idea de esto es que sea entendido por distintos profesionales de la salud para saber cómo tratar al consultante, tener una primera impresión sobre la gravedad de su trastorno, rodar con la resistencia y conocer

el grado de motivación del paciente. Se irá punto por punto explicando o marcando la relevancia que tiene para entender mejor al consultante.

1. Identificación del paciente

Nombre :			
Edad :		Teléfonos :	
Estudios :		Ocupación :	
Estado civil :			
Con quién vive			
Nombre	Relación	Edad	Ocupación
Hijos :			
2. Derivación			
3. Quién fue citado			
4. Quién asiste			
5. Queja (palabras del <u>paciente</u>)			
6. Porqué consulta ahora – gatillante (ejemplo)			

En este punto nos sirve saber la identificación de consultante como un primer acercamiento a sus recursos básicos: red de apoyo, profesión, cómo se refiere a sí mismo y quienes lo acompañan, etc.

2) Historia y circunstancia actual del problema (quién hace qué y cómo es un problema)

Dónde	Cuándo	Cómo	Con quién
-------	--------	------	-----------

Que hace o deja de hacer por este problema (tanto consultante como paciente identificado)

--

En este punto se puede ver si para el consultante existe verdaderamente un problema o no. Se ve para quién causa conflicto la situación que actualmente lo trae a consultar. Esto nos permite determinar si el paciente se encuentra en una etapa pre-contemplativa, contemplativa u otra.

3) Soluciones intentadas

Por el paciente	
Exitosas	No Exitosas
Por los demás	
Exitosas	No Exitosas

Este punto nos puede dejar claro cuál es el nivel de motivación del paciente y qué ha intentado por resolver su problema de consumo y de qué manera su red de apoyo le da el sustento necesario para salir adelante. Además sirve como estrategia terapéutica sobre qué soluciones seguir intentando y amplificando y cuáles dejar de hacer.

4) Consumo:

Sustancia	Edad de inicio	Último consumo	Tipo	Cantidades	Frecuencia
Tabaco					
Alcohol					
THC					
CC					
PBC					
BZO					
AMP					
Alucinógenos					
MOP					
Conductual					
Otros					

Este cuadro nos ayuda a ver el grado de consumo y gravedad presente en el paciente. Se puede observar el tiempo que lleva en consumo, si ha dejado de consumir, cómo lo consume, la cantidad y frecuencia.

5) Antecedentes

Tratamientos Actuales (de cualquier tipo que se consideren pertinentes)
Anteriores (qué sirvió, qué no sirvió)
Historia médica y psiquiátrica
Antecedentes judiciales

Este punto nos permite ver qué es lo que le ha servido al consultante y qué percibe que no. De esta manera podemos tener una primera visión sobre las resistencias del paciente y con qué aspectos de su persona podemos trabajar. A su vez se puede observar si presenta otro trastorno y si su consumo le ha llevado a tener problemas con la ley.

de resistencia, motivación, síntomas, gravedad, etc. Así se evitaría el burnout, sería una forma de cuidarse y de tener los límites claros desde un principio.

Conclusiones

A modo de conclusión quiero recalcar que la labor del terapeuta debe estar delimitada, tanto por cuidado propio como para que el consultante logre resaltar sus propios recursos: pasando de paciente a cliente, resolver la ambivalencia o generar consciencia de enfermedad. En el tratamiento de las drogodependencias mantener estos límites serían una muy buena base de inicio y durante su desarrollo, ya que nos enfrentamos a un paciente que antes de consultar siempre ha transgredido todo tipo de límites, su forma de moverse en el mundo es así e intentará, ya sea de manera consciente o inconsciente, transgredirlos con los terapeutas.

En este trabajo se expuso cuáles son los deberes como terapeutas y cuánto influimos en el cambio. Si bien, la mayor parte del cambio depende del consultante y de los recursos externos o internos que éste traiga, es nuestra función hacérselo ver. Debemos ser capaces de hacer que vea y utilice sus recursos, disminuir el poder y potencial de sus falencias, y motivarlo a un cambio integral en dirección opuesta al consumo de sustancias.

