

# La Entrevista Motivacional: Cambiar al Consumidor de Sustancias en un Servicio Intensivo de Conservación Familiar

**Diane Rullo-Cooney, MSW, LCSW, CADC.**

**Rullo Psychotherapy Associates. Hazlet, New Jersey, USA.**

Los Servicios Intensivos de Conservación Familiar (SICF) han proliferado en todo el país para prevenir la separación innecesaria de niños de sus hogares. Los programas SICF enseñan a los familiares nuevas habilidades y promueven el cambio conductual. El consumo problemático de sustancias en adultos no se había planteado como objetivo de cambio en dichos Servicios. Ahora ya sí, y los trabajadores del SICF incorporan sus habilidades para ayudar a los miembros de las familias con este abuso. La Entrevista Motivacional es un proceso de intervención que incrementa la conciencia sobre los efectos del consumo de sustancias en el sistema familiar. Además, la entrevista motivacional aumenta la motivación del consumidor de sustancias para cambiar la conducta de consumo problemático de alcohol y drogas. Los trabajadores de los Servicios Intensivos de Conservación Familiar tienen las habilidades para incorporar la Entrevista Motivacional en el proceso de intervención durante la crisis para reducir el riesgo de separar a los niños de sus hogares.

**PALABRAS CLAVES:** Entrevista Motivacional, conservación familiar, abuso de sustancias.

Actualmente, mediante la Entrevista Motivacional es posible formular un abordaje de intervención para el consumo y adicción problemáticos de sustancias que ayude al trabajador de los Servicios Intensivos de Conservación Familiar (SICF). El terapeuta necesita mantener en perspectiva la filosofía, los objetivos y los propósitos de la intervención. La Entrevista Motivacional es un proceso de intervención. No es una modalidad de tratamiento de la adicción a largo plazo. El objetivo de la misma no es proporcionar tratamiento adicional sino preparar al consumidor de sustancias para reconocer el consumo problemático de sustancias y buscar cambios de conducta. Las habilidades usadas para motivar el cambio para prevenir el abuso físico, la negligencia o el consumo problemático de sustancias son las mismas.

Los resultados positivos con los SICF y la Entrevista Motivacional se deben al manejo exitoso de la ambivalencia. Las familias SICF están preocupadas por la crisis y el funcionamiento familiar. Incluso con esta mayor preocupación, los miembros de las familias se protegen unos a otros a la hora de tratar el consumo de sustancias.

Comprender la ambivalencia de cada miembro de la familia, ayuda a estructurar el abordaje de intervención con un familiar en el que se identifica un consumo problemático de sustancias. Es importante motivar al consumidor. La mayoría de personas se resisten a los métodos de confrontación. Tradicionalmente, no se esperaba que los sujetos se motivaran hasta que ‘tocaran fondo’. La teoría era que ‘la mayoría de alcohólicos tienen que estar muy destrozados antes de empezar a resolver sus problemas’ (Alcohólicos Anónimos, 1976). La filosofía de tratamiento de la adicción declara que la vida del consumidor debe volverse inmanejable antes para que surja la motivación para cambiar (Alcohólicos Anónimos, 1976). A menudo se usaba la confrontación para forzarles a cambiar. Generalmente, cuando se usa la confrontación, los sujetos defienden su conducta actual como mecanismo protector. La confrontación provoca batallas emocionales y verbales entre el terapeuta y el consumidor de sustancias reduciendo la capacidad de motivar al sujeto.

Este artículo se ha publicado en la revista Crisis Intervention en 1995

Los pacientes tienen la necesidad de sentirse aceptados y comprendidos para motivarse para cambiar. Esto es especialmente cierto cuando se trata de consumidores problemáticos de sustancias, que están asustados y tristes por la dirección que el consumo ha tomado, y a menudo se sienten juzgados y se juzgan a sí mismos. El paciente espera ser atacado por su consumo y empiezan cualquier sesión terapéutica a la defensiva. El terapeuta debe ayudar al paciente a aceptar la responsabilidad de cambiar su conducta, animándole y no juzgándole. El terapeuta debe mantenerse sin asumir la responsabilidad de los cambios ni controlarlos. El trabajador de los Servicios Intensivos de Conservación Familiar aprende las habilidades de la Entrevista Motivacional en el entrenamiento del SICF, y puede incorporarlas a la intervención.

