ÁREA CLÍNICA

La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotin-tabáquica

Motivation interview. The clue to the process of changing smoking dependence

FUENTES-PILA J.M., CALATAYUD P., LÓPEZ E. Y CASTAÑEDA B.

Instituto Cántabro de Conductas Adictivas. Santander. España.

RESUMEN: ***Objetivo:*** **Conocer la posibilidad de sistematización de la entrevista motivacional en el contexto del abordaje clínico de la dependencia nicotin-tabáquica, con la finalidad de ampliar el foco de la intervención, centrado en el cliente.**

Material y métodos: **Se aplicó la entrevista motivacional dirigida a los intereses del cliente con el objeto de establecer un espacio reflexivo, deconstructor de mitos y activador de expectativas de cambio. El número de pacientes a estudio fue de 135. Se estudió la integración en programa multicomponente, después de 24-72 h de sedimentación de la información en el marco de un centro especializado en adicciones.**

Resultados: **El 85,40% de las personas aceptaron la inclusión en el programa de cesación tabáquica, y verbalizaron un alto grado de motivación respecto a su estado basal previo a la entrevista motivacional.**

Conclusiones: **La entrevista motivacional, adaptada a la dependencia nicotin-tabáquica, parece ser una herramienta semiestructurada que favorece la disminución de la urgencia por comenzar el programa. Disminuye la ansiedad, así como la percepción del conflicto frente al síndrome de abstinencia proyectado o experimentado. Aumenta la motivación positiva y disminuye la incertidumbre como elemento de máximo estrés frente a la decisión de paso al acto.**

Correspondencia:

J.M. FUENTES-PILA
Instituto Cántabro de Conductas Adictivas
Arrabal, 25. 39003 Santander. España
E-mail: jmfarmacia@sistelcom.com

PALABRAS CLAVE: Entrevista motivacional. Dependencia nicotin-tabáquica. Tabaquismo, proceso de cambio.

ABSTRACT: ***Objectives:*** **To assess the possibility to systematize the motivation interview in the context of clinical approach to the nicotine-smoking dependence in order to focus on the patient.**

Material and methods: **The motivation interview is applied when it addresses the patient's interests so that to organize a reflexive area/period, which destroys myths and activates expectations of change. Number of patients to study: 135. The integration in the multi-component programme is studied, after 24-72 hours of informational sedimentation at the Specialized Addictive Centre.**

Results: **85,40% of people accepted the inclusion in the stop smoking programme showing a large amount of motivation with regard to their estate previous to the motivation interview.**

Conclusions: **Motivation interview adapted to the nicotine-smoking dependence seems to be a semi-structured tool which favours a decrease in the urgency to begin the programme. It decreases anxiety as well as perception of conflict as opposed to the withdrawal symptoms which have been projected or experienced. It increases the positive motivation and decreases incertitude as a maximum stressful element as opposite to taking the final step.**

KEY WORDS: Motivation interview. Nicotine-smoking dependence. Smoking, process of change.

El hábito no hace al monje. Sin embargo, cuando de fumar se trata, el hábito aparentemente de lana, cómodo y holgado, se convierte poco a poco en una armadura de hierro que se adhiere a la piel oxidándose sobre ella, que atenaza la voluntad, que exige movimientos controlados y predeterminados que permitan seguir con la andadura del consumo. Y el monje, con fe ciega, seguirá pensando que cualquier día podrá retirar su indumentaria, liberarse del daño, o bien, ante la imposibilidad, aceptará su destino como le enseñaron que debía hacer, sufriendo en su celda mientras fantasea con la posibilidad de encontrar su felicidad entre oraciones que le den la suficiente fuerza para liberarse de su hábito, traje carcelario en el que un día se convirtió mientras cuidaba con ternura a dementes, enfermos para él, alcohólicos, heroinómanos y demás seres sufrientes como consecuencia de las enfermedades del espíritu.

Morirá presa de su traje de hierro, aceptando con resignación el dolor opresor sobre sus piernas gangrenadas, su pecho encharcado por la presión de la coraza, su corazón agónico golpeando sin fuerzas el frío metal. Su mente se desvanece y su último suspiro es una exhalación de humo, lenta y prolongada, un adiós que le deja sin respuesta a una pregunta que muchas veces se ha hecho... ¿Por qué?

Fuentes-Pila J.M.
Programa Piloto «Escuelas libres de humo».
ICCA. IES José M.ª de Pereda.
Santander, 2002.
Inédito

Los fumadores relatan muchas diferencias respecto a su percepción de efectos. En unos casos hablan de relajación, en otros de placer, de necesidad de consumo relacionada con la concentración, de promoción del acto creativo a través del tabaco, de disminución de estrés. Cada fumador necesita configurar un determinado tipo de efecto asociado a su consumo. De no ser así, quedaría al descubierto la única realidad aparentemente objetiva: la necesidad de fumar entre 20-80 cigarrillos al día, para mantener niveles cognitivos y conductuales de normalidad en cuanto a funcionamiento personal. Si el sujeto fuma se encuentra «normal». Si no fuma, se encuentra bajo una situación abstinencial autolimitante. El fumador queda sometido a un proceso de constantes «micro-síndromes abstinenciales» que le obligan a fumar en las más variadas situaciones, integrando progresivamente un discurso intelectual, interno, emocional, de su propia relación con el tabaco. El fumador debe «inventarse el efecto», aquel que se adapte mejor a su manera de fumar.

Reflexión sobre la relatividad del efecto del tabaco.
Documento perteneciente a protocolo ICCA
sobre práctica clínica.

Dependencia nicotin-tabáquica

La dependencia nicotin-tabáquica sigue un curso evolutivo en su relación disfuncional con los usuarios, diferente al del resto de las drogodependencias. La integración de la droga en la vida del fumador se produce a edades tempranas con una elevada probabilidad de generar un cuadro adictivo que se traduce en un acompañamiento de extraordinaria estrechez relacional a lo largo de la vida del sujeto.

Resulta extraño para un clínico, un terapeuta, un experto en drogodependencias, un médico de atención primaria o un enfermero, aceptar determinadas conductas como hábitos. Inyectarse heroína 4-5 veces al día, esnifar 2 g de cocaína cada jornada o ingerir 2 l de alcohol destilado desde cada mañana a cada noche, son conductas representadas por el sistema sanitario como disfuncionales, más allá del daño orgánico que puedan producir. El énfasis del tratamiento se pone en la relación disfuncional entre el sujeto y la sustancia. Algo que no queda claro en la dependencia nicotín-tabáquica, en su entendimiento y su abordaje. El sistema sanitario, se ha hecho eco de la situación de extrema gravedad que está generando la epidemia tabáquica en nuestro país y ha decidido intervenir de manera masiva. Los 55.000 fallecimientos de cada año por causa del tabaco[1], son un motivo de suficiente peso. Sin embargo, la amalgama de intervenciones que llegan desde los diferentes dispositivos asistenciales parece tener como objetivo cumplir con los planteamientos políticos de control de tabaquismo, y genera espirales de intervenciones en diferentes áreas, desde una posición de verticalidad en la relación clínico-paciente.