Existen ocasiones que puede ser frustrante para el consultante como para el terapeuta (recaídas constantes, ambivalencia permanente, manipulación, mentiras, autoengaño, etc.) y debemos entender que eso es parte del proceso terapéutico de las adicciones. En este punto radica la importancia de deber monitorearnos, reformular nuestras expectativas como tratantes y sobre el consultante que tenemos en frente. En esa

instancia debemos tener claros nuestros límites, trabajar el autocuidado y evitar llegar al burnout por una sobre exigencia autoimpuesta para resolver un problema en el tratamiento.

Otro punto que se abarcó en este trabajo fue el de desarrollar una ficha clínica basada en la entrevista motivacional y la psicoterapia estratégica breve. El fin de esta ficha es crear pautas desde un inicio. Entender la gravedad de un tratamiento permite tener claro cuáles pueden ser las directrices por seguir, mantener nuestras expectativas reales (según la gravedad, frecuencia y cantidad del consumo), saber con qué recursos cuenta el paciente, ver el grado de motivación que trae y saber en qué etapa de cambio se encuentra la persona. Teniendo esta información se puede hacer más fácil la comunicación entre los mismos profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias. Esta facilitación de comunicación puede ayudar a entenderse más rápidamente, distribuir las funciones de manera clara, teniendo en cuenta los límites propios y generando mayor autocuidado en los tratantes.

REFERENCIAS:

- Armendáriz, M. & Schilkrut, R. (2004). *Drogas y alcohol: la enfermedad de los sentimientos*. Chile: Aguilar.
- Arredondo, M y Salinas, P. (2005). *Alianza Terapéutica en psicoterapia. Concepción e importancia atribuida por psicoterapias con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile*. Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga.

- Baringoltz, S. (2005). *Integración de aportes cognitivos en psicoterapia*. Buenos Aires: Lumiere.
- Bayebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder: Barcelona.
- Beutler, L., Moleiro C., Talebi, H. (s/f). Cap. 7 *Resistance*. En Morcross, J (2002) *Psychotherapy Relationships That Work*.
- Becoña, E.&Oblitas, L. (2002) *Adicciones y Salud*. Psicología Científica. [Fecha de consulta: 8 de noviembre de 2017] disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud/>
- Castaño, G., Castro, S., Olaya, A. & Velásquez, E. (2013). *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención*. Medellín: CIB Fondo Editorial.
- Castronovo, M. & Hirsch, H. (2014). *La búsqueda y el uso de los recursos del consultante en la terapia estratégica: un esquema preliminar*.
- Daskal, A. (2017). *La persona del terapeuta*. Chile: Ediciones UC.
- Duncan, B & Sparks, J. (2000). Cap. 2 *The Client's Theory of Change*. *Heroic Clients and Heroic Agencies: Partners for Change* (pp.10-25).
- Duncan, B., Miller, S., Wampold. & Hubble, M. (2010). *The heart and soul of change*. (Segunda edición) Washington: APA. Cap. 4: *The therapeutic relationship*.
- García, F. & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve: aportes desde la terapia sistémica*. Chile: Mediterráneo.
- Hirsch, P. (2012). *Arte y oficio del psicoterapeuta: estrategias para su autodesarrollo y cuidado*. Argentina: Psicolibro ediciones.
- Hubble, M. Duncan, B y Miller, S. (2002). Cap 5: *The therapeutic relationship*. *The Heart y Soul of change. What works in Therapy*. (pag 135 – 143, 148 – 159).

Publicado por American Psychological Association (APA). Estados Unidos, Washington.

- Kopec, D.& Rabinovich, J. (Comp.) (2013). *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Ed. Dunken: Buenos Aires.
- Kleinke, Ch. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. España: DDB
- Miller, W. Rollnick, S. (1995). *La Entrevista Motivacional, Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós: Barcelona.
- Moro, J. (2017). *Diagnóstico y tratamiento: entrevista motivacional*. Valencia: Fundació Universitat empresa
- Norcross, J. (2002). Cap 3, 5, 18 . *Psychotherapy Relationship That Work*. (pág. 39– 41; 54-55). Publicaciones Oxford University Press. Estados Unidos, New York.
- Santibáñez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.
- SENDA. (2014). *Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. Santiago, Chile: SENDA

Profesor de la Universidad de los Andes (Chile) del Seminario de Abuso de Drogas