### **Una mirada a los SICF**

La legislación federal y estatal ha decretado ordenar los Servicios Intensivos de Conservación Familiar en todo el país. Los programas SICF existen actualmente en 36 estados (Morris, 1993). Los Servicios Intensivos de Conservación Familiar son un programa a corto plazo, intensivo en el hogar, cuyo objetivo principal es prevenir la innecesaria separación de los niños de sus hogares. Desde la mitad de la década de los 1950 ha habido debates, legislación, estudios nacionales sobre el lugar de adopción y proyectos piloto para servir a las familias con problemas múltiples. Esta atención nacional inició un movimiento dirigido a proporcionar servicios a las familias problemáticas en su propio escenario (Blythe, Salley y Jayaratne, 1994). Proporcionar servicios intensivos en los hogares es una manera de consolidar las relaciones familiares impidiendo el innecesario desarraigo. (Cole y Duva, 1990).

En los primeros entrenamientos de los terapeutas de los SICF no se mencionaba el trabajo con las familias cuando se sospechaba o detectaba un abuso problemático. La reducción o eliminación del consumo de sustancias no se abordaba como un objetivo a cambiar por el sistema familiar. Una razón importante era el método diagnóstico de la adicción que los profesionales del tratamiento (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994) utilizaban para identi-

car el abuso y la adicción. Dicho método diagnóstico es opuesto a la filosofía de los SICF, que evita establecer cualquier etiqueta a los miembros de la familia, e incide que el foco de atención de la intervención a corto plazo de la crisis, sea el cambio de conducta (Kinney, Haapala y Booth, 1991).

Los terapeutas de SICF reconocen cada vez más los efectos que el uso problemático de sustancias tienen sobre el sistema familiar. El uso de sustancias contribuye a la aparición de conductas destructivas por parte de los miembros de las familias, p.e., abuso físico, abuso sexual, negligencia (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994), que ponen a los hijos en situación de riesgo de que los separen de sus hogares. No se puede evitar conocer y confrontar este hecho. Deben utilizarse nuevos métodos para enlazar el modelo del Servicio Intensivo de Conservación Familiar y la estrategia de tratamiento adicional.

No se pueden hacer cambios en el sistema familiar hasta que al menos uno de los miembros de la familia aumenta su toma de conciencia de algunas dificultades. Una técnica que incorpora las habilidades del trabajador SIFP, encaja en el modelo SICF e incluye el abordaje del consumo de sustancias es la Entrevista Motivacional. El papel del terapeuta de SICF puede extenderse ahora para ayudar a los miembros de las familias a alcanzar objetivos en referencia al consumo de sustancias sin comprometer la integridad o filosofía de los Servicios Intensivos de Conservación Familiar.

### **Mantener a las Familias Integras**

El terapeuta SICF utiliza un modelo psico-educativo, cognitivo-conductual. En cooperación con la familia, se identifican patrones conductuales que interfieren con el funcionamiento adecuado del sistema familiar. El énfasis se centra en el hecho de promover la independencia del paciente y de entrenarle en habilidades psicosociales (Pecora, Fraser y Haapola, 1992).

Los criterios para que un familiar reciba Servicios Intensivos de Conservación Familiar son tres. En primer lugar, las familias deben estar viviendo una crisis en ese momento que da la oportunidad de cambiar (Barthel, 1991). El modelo SICF no es una referencia adecuada

para situaciones crónicas. Las familias que viven una crisis son más capaces de comprometerse a cambiar conductas que provocan esta situación. Una crisis puede ser un punto crítico en la familia (Roberts, 1990). Las funciones de la intervención en la crisis y del modelo SICF son el restablecimiento de la sensación de autonomía del paciente, la utilización de los recursos interpersonales e institucionales y la utilización de límites temporales como dinámica de consolidación, el afrontamiento y la evitación de conducta regresiva.

En segundo lugar, es inminente la exclusión del niño (niños) de su hogar, la acogida en adopción, atención institucional o de grupo se produce en 24-48 horas, si no ocurren cambios en las estrategias de afrontamiento y en los patrones conductuales de las familias (Feldman, 1991). En tercer lugar, se han agotado servicios menos intensivos de salud mental o éstos no están disponibles para las familias, antes de ser aceptados en SICF. Los servicios menos intensivos incluyen, pero no se limitan a servicios a régimen abierto como terapia familiar o individual.