El sistema sanitario vuelve a atrincherarse en espera de la enfermedad, y busca soluciones farmacológicas a dificultades que en muchos casos no están relacionadas con la patología orgánica aunque tengan expresión sintomática física. Este es el caso de las adicciones, y más concretamente de la dependencia nicotin-tabáquica.

Motivación y modelo transteórico de cambio

La motivación es un proceso de luces y sombras en las expectativas de las personas respecto a su evolución en el ciclo vital. Es en la etapa de pubertad y adolescencia, en la que se configura la identidad del Yo, así como en la que se produce la confusión del rol ante su propio contexto[2]. Y es en esta etapa en la que se produce el contacto con el tabaco, en un contexto de grupo de pares, de identidad grupal, así como de cuestionamiento de la norma. En este sentido, la motivación es parte inherente, cambiante, activadora o paralizante en el trasiego por las diferentes etapas del ciclo vital. Esto hace pensar que la motivación y el cambio personal están íntimamente relacionados.

Cambio natural

Las personas cambian. Cambian dependiendo de expectativas, de deseos, de necesidades. El cambio es un proceso, no se puede entender como un resultado[3,4], o bien como un *continuum* de resultados en constante cambio. Los cambios se producen en el contexto natural, en todas las personas, en relación con un gran número de actitudes y comportamientos, sin intervención profesional. La motivación favorece el espacio reflexivo en la toma de decisiones, algo que también se produce respecto a comportamientos positivos relacionados con el consumo de drogas[5-7]. Un estudio clásico nos ilustra sobre la evolución del consumo de heroína contextual entre los veteranos de guerra de Vietnam[8] y del proceso de recuperación natural, una vez de vuelta a sus ciudades de origen. A pesar de que un número de soldados se volvieron adictos a la heroína durante su período de servicio, sólo un 5% continuó con su dependencia al año de su regreso y sólo un 12% volvió a utilizar la heroína durante los 3 años siguientes.

Génesis del proceso de cambio

Los clínicos manejan el modelo transteórico de cambio[9-12] con el objeto de conocer mejor las motivaciones para el cambio en su relación con la sustancia adictiva. El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia dinámica de estadios, como un viaje por estaciones, en el que las personas progresan al considerar, aceptar, iniciar y mantener conductas nuevas, desde espacios reflexivos en los que la motivación aparece con mayor o menor brillo como activadora o enlentecedora de la progresión hacia el cambio. El marco conceptual surge después de analizar a fondo 18 teorías psicológicas de comportamiento acerca de cómo se produce el cambio. El modelo no nace de un mero análisis de los movimientos actitudinales y de conducta de las personas adictas en escenarios de terapia. El patrón comportamental evolutivo se aplicó también a individuos que modificaron sus comportamientos relacionados con la alimentación, el ejercicio físico, la crianza de los hijos y resolución de crisis de pareja, en ausencia de intervención profesional. Y pudieron inferirse importantes semejanzas que llevaron a los investigadores a la descripción del cambio tal y como hoy lo conocemos. Observaron que las personas «pasaban de estar inconscientes o reacias por hacer algo sobre el problema, a considerar la posibilidad del cambio, luego estaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían o conservaban ese cambio con el paso del tiempo»[9] (fig. 1).

¿Qué es la motivación?

La aplicación sistemática del modelo transteórico de cambio es útil para la identificación temporal del sujeto en su experiencia adictiva, en posible tránsito hacia la exploración de la abstinencia[10-12]. Este hecho es especialmente trascendental en el caso de la dependencia nicotin-tabáquica. El proceso reflexivo motivacional puede ser más sesgado que para drogas ilegales como

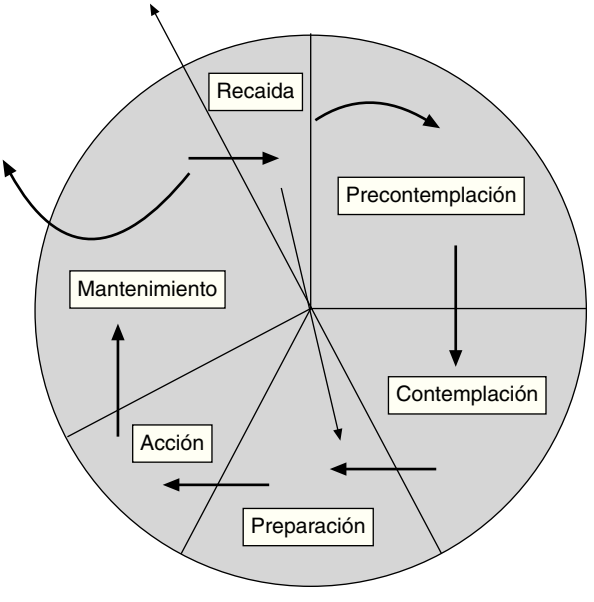

Figura 1. Modelo transteórico de cambio. Estadios. Flujo de estadios en proceso.

la heroína o la cocaína, aparecer más aplazado en el tiempo como consecuencia del profundo arraigo silencioso de la dependencia, así como por la necesidad de deconstruir una íntima relación con el tóxico, que no ha producido dificultades importantes en las diferentes fases del ciclo vital del fumador.

La motivación se ha convertido en una trampa terapéutica para muchos drogodependientes, debido a la rigidez del concepto en manos de los algunos dispositivos asistenciales y del propio terapeuta. Si consideramos la motivación como una condición imprescindible para el inicio de tratamiento, la ausencia de ésta deja sin contenido las expectativas de éxito de cualquier programa de intervención[13].

Es más, durante mucho tiempo la motivación se ha entendido como una entidad de la que es responsable exclusivamente el paciente, y deja al clínico como «evaluador de motivación» y de probabilidad de éxito de un determinado tratamiento[14].

La dependencia nicotin-tabáquica presenta una extraordinaria complejidad, como consecuencia de su integración en la vida de las personas desde su adolescencia o primera juventud, las acompaña en su ciclo vital y penetra en los planos cognitivo, conductual, relacional y afectivo. Es la única dependencia que establece una relación perversa con su víctima.

Al igual que ocurre en la pareja en la que se presenta maltrato psicológico, a menudo se quita importancia a la violencia perversa generada por el consumo de cigarrillos, en una relación de sumisión, de dependencia de la que se nutre principalmente el tabaco. Se llega a hacer de la víctima el cómplice e incluso el responsable del intercambio perverso[15]. Cuando se trabaja con otras patologías adictivas químicas, en todos los casos el usuario, incluso en situaciones límite, responde a criterios de refuerzo positivo y negativo para su consumo. En el caso del reforzamiento positivo, éste se asocia con la autoadministración de sustancias sin la necesidad de que medie un síndrome de abstinencia[16,17]. Este reforzamiento positivo se amplifica en numerosas ocasiones por el reforzamiento social, que se hace evidente en los rituales iniciáticos del consumo de tabaco. Varios estudios han mostrado la susceptibilidad de los jóvenes y adolescentes a los efectos de la presión, la atención y el reconocimiento de sus grupos de pares[18].

La motivación no es un bien, una cualidad que se posee o no. Es un estado, en relación con cogniciones, relaciones, emociones y contexto. Es cambiante en función de diferentes factores.

Aspectos determinantes de una nueva perspectiva de la motivación

Desde el marco teórico, la entrevista motivacional (EM) ha generado un espacio alternativo en la interacción paciente/terapeuta. Aceptar la predisposición a la empatía.

Los aspectos que determinan una nueva visión de la motivación son:

La motivación es una clave para el cambio

Es imprescindible aceptar la experiencia de un individuo como elemento crucial en la posibilidad de cambio. Aceptar la presencia de un proyecto vital, de un proceso revelador de experiencias, permite aceptar también la existencia de un proceso de autorrealización que impulsa el comportamiento dirigido a la consecución de los objetivos que consoliden la propia individualidad[19]. Es en este trayecto, donde pueden producirse fracturas, crisis no resueltas que impidan el avance resolutivo hacia nuevos estadios homeostáticos.

La motivación es multidimensional

Al igual que el consumo de cigarrillos en situación de dependencia. La relación adictiva se asienta en las cogniciones, conductas, relaciones sociales, afectividad y emociones. De la misma forma, la motivación, puede ser disonante en alguno de estos planos que configuran la complejidad de cada individuo.

La motivación es dinámica y fluctuante

Creer que la motivación es un elemento que se instaura como motor inequívoco de cambio, puede llevar al clínico a un error en los modelos comunicativos con el paciente. La motivación para el cambio puede bailar una danza íntima con la motivación para el no cambio, mientras las expectativas del cambio se generen en el área del clínico con más énfasis que en el contexto del cliente. Es por ello de gran importancia la creación del sistema terapéutico, como un proceso de acompañamiento en el que se produce una progresiva exploración de las expectativas de cambio.

La motivación está influenciada por las interacciones sociales

Si bien la motivación pertenece a una persona, la expresión conductual de la motivación es el resultado

de las interacciones de un individuo con otras personas y con factores ambientales, su contexto[20]. Y respecto a la dependencia nicotin-tabáquica, la influencia del contexto social es determinante para la instauración de un discurso social que define el consumo de tabaco como un hábito, socialmente admisible aunque perjudicial[21,22]. La expansión relativa del consumo de heroína en los años setenta y primeros años de los ochenta, produjo una representación social marginalizadora y delincuencial que se tradujo en alarma social. Y ésta provocó, a través de la demanda social, una respuesta urgente por parte del Estado, creando el Plan Nacional sobre Drogas, que podríamos redefinir en aquel entonces como «Plan Nacional sobre Heroína». La epidemia tabáquica siguió avanzando prácticamente sin obstáculos, y generaba unas extraordinarias tasas de mortalidad en nuestro país. Y el discurso sociopolítico ha favorecido su expansión hasta la actualidad.

La motivación se puede modificar

Parece, respecto a los fumadores, que sólo el daño orgánico grave, las consecuencias, a veces irreparables, pueden ser el «factor motivacional» promotor de cambio. Sin embargo, tras esta realidad se esconde frustración, perplejidad, desesperanza y culpabilidad. Junto a todo ello, puede incluso producirse una profunda resistencia al cambio, al ser un tercero, el sistema sanitario en este caso, o la sombra o certeza de patología, lo que obligue a la ruptura traumática con el vínculo. La motivación, las motivaciones para mantener la conducta, pueden estar en equilibrio con toda una serie de factores emocionales que retroalimentan la perpetuación del comportamiento adictivo. Los clínicos, pueden intervenir mucho antes de que se llegue a una situación traumática[23,24].

La motivación es influenciada por el estilo del clínico

Este aspecto, relacionado estrechamente con la creación del sistema terapéutico, así como con los objetivos que nacen de la alianza con el paciente, puede ser una de las variables más importantes y con frecuencia la más ignorada, a la hora de predecir la respuesta del paciente a la intervención[24,25]. En los pocos estudios realizados en este sentido, los investigadores han llegado a encontrar diferencias muy importantes en las tasas de abandono o cumplimiento entre terapeutas de un mismo programa que, *a priori* estaban utilizando las mismas técnicas de intervención[26]. Los investigadores han encontrado que la configuración inicial de una alianza terapéutica de ayuda, así como el despliegue de buenas destrezas interpersonales eran más importantes para el éxito de la terapia que el adiestramiento personal o la experiencia[27]. Entre las características positivas del terapeuta se destacaron, coincidiendo con la bibliografía psicológica general, la calidez no posesiva, la amigabilidad, la autenticidad, el respeto, la afirmación y la empatía.

Existen muy pocos estudios referidos al trabajo motivacional en el contexto de la dependencia nicotin-tabáquica. Sin embargo, el trabajo de acompañamiento psicoterapéutico con trasfondo motivacional parece ser uno de los elementos que favorece «la acción terapéutica en recaída»[28], debido a la adherencia al programa por parte de los fumadores recaídos, que no abandonan la idea de cesación tabáquica, incluso en situación de alta dificultad. Por lo tanto, activar la motivación, modificarla, ajustarla, aumentarla o redefinirla, permite preparar a los pacientes para el tratamiento, como más adelante se verá. Pero además aumenta la riqueza de su participación, haciéndolos co-constructores del proceso de cambio[29-31].