Tras comprobar que la familia cumple estos tres criterios y es aceptada, en 24 horas se establece el contacto con al menos uno de los padres. Las estrategias de intervención en la crisis se basan en una repuesta inicial rápida (Brathel, 1991). Kendrick (1991, p.38) señala:

*“el tiempo es crítico en los casos de abuso infantil y negligencia. Si pasa demasiado tiempo entre el acontecimiento y la intervención, las familias habrán reunido los mecanismos de defensa que les permitan vivir con la disfunción”.*

Los servicios se proporcionan generalmente durante 4 y 8 semanas. La duración real del estado de crisis varía ampliamente. La tensión y ansiedad inducida por una crisis se eleva hasta que ocurre algún tipo de resolución, a menudo durante un periodo de hasta 6 semanas (Woods y Hollis, 1990). El paciente necesita alcanzar una comprensión cognitiva y dominar la situación. La comprensión de la situación se consigue centrándose en el acontecimiento que provoca la crisis, clarificando las circunstancias, reduciendo la ansiedad, y situando las respuestas irracionales en un contexto racional (Rapoport, 1970).

El terapeuta SICF en la entrevista inicial, se centra en el aquí y ahora, utilizando declaraciones empáticas.

Utilizando esta técnica de intervención en la crisis (Golan, 1978), el terapeuta permite que cada miembro de la familia verbalice que pasó y explique las emociones. Los procedimientos en etapas que se utilizan para ayudar a personas en otras situaciones de crisis (Roberts, 1990 p.12) son las mismas que las de los Servicios Intensivos de Conservación Familiar (Kinney, Haapala y Booth, 1991):

1. Establecer contacto psicológico y establecer rápidamente la relación
2. Examinar las dimensiones del problema para definirlo
3. Animar la exploración de los sentimientos y las emociones
4. Explorar y evaluar los intentos de afrontamiento pasados
5. Generar y explorar soluciones alternativas y específicas
6. Restablecer el funcionamiento cognitivo mediante la implantación de un plan de acción
7. Seguimiento

A las familias SICF se las visita desde un mínimo de 5 hasta un máximo de 20 horas a la semana. Los terapeutas son flexibles. Las citas se establecen según la conveniencia de las familias, a menudo por la noche y el fin de semana. Este componente contribuye a que las familias se sientan respetadas, con un sentimiento de control sobre los cambios en sus vidas. La participación es voluntaria, aunque la consecuencia de rechazar los servicios es la exclusión de los hijos del hogar.

Una vez en el hogar, el terapeuta evalúa la seguridad de los hijos, ratificando que no están en peligro físico o sexual. Entonces se discute la crisis. Se anima a cada miembro de la familia a que exprese el impacto emocional que la crisis le provoca. Se crea un clima de esperanza y confianza. El terapeuta evalúa si las necesidades básicas de supervivencia de la familia están cubiertas antes de centrarse en necesidades más estéticas y en habilidades cognitivo-conductuales. Si falta alimento o ropa, los terapeutas ayudan a la familia a contactar con los servicios

que les pueden proporcionar estas necesidades, y entonces pueden centrarse en los objetivos. Algunos de los objetivos más comunes de las intervenciones con las familias son aumentar las habilidades de los padres, las habilidades comunicativas entre los miembros de la familia, el manejo de la ira y otros servicios concretos.

El proceso de cambio conductual no puede producirse hasta que se establece un clima emocional positivo y se reduce la tensión. Encajar con la familia incluye desarrollar una relación de confianza a través de la cual la familia puede establecer y alcanzar sus propios objetivos (Cole y Duva, 1990). El terapeuta debe ser genuino, comunicarse con honestidad y espontaneidad, mostrando una aceptación libre de juicio de cada uno de los miembros de la familia. El terapeuta SICF no perdona la conducta inadecuada, como el abuso físico/sexual o la negligencia, pero muestra su aceptación a cada individuo. El proceso de compromiso, utilizando un estilo empático conlleva la comprensión de la percepción de cada individuo. Esto se consigue mediante la escucha activa y reflexiva.

La escucha activa consiste en que el receptor de un mensaje entienda lo que significa el mensaje del emisor, que el receptor traduzca su comprensión a sus propias palabras y devuelva esta comprensión al emisor para que lo verifique (Zastrow y Krist-Ashman, 1990). La escucha reflexiva consiste en proporcionar feedback, como un espejo humano, para ayudar a los miembros de las familias a ordenar sus sentimientos (Weiten, 1992). Esta es una estrategia más difícil pero más eficaz. Es fácil parodiar la escucha reflexiva o hacerla mal, pero es difícil hacerla bien (Miller y Rollnick, 1991). Esta técnica anima a cada miembro a clarificar sus sentimientos mientras experimenta un apoyo emocional.