Definición de entrevista motivacional

La EM puede definirse como un encuentro comunicativo centrado en el cliente que, principalmente le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta insalubre o un conflicto determinado. Su objetivo se encamina a promover cambios hacia estilos de vida más saludables, o bien a generar la activación de procesos de redefinición del síntoma expresado en la demanda. La EM debe activar el deseo de cambio[32].

Pueden establecerse algunas diferencias básicas (tabla 1) entre la entrevista informativa clásica y la EM centrada en el cliente[33].

Tabla 1. Diferencias entre la entrevista motivacional y la entrevista informativa clásica

Modelo informativo	Modelo motivacional
Da consejos expertos	Estimula la motivación para pasar a la acción
Intenta persuadir	Favorece el posicionamiento ayudando a la reflexión
Repite los consejos	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio
Es rápido	Es de aplicación progresiva

La EM se convierte así en un escenario comunicativo alternativo en el que se horizontaliza la comunicación entre paciente y terapeuta. No tiene como objetivo evaluar la dependencia del paciente, sino ofrecerle la oportunidad de verbalizar sus conflictos, sus miedos, expectativas, así como realizar toda una serie de redefiniciones sobre el papel del síntoma: su dependencia. Desangustiar, acompañar, escuchar activamente, respetar, comprender, mirar más allá de la urgencia de la demanda e ir con tranquilidad, mitigando la ansiedad del paciente y del propio clínico, son elementos claves para la comprensión del alcance del conflicto. Y todo ello permite realizar devoluciones positivas, ajustadas a las necesidades emergentes del paciente. La EM no es claramente directiva, pero debe focalizar la atención en el paciente, en sus argumentaciones, con el objeto de permitir espacios de deconstrucción de creencias. Y la deconstrucción no es una fractura dialéctica. Los principios básicos que un clínico debe tener en mente a la hora de afrontar un encuadre motivacional son según Miller y Rollnick[34]:

— Expresión de empatía. Escucha activa.
— Desarrollar discrepancia entre las metas o valores del paciente y su comportamiento.
— Evitar la confrontación directa.
— Adaptarse a la resistencia del cliente en lugar de oponerse frontalmente.
— Apoyar la autoeficacia y el optimismo.

Objetivos de la entrevista motivacional

1. Escuchar las necesidades del paciente respecto al conflicto que le ocasiona la dependencia nicotin-tabáquica. Una de las situaciones más complejas de un fumador, es expresar su deseo de dejar de fumar a la vez que muestra su imposibilidad, su reincidencia en la recaída o la incomprensión del contexto social respecto a la importancia que el sujeto otorga al cambio de conducta.

2. Una buena parte de los pacientes que han participado en el estudio ya habían intentado dejar de fumar en otras ocasiones. Este hecho genera una intensa incertidumbre, lo que produce un incremento del estrés, asociado a una sensación de escasa autoeficacia con carácter acumulativo, que es necesario deconstruir en la primera entrevista[35,36].

3. Analizar y comprender la ambivalencia como elemento perturbador de la decisión de cambio. El discurso interno del fumador es, en muchas ocasiones, verbalizado como un equilibrio entre el deseo de fumar y el deseo de dejar de fumar. Es necesario en este punto, permitir la expresión de la ambivalencia, los sentimientos encontrados del paciente respecto a su relación funcional/disfuncional con el cigarrillo. Uno de los aspectos primordiales se encuentra en la capacidad del terapeuta para desarrollar las discrepancias[37], algo que puede surgir con cierta facilidad en la conducta tabáquica si se trabaja con conceptos de un alto grado de abstracción para el paciente, como pueden serlo la percepción de placer (deconstrucción mediante el trabajo con escalas), el efecto ansiolítico de la nicotina (la nicotina es un ansiogénico), la sensación de acompañamiento o el análisis del proyecto vital del paciente, potencialmente limitado por el solo hecho de fumar.

4. Posibilitar la escucha activa, con la finalidad de poder realizar devoluciones empáticas, positivas, generadoras de expectativas, en las que el paciente descubra la posibilidad de resolución de sus conflictos y genere expectativas positivas respecto a la abstinencia. La abstinencia se debe transformar en un viaje exploratorio, promotor de cambios. En la «forma activa de escuchar», el profesional debe tratar de entender lo que siente el paciente o lo que significa el mensaje que nos emite en relación con su demanda explícita, así como respecto a las demandas encubiertas tan presentes en la consolidación de la conducta[38]. Los fumadores relacionan su consumo de cigarrillos principalmente con factores emocionales, intrínsecos, los que se insertan en su constructo de personalidad, que afirman su autoimagen como «personas fumadoras».

5. El clínico debe evitar los estereotipos relacionados con la conducta tabáquica que tienden a homogeneizar las pautas de consumo y las motivaciones para mantener la dependencia. Debe individualizarse el conflicto entre paciente y tabaco, entre paciente y dependencia, y entre paciente y abstinencia (fig. 2).

- ¿Entrevista motivacional?
- Objetivos de la primera entrevista
  - — Escuchar
  - — Comprender
  - — Detectar necesidades y déficit
  - — Aclarar
- Dejar de fumar como proceso
  - — El proceso tiene un principio y un final
  - — El principio lo marcan paciente y terapeuta
  - — ...El final también

Figura 2.

Fases de la entrevista motivacional en pacientes fumadores

Pautas sistemáticas

Haley[39] apuntó el proceso terapéutico como el tránsito entre inicio y final, en el que necesariamente tiene que existir un escrupuloso cuidado en todas sus fases. «Si la terapia debe terminar correctamente, debe empezar correctamente negociando un problema soluble y descubriendo la situación social que hace necesario el problema.»

Fase de bienvenida. Presentación

El primer momento del encuentro terapéutico resulta importante en el ajuste de la ansiedad del paciente al enfrentarse a un escenario y unos actores desconocidos, sobre los que tiene una idea articulada desde expectativas en muchos casos desajustadas. Es importante la definición del contexto de intervención, así como la presentación breve del equipo terapéutico, y evitar generar un sistema vertical comunicativo que coloque al paciente en posición *«down»,* de sumisión, frente al poder de intervención e interpretación del clínico. En caso de trabajar con coterapeuta, debe ser igualmente presentado como elemento importante en la creación del sistema terapéutico. El paciente puede venir solo o acompañado, al igual que la demanda, que puede ser realizada por el propio interesado o por un familiar. Es frecuente que la madre-esposa sea en muchas ocasiones la persona que realiza la demanda asistencial para su marido o para un hijo, incluso aunque ella sea fumadora. Puede considerarse la posibilidad de que pasen todas las personas que acuden, siempre con el consentimiento del paciente identificado. Además, cuando es una pareja la que solicita ayuda, desde nuestra experiencia resulta eficaz el encuentro con ambos, lo cual permitirá, en caso de aceptar el programa, el conocimiento del papel del tabaco en las transacciones emocionales comunicativas, así como en la comunicación no verbal a través del consumo de cigarrillos.

Fase social

La interacción paciente-terapeuta en su primer momento es crítica a la hora de ajustar la realidad del escenario, así como las expectativas de quien realiza la demanda. Antes de pasar a la identificación del problema motivo de consulta (dejar de fumar... o no) se hace necesario establecer una comunicación abierta que tranquilice al paciente y que sosiegue la posible urgencia de la demanda. Interesarse por aspectos cotidianos de la vida del paciente, por sus aficiones, por el lugar de nacimiento, son aspectos que al no obviarlos aparecen como reforzadores de una posible alianza terapéutica, permitiendo también la horizontalización de la comunicación. El clínico deja de ser un mago misterioso o un científico de prestigio que tiene todo el conocimiento para conseguir con sus artes la cesación de la conducta adictiva. El estrés se asocia con la incertidumbre. Y en el primer encuentro terapéutico el estrés es mutuo. Creemos sinceramente que un clínico vive cada sesión, cada encuentro, como un actor que sale cada día a representar a un escenario una obra de teatro. Ningún pase es igual, el público no es el mismo, su tono emocional es diferente cada jornada... Y cada paciente es una persona, una constelación de emociones, vivencias, necesidades, que en cualquier caso, relacionará en mayor o menor medida con su demanda asistencial. Cada persona tiene una o varias interpretaciones de su conducta tabáquica. Y todas ellas deben ser aceptadas por el terapeuta para la elaboración de hipótesis que favorezcan el cambio.

Fase de escucha del problema

Existen muchos aspectos comunicativos en la creación del sistema terapéutico que, dándose por sabidos, o por aceptación de roles *«up-down»,* pueden generar una extraordinaria rigidez a la interacción, y se da por supuesto que cada uno conoce sus funciones y las del otro. La fase de escucha del problema, de verbalización de la demanda debe permitir la explicación de las pretensiones, dificultades, expectativas, anhelos y asociaciones que el paciente hace a través de su consumo de tabaco. Escuchar con atención exige un seguimiento activo y continuo de las respuestas verbales y no verbales y sus posibles significados[40]. En esta fase los objetivos deben ser:

— Estimular al paciente y a los miembros de la familia si le acompañan para buscar la concreción, y se solicitarán ejemplos situacionales o emocionales en los que se produce un consumo ávido.
— Ayudar al paciente a clarificar sus pensamientos, sobre todo vinculados a la ambivalencia explícita o soterrada bajo la demanda asistencial.
— Mantener una posición empática y no crítica frente a la persona que demanda ayuda.
— Darse tiempo[41].

Las trampas de la demanda. Siempre, en un contexto de disfunción como consecuencia de un problema

de drogas, debe atenderse a los juegos de poder[42] que se presentan en su formato individual, o bien en interacción con terceros, acompañantes en la demanda.

— La urgencia. La dependencia nicotin-tabáquica es, tal vez, la patología adictiva de más larga evolución. Lo que no ha sido disfuncional o problemático para el fumador o para su familia, repentinamente se convierte en apremiante, en una necesidad de resolución inmediata. Farmacología inmediata, expresión de dificultades encaminadas a la búsqueda de soluciones brillantes e indoloras, y la creencia de que es en ese momento y sólo en ese instante (en ese día concreto, incluso) cuando puede intentarlo. Debemos evitar la admisión formal de la norma, de la exigencia del demandante, aunque tampoco debemos caer en el rechazo franco puesto que aumentaría la probabilidad de que el demandante no volviera.

— La dramatización. La dramatización es una técnica descrita para movilizar a las personas en la responsabilización de los conflictos[43]. Pero el demandante puede utilizar también la dramatización con el objeto de dar respuesta inmediata a los problemas planteados. Esta situación se plantea cuando el paciente afirma que «tiene que dejar de fumar» debido a situaciones en las que parece no existir elección, con la correspondiente frustración respecto a la imposibilidad (aparente) en la toma de decisiones. La dramatización produce un efecto multiplicador en el diagnóstico de gravedad, y el clínico puede sentir la necesidad de construir soluciones agrandadas que presupongan una percepción de incapacidad en el paciente.

— La delegación. Muchos fumadores, cuando acuden a dispositivos especializados dicen haber intentado todo para dejar de fumar. Brujos, técnicas de terapia o seudoterapia sofisticadas, medicación, libros de autoayuda, grupos... Acuden como si del último bastión terapéutico se tratase, y ceden al equipo clínico la responsabilidad y el esfuerzo para cualquier proceso de cambio. De entrar en esta situación, el terapeuta quedará a merced de la evaluación sistemática del paciente, y rechazará las soluciones que considere inútiles o ya experimentadas.

— El seudoacuerdo. Este hecho se produce en demandas ambiguas, en las que la verbalización del deseo de dejar de fumar no corresponde en absoluto con un deseo evidente de emprender un proceso de cambio. Indicaciones producidas por terceros, como puede ser el médico de atención primaria, el especialista, la pareja o los hijos, hacen que el demandante se predisponga al intento, aunque en la «agenda secreta»[42] exista un rechazo firme a la sola idea de abandonar definitivamente la relación adictiva con el cigarrillo.

Las preguntas abiertas. En esta fase resulta fundamental conocer los aspectos más intimistas de la relación tabaco-persona, que nos permitan el futuro desanclaje de los conflictos latentes que retroalimentan la adicción. Las preguntas abiertas permiten manifestar sentimientos y emociones, y facilitan el diálogo. Este hecho aumenta el grado de empatía y rompe la percepción inquisitiva que el paciente puede tener del clínico. Permiten una mayor fluidez comunicativa, y hace del demandante un agente activo en la exploración de conflictos. En la tabla 2 se presentan algunas preguntas formuladas en formato abierto y cerrado.

Fase de interacción. Deconstrucción de mitos

El tabaquismo, la dependencia nicotin-tabáquica, está plagado de mitos integrados socioculturalmente que han permitido la normalización de la conducta tabáquica, la integración en las vidas de las personas, en sus contextos familiares y sociales. El trabajo en fases anteriores permite el análisis procesual del paciente. Un gran número de pacientes que acuden a la primera entrevista, lo hacen en fase de contemplación o decisión.