El objetivo inicial más importante para el terapeuta es conectar con la familia (Cole y Duva, 1990). Se proporcionan pocas guías y ninguna interpretación ni consejo. A través del proceso de escucha reflexiva se buscan el feedback y la clarificación. Los objetivos sólo pueden establecerse y cumplirse mediante la empatía y la construcción de una relación.

Se evitan las etiquetas, dado que éstas pueden inmovilizar a los miembros de las familias en lugar de desarrollar una atmósfera de cambio. Generalmente, la gente se resis-

te, se resiente y rechaza las etiquetas. Las etiquetas crean barreras adicionales que el terapeuta debe combatir. En un modelo a corto plazo, es necesario reducir y eliminar rápidamente las barreras. Los criterios diagnósticos pueden restringir la flexibilidad del terapeuta para utilizar y acceder a recursos que alcancen los objetivos identificados. Es importante identificar las fuerzas entre los miembros de la familia y evitar centrarse en los problemas. El centro de los estados de diagnóstico establece que hay problemas o debilidades en individuos que disminuyen el uso de las fuerzas familiares sobre las que construir una relación.

Las familias SICF han tenido experiencias con otros servicios de salud mental y agencias de servicios sociales. Muchas familias visitadas por los terapeutas SICF tienen poca confianza en el servicio social u otros sistemas de ayuda (Cole y Duva, 1990). Las familias automáticamente esperan que se les juzgue y se sorprenden positivamente cuando el terapeuta SICF identifica los vínculos y les da su apoyo. Los padres implicados en servicios de protección de menores a menudo creen que se les castiga por sus habilidades paternas. En las familias en que hay una gran cantidad de estrés, los niños se convierten en el chivo expiatorio de la agresión. Tanto los padres como los hijos han sentido y experimentado impotencia. Evitar identificaciones negativas y etiquetas, hace que el proceso de compromiso de cambio sea más eficaz. El terapeuta alienta las esperanzas de cambio capacitando a los miembros de la familia mediante la identificación de maneras positivas y eficaces con las que la familia ha funcionado. Cole y Duva (1990) señalan algunas asunciones sobre la capacitación:

1. Las personas tienen derecho a dirigir su propia vida
2. Las personas quieren controlar su propia vida y pueden aprender a hacerlo
3. Que su vida sea controlada por otros puede interferir en su aprendizaje de tomar el control de su vida
4. Proporcionar habilidades, información y ánimo les ayuda a ganar más control sobre su vida y a construir autoestima.

Los terapeutas SICF confieren poder a las familias enseñándoles como conseguir alimento cuando están hambrientos, no dándoles el alimento (Barthel, 1991).

Con la intervención SICF las familias ganan poder personal identificando sus propios objetivos de cambio, no es el terapeuta el que fija los objetivos del tratamiento. Los objetivos se establecen identificando circunstancias que la familia reconoce como problemáticas. El terapeuta utiliza con los miembros de las familias, habilidades de comunicación y negociación para priorizar los objetivos. Durante el establecimiento de objetivos se fija la responsabilidad de cada persona para alcanzar el objetivo. Pueden aparecer discrepancias entre los miembros de la familia respecto a los objetivos y la responsabilidad de los mismos, pero durante este proceso el terapeuta les enseñan habilidades de negociación. Las habilidades aprendidas son herramientas muy útiles para las futuras interacciones de la familia. Los sujetos aprenden maneras de cambiar pensamientos, emociones y conductas (Barthel, 1991) para reducir ansiedad.

### **Una mirada al consumo de sustancias en familias en SICF**

Los terapeutas han visto que las intervenciones con sujetos con problema de consumo de sustancias son largas. Los programas históricamente tendían a ser de naturaleza confrontativa y usar medidas coercitivas para obligar a los sujetos a recibir tratamiento. Este enfoque sigue la dirección opuesta al modelo y la estructura de los Servicios Intensivos de Conservación Familiar.