Los contempladores suelen buscar información con la que contrastar su experiencia adictiva, buscando discursos alternativos a los convencionales, que permitan la reevaluación de su situación o que faciliten, desde el enfoque motivacional, la activación para el cambio. En esta fase, después de horizontalizar la relación y el propio canal de comunicación, es el paciente el que pregunta, ya sea desde la curiosidad, la incredulidad, el desafío o el interés personal.

Tabla 2. Formulación de preguntas abiertas y cerradas en relación con el hábito tabáquico

Preguntas cerradas	Preguntas abiertas
¿Cuánto fuma?	Me gustaría conocer su patrón de consumo en el último mes
¿Cuántos hijos tiene?	Háblame del papel del tabaco en su familia
¿Le gusta fumar?	Estoy muy interesado en los beneficios que obtiene del tabaco
¿Cree que fuma demasiado?	¿Qué cuestiones le preocupan de su consumo de cigarrillos?
¿Está convencido de dejar de fumar?	Me gustaría saber qué motivos le llevan a tomar la decisión de dejar de fumar

Mitos más frecuentes a debate terapéutico.

— Fumar es un hábito. Frente a la realidad de la dependencia nicotin-tabáquica. Representación social del tabaquismo.

— ¿La adicción es una patología en sí misma, o sólo la promotora de otras patologías orgánicas?

— Exposición adaptada del proceso adictivo. ¿Qué es una sustancia adictiva? ¿Por qué produce adicción? ¿Qué es el sistema de recompensa cerebral? ¿Qué son las drogas propias del cerebro? ¿Qué es la compulsión?

— Diferencias y semejanzas de la dependencia nicotin-tabáquica con otras adicciones. ¿Por qué un heroinómano, un alcohólico, reciben innumerables ayudas sociosanitarias con el objeto de dar prioridad absoluta a su patología, mientras que los fumadores deambulan de servicios básicos de salud a brujos, curanderos, vendedores de humo, para vencer la «costumbre» de fumar? ¿Por qué seguimos dándonos y dándoles (a los fumadores) largos plazos para resolver una patología extraordinariamente destructiva y esclavizante?

— El efecto del tabaco. La multiplicidad de efectos como fantasía individual.

— La relatividad de la cronicidad. Deconstrucción del etiquetaje social de ex fumador. Los fumadores en preparación, al igual que los contempladores, pueden haber intentado dejar de fumar en alguna ocasión o no. Sin embargo, en la mayoría de ellos, planea el fantasma de la recaída, ya sea por experiencia propia, o bien como consecuencia de la resonancia social, de la experiencia ajena. La abstinencia se convierte en un tiempo de espera entre consumo y consumo. La enfermedad crónica se asocia con una lenta evolución, con la necesidad de soporte farmacológico o de control de estilos de vida que limiten la expresión de síntomas o la exacerbación de la patología, así como con crisis o episodios recidivantes. Pero aun así, incluso en el contexto de determinadas enfermedades mentales, no parece que en ausencia de los síntomas de la enfermedad, se etiquete a la persona como ex depresiva, ex ansiosa, etc. Más interesante es aún el etiquetaje de las personas que no fuman como «no fumadoras». No etiquetamos a los sujetos que no consumen cocaína como «no cocainómanos», ni a los heroinómanos como «no heroinómanos». ¿Por qué entonces, reservamos el concepto de no fumadores a quienes no fuman? Quizás para poder etiquetar como ex fumadores a quienes han dejado de fumar.

Fase de definición del proceso de cambio

La abstinencia como un viaje exploratorio. En la EM, el objetivo es el descubrimiento de capacidades para establecer una redefinición del conflicto y de su magnitud. Generar expectativas sobre el proceso de cambio, supone abrir expectativas que permitan una desvinculación progresiva de la sustancia, una ruptura liberadora.

— Deconstrucción de la abstinencia como proceso sufriente. Si el proceso adictivo genera un sufrimiento emocional como consecuencia de una relación conflictiva con la sustancia, el salto a la abstinencia debe entenderse como un viaje atractivo, no exento de posibles dificultades, pero atractivo al fin y al cabo. Esto supone generar expectativas por parte del paciente, descubrir en su análisis automotivacional elementos de discrepancia respecto a su conducta, frente a la proyección de su autoimagen como no fumador.

— El mantenimiento como proceso de normalización de la abstinencia.

— La finalización como integración de la abstinencia: un valor a preservar. La discusión de estos aspectos hace que el paciente confronte necesariamente sus creencias, su discurso respecto a su relación con el tabaco, así como el discurso social que tiene una poderosa influencia en la acomodación del fumador en su conducta. La adicción es un proceso, la rehabilitación también y, por lo tanto, tiene un principio y un final. Una conducta integrada como propia, puede asimilarse a un concepto, a un valor vital. De esta manera, el objetivo terapéutico puede identificarse con la posibilidad de integración de la abstinencia no sólo como una conducta, sino como un valor. Para ello, debe estar en consonancia con la idea positiva de una abstinencia útil, con su sentido de pertenencia, con su propio proyecto de vida, tal y como ocurre con otros conceptos como la libertad, la solidaridad, el amor, la sinceridad, los estilos de vida saludable, etc.

Fase de interacción equipo-paciente

Esta etapa de la EM debe servir para esclarecer dudas, problemas ocultos, resistencias que pueden estar en la base de su ambivalencia o bien de su intento franco de abstinencia. Esta etapa de devolución desde la perspectiva de la connotación positiva, debe terminar por abrir puertas al paciente, y dejar a su elección traspasarlas o no.

Para ello resulta interesante establecer metáforas que favorezcan la amplificación narrativa de una realidad alternativa para el paciente que se plantea un cambio de actitud... y de conducta.

El uso de metáforas en el contexto motivacional puede abrir puertas a situaciones de bloqueo, desde

una perspectiva constructivista que dinamice la posibilidad de cambio[44].

Ejemplos de metáforas empleadas en la generación de expectativas abstinenciales. Contexto EM.

Los 2 ejemplos presentados pertenecen a intervenciones motivacionales realizadas por el equipo terapéutico del Instituto Cántabro de Conductas Adictivas.

1. «La abstinencia es como un prado. Un prado que un día decido comprarme soñando en construir algo propio. Cuando firmo la escritura, lo primero que debo hacer es poner las lindes al prado, identificar los límites, de manera que los vecinos sepan con claridad hasta dónde pueden segar o sacar su ganado a pastar... Y después podré observar el terreno, comprobar los desniveles, los pedruscos y malas hierbas, entrando en un estado melancólico, de cansancio proyectado… O podré observar a través de las primeras dificultades el futuro. Una casa, una huerta, un invernadero, un rincón propio donde disfrutar, vivir, sentir, descansar... Los límites, las estacas, son el comienzo de un proceso de cambio.»

2. «No debes temer la abstinencia. Es posible que en otras ocasiones el vértigo inicial te haya descompuesto ante el salto al río. Cierra los ojos por un momento. Imagina que estás en un puente surcado por un río de aguas bravas. Es para ti atractiva la idea de saltar. Pero sientes miedo, sientes los peligros del trayecto. El río en su parte alta tiene rápidos, pequeñas cascadas, pero a medida que avanza se ensancha y sus aguas se tranquilizan. No tienes por qué saltar. Es algo que debes analizar, pensando en qué te puede aportar. Es un viaje, es una aventura. Eres consciente de que llevas un traje de neopreno, un casco para evitar golpearte la cabeza contra las rocas ocultas... y sabes nadar. Si saltas, debe ser para dejarte llevar por la corriente. Déjate llevar por la corriente de la abstinencia. No nades contracorriente. Y piensa en el recorrido como un tránsito emocionante, alternativo a la explicación de la vida en compañía de la quietud (fumar). Todos los ríos desembocan en bellos parajes, en amplios estuarios, en rías que se abren al mar. El trayecto puede ser atractivo y divertido, pero es algo que debes meditar con tranquilidad.»

Estos son 2 ejemplos de deconstrucciones mediante metáforas, relacionadas con el miedo al paso al acto que se expresa en muchos casos durante la entrevista motivacional. Aun así, son devoluciones tranquilizadoras expresadas ante la ansiedad producida por la sola idea de dejar de fumar.

Despedida reflexiva

No se admite la inclusión en el programa de ningún paciente en el transcurso de la EM. Consideramos fundamental la sedimentación del encuentro, el análisis de los datos desde una posición serena, más tranquila, que puede clarificar su relación con la sustancia. Es por ello que siempre se invita a llamar al centro, nunca antes de las 24 h posteriores a la entrevista motivacional. Es en este momento cuando se da la cita para la sesión evaluativa en la que se mantienen aspectos motivacionales claves, como son la narrativa del paciente como «persona fumadora» o la aplicación de genogramas.

Objetivo del estudio

Sistematizar la aplicación de la EM semiestructurada en el primer encuentro con el paciente fumador, con el objeto de escuchar la demanda asistencial explícita, así como conocer, en cada caso, la existencia o no de anclajes emocionales, relacionales o cognitivos que favorezcan o limiten el proceso de cambio desde un estado dependencial a una experiencia abstinencial liberadora.

Metodología

Aplicación de EM semiestructurada a 135 pacientes (tabla 3) que acuden a solicitar información sobre programa de cesación tabáquica a un centro especializado

Tabla 3. Características de los pacientes sometidos a estudio

N = 135
Sexo
Varones: 61%; edad media: 42,5 años
Mujeres: 39%; edad media: 41,6 años
Número de cigarrillos/día: 31
CO (monóxido de carbono en aire expirado): 28 ppm (partes por millón)
TFDN = 6,7
DSM-IV. Todos los pacientes cumplen criterios DSM-IV de dependencia a sustancias
El 76,36% cumplen con 4-5 criterios DSM-IV
Intentos previos de abstinencia: un 35% de los pacientes no ha intentado nunca dejar de fumar, el 28% lo ha intentado 1 vez y el resto lo ha intentado 2 o más veces
Motivo principal de la demanda: el 43,37% de los pacientes declaran como motivo principal de la demanda la percepción de dependencia alta o moderada. En el resto de los casos el motivo de la demanda se repartía entre la salud, patologías orgánicas graves, presión familiar, presión laboral

en tratamiento de adicciones. La recopilación de información y las entrevistas se realizaron durante el período comprendido entre enero de 2003 y diciembre de 2004. La EM no tiene como objetivo la evaluación de la dependencia del paciente, sino conocer resistencias, grado de motivación para el cambio, nivel de autoeficacia subjetivo. Además permite la redefinición del síntoma cuando es necesario, y desvelar vínculos estrechos entre consumo de tabaco y gestión de emociones, toma de decisiones o autoafirmación en contexto relacional.

Resultados

De los pacientes que solicitaron información a través de la primera entrevista (EM, n = 135), el 85,40% (n = 115) aceptaron su inclusión en programa multicomponente de cesación tabáquica, después de un margen de reflexión de 24-72 h. Todos verbalizaron mayor motivación para el cambio a la hora de afrontar su proceso abstinencial, respecto a su situación basal previa a la entrevista.

De este grupo, 34 (29,56%) pacientes identificaron el cambio en la atenuación de la angustia frente al momento de comienzo de la abstinencia (día D); 23 (20%) verbalizaron la idea de proyectar su autoimagen como no fumadores en un futuro, frente a la imposibilidad inicial de verse a sí mismos como no fumadores; 20 (17,39%) indicaron satisfacción por el mejor entendimiento de su relación adictiva con la sustancia, y fueron capaces de exteriorizar mayor capacidad para afrontar el proceso de cambio; 16 (13,91%) se vieron sorprendidos por su capacidad para la redefinición del síntoma, como elementos de conflicto acompañante en otros conflictos de su vida emocional-afectiva, relacional o laboral.

El programa tiene además un coste económico, que en el caso de estudio es de 500 €, donde se incluye la terapia sustitutiva con nicotina que se aplique (ya sea monoterapia o terapia combinada). Este hecho no fue para este grupo de pacientes un problema para incorporarse al tratamiento.

Discusión

La EM comienza a ser una herramienta semiestructurada de abordaje psicológico utilizada con diferentes tiempos y, posiblemente, con distintos objetivos dependiendo de los pacientes y de los escenarios de intervención[45,46].

La demanda asistencial relacionada con la dependencia nicotin-tabáquica presenta elevados niveles de incertidumbre, de angustia ante la dificultad que el propio fumador expresa. Pero más allá de las intervenciones específicas en cada estadio del cambio, debe considerarse la posibilidad de establecer criterios comunicacionales adecuados que tiendan a horizontalizar la relación clínico-paciente, haciendo al paciente co-constructor de un proceso del que debe ser autorreferente.

El estilo motivacional abre el foco de la intervención, aumenta el grado de complejidad, mejora la adherencia y participación activa en el tratamiento[47] y puede combinarse con otras formas de tratamiento, ya sean cognitivo-conductuales, como de enfoque sistémico-relacional.

La intervención motivacional sugiere una pauta de acompañamiento terapéutico en el que la tendencia es el consenso progresivo de los objetivos, negociados en el marco del sistema terapéutico.

Respecto a la efectividad y coste-efectividad, no se conoce mucho todavía. Al menos un estudio ha indicado que la entrevista motivacional no es inferior a un grupo de apoyo más intensivo en fumadores de marihuana en los que se planteaba la reducción del consumo o el mantenimiento de la abstinencia[48].

De forma similar, en el proyecto MATCH[49], un acercamiento de aumento motivacional dio resultados generales semejantes, a un coste más bajo, comparado con 2 métodos de tratamiento más largos. La EM debe generar una tendencia a un estilo motivacional que favorezca la búsqueda de expectativas y soluciones a los pacientes en su exploración de la abstinencia, y dejar espacio para el análisis reflexivo de conflictos, deslices, así como la aplicación de las diferentes herramientas terapéuticas específicas y adecuadas para cada paciente.

Bibliografía

1. Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc). 2001;117:692-4.
2. Erikson EH. The life cicle. En: International encyclopedia of the social Sciences. New York: Macmillan and Free Press; 1968.
3. Sobell LC, Sobell MB, Toneatto T, Leo GI. What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? Alcohol Clin Exp Res. 1993;17:217-24.

4. Tucker JA, Vuchinick RE, Gladsjo JA. Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. J Stud Alcohol. 1994;55:401-11.
5. Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to mid- thirties in a general population sample. Am J Public Health. 1995;85:41-7.
6. Orleans CT, Schoenbach VJ, Wagner EH, Quade D, Salomon MA, Pearson DC, et al. Self-help quit smoking interventions: Effects of sself-help materials, social support instructions, and telephone counseling. J Consult Clin Psychol. 1991;59:439-48.
7. Sobell LC, Sobell MB. Guiding self-change. En: Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive behaviors. 2nd ed. New York: Plenum; 1998. p. 189-202.
8. Robins LN, Davis DH, Goodwin DW. Drug use by U.S. Army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home. Am J Epidemiol. 1974;99:235-49.
9. DiClemente CC. Motivational interviewing and the stages of change. En: Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1993.
10. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenancce. Addict Behav. 1982;7:133-42.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheorical therapy: Toward a more integrative modelo of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practique. 1982;19:276-8.
12. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and proceses of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51:390-5.
13. Beckman LJ. An attributional análisis of Alcoholics Anonymous. J Stud Alcohol. 1980;41:714-26.
14. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1991.
15. Hirigoyen M. El acoso moral. Barcelona: Paidós; 1999.
16. Yanagita T. An experimental framework for evaluation of dependence liability of various types of drugs in monkeys. Bull Narcotics. 1973;25:57-64.
17. Shuster CR, Johanson CE. An analysis of drug- seeking behavior in animals. Neurosci Biobehav Rev. 1981;5:315-23.
18. Chassin LA, Presson CC, Sherman SJ. Stepping backward in order to step forward: An acquisition- oriented approach to primary prevention. J Consult Clin Psychol. 1985;53:612-22.
19. Davidson R. Can psychology make sense of change? En: Edwards G, Lader M, editors. Addiction: Processes of Change. Society for the Study of Addiction Monograph, n.º 3. New York: Oxford University Press; 1994. p. 51-78.
20. Miller WR. Increasing motivation for change. En: Hester RK, Miller WR, editors. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Altgernatives. 2nd ed. Boston; 1995. p. 89-104.
21. López E, Fuentes-Pila JM, Calatayud P, Marset M. La entrevista motivacional. Llave del proceso de cambio. Comunicación. Prev Tab. 2003;5:73.
22. Fuentes-Pila JM. La farmacia comunitaria en el marco de la reducción del daño integral e integradora. En: Gestionando las Drogas. Conferencia de Consenso sobre la reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad. Barcelona: Publicaciones del GRUP IGIA; 2001. p. 415-25.
23. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychol Bull. 1985;98:84-107.
24. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhacing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. J Consult Clin Psychol. 1993;61:455-61.
25. Miller WR, Baca LM. Two years follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. Behavior Therapy. 1983;14:441-8.
26. Luborsky L, McMellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. Arch Gen Psychiatry. 1985;42:602-11.
27. Najavatis LM, Weiss RD. Variations in therapists effectiveness in the treatment of patiens with substance use disorders: An empirical view. Addiction. 1994;89:679-88.
28. Fuentes-Pila JM, Marset M, Calatayud P, Ayesta FJ. Evaluación de la intervención en recaída. Más allá de la prevención de recaídas. Prev Tab. 2003;5:45.
29. Landry MJ. Overview of addiction treatment effectiveness. «DHHS» Pub. No. (ADM) 96-3081. Rockville, MD; 1996.
30. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychol Addict Behav. 1996;10:81-9.
31. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. En: Hersen M, Eisler RM, Miller PM, editors. Behavior Modification. Sycamore IL: Sycamore Publishing Co.; 1992. p. 184-214.
32. Bosch JM, Cebriá J, Massons J, Casals R. Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica. La motivación para el cambio. Madrid: Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC; 1994. p. 285-94.
33. Freixa N. La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. Jano. 2000:1383-4.
34. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1991.
35. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
36. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: WH Freeman; 1997.
37. Cebriá J, Bosch JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. FMC. 1999;6:393-5.
38. Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Madrid: Ed. Elsevier; 2003.
39. Haley J. Problem- Solving Therapy. San Francisco: Josse Bass; 1978.
40. Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinckcom M. Long-term follow-up of behavioural self-control training. J Stud Alcohol. 1992;55:249-61.
41. Weber T, McKeever J, McDaniel S. Una guía para la primera entrevista orientada hacia el problema. Family Process. 1985;24:357-64.

42. Abeijon JA. Los sistemas en la demanda del toxicómano. Revista Comunidad y Drogas. 1987; Monografía 1:21-34.
43. Minuchin S. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidos; 1981.
44. Fuentes-Pila JM, Pereira R. Abordaje clínico del tabaquismo desde un enfoque sistémico-relacional. Interpsiquis. 2005.
45. Saltini A, Del Piccolo L. Patient-centered interviews in general practice. Recenti Prog Med. 2000;91:38-42.
46. Bimbela JL. El Counseling en Atención Primaria. FMC. 1998;10:627.
47. Aubrey LL. Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. Tesis doctoral. Universidad de Nuevo México. Dissertation Abstracts International, 59-03B,1357; 1998.
48. Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. J Subst Misuse. 1997;2:8-16.
49. Project MATCH Research Group. Therapist effects in three treatments for alcohol problems. Psychotherapy Research. 1998;455-74.