Los terapeutas que tratan la adicción utilizan la confrontación para romper la negación y resistencia del sujeto. Muchos especialistas de la adicción creen que esta es la única manera de conseguir que el consumidor de sustancias pueda iniciar y mantener la recuperación. A menos que el proceso de negación sea incuestionable, (Brown, 1985), para que el sujeto pueda aceptar la realidad de su pérdida de control, los intentos conductuales serán temporales, medidas temporales, diseñadas para ganar control, pudiéndose anticipar la vuelta al consumo de alcohol o drogas. Brown (1985) cree que los profesionales deben romper la rígida estructura de la negación que mantiene la

conducta de beber, mediante consideraciones cognitivas y un enfoque cognitivo-conductual. Este tipo de pensamiento ha contribuido a evitar la identificación de las cuestiones relacionadas con el consumo de sustancias en las familias SICF. Los terapeutas se centran en conferir poder a las familias, no en romper su sistema de creencias.

Las familias en programa SICF ganan poder a través de unas guías que dirigen su tratamiento y no de un diagnóstico. Raramente se identifica al adulto con el problema de consumo de sustancias y no se le marca el objetivo de cambiar su conducta. El consumo de sustancias en adultos solo se aborda cuando un miembro de la familia identifica el consumo como problemático, o cuando el terapeuta lo identifica específicamente.

Los adultos implicados en programas SICF no se les examina igual que a los adolescentes en cuanto al consumo de drogas y alcohol. Muchos hijos son referidos a los SICF por incumplir las reglas familiares, por delitos legales menores y por delincuencia (Fraser, 1990). Los terapeutas SICF durante el proceso inicial de la intervención, tienden a utilizar más la confrontación cuando preguntan a adolescentes sobre el consumo de sustancias. La evaluación SICF de los adolescentes requiere especificidad porque es necesario detectar tanto el tipo de drogas consumidas como las cantidades de las mismas (Johnston, O'Malley y Bachman, 1985; Fraser, 1990). En los adolescentes se ha incorporado como objetivo la reducción del consumo de sustancias. No en el caso de los adultos. Esta decisión depende en gran parte del terapeuta, otros miembros de la familia y de las actitudes hacia el consumo de sustancias.

La complicación con alcohol y drogas está muy difundida entre las familias de los SICF. En Monmouth County, New Jersey, durante el primer periodo de doce meses del programa aproximadamente en el 65% de las demandas aceptadas se identificaron problemas de alcohol y drogas. El primer paso para ayudar a facilitar un programa de cambio en la filosofía de los SICF es empezar a trabajar con los terapeutas. Es necesario animar la exploración de las actitudes y los valores que los terapeutas tienen hacia el consumo de sustancias. Los terapeutas evitan las cuestiones relacionadas con el consumo de sustancias debido a las expectativas preconcebidas de que si

se detecta una adicción no van a ser capaces de cambiar el sistema familiar. Los profesionales del tratamiento retratan a la población adicta como difícil, debido a su mecanismo defensivo de negación. Los terapeutas se sienten incapaces de romper la negación de los consumidores en 4-8 semanas de intervención, por lo que el tema del consumo de sustancias se evita completamente.

Dado que el SICF es un programa de intervención ante la crisis, no es necesario que el terapeuta rompa la negación para eliminar la crisis para reducir el estrés familiar. El objetivo principal de la intervención familiar es eliminar el riesgo, no el hijo; proteger los hijos mientras se mantienen unidas las familias (Barthel, 1991). Durante el entrenamiento el terapeuta SICF debe entender y eliminar su miedo a trabajar con un consumidor de sustancias y disipar el mito de que tienen que haber especialistas de la adicción. Los terapeutas no tienen que sentirse inadecuados al tratar con un consumidor de sustancias. En el trabajo con una familia en que existe consumo de sustancias, el proceso es el mismo. Los cambios se consiguen construyendo una relación y un compromiso con un estilo empático, evitando las etiquetas.

Es importante que los terapeutas contemplen el consumo de sustancias como un factor contribuyente de las conductas que generan la crisis. Mediante la aceptación y el ánimo, evitando la confrontación y las etiquetas, los pacientes serán capaces de identificar soluciones para cambiar. Los pacientes tienen la responsabilidad del cambio. La gente parece moverse en la misma secuencia de etapas de cambio, tanto si reciben la ayuda de un terapeuta como si no la reciben (Miller y Rollnick, 1991). Manteniendo los objetivos de dar poder y auto determinación (Kinney, Haapala y Booth, 1991), sigue siendo responsabilidad del miembro de la familia ver que la vida sería mejor sin la sustancia o reduciendo su consumo. El trabajo del terapeuta es aumentar la conciencia del consumidor de sustancias de los efectos que su consumo tiene sobre la familia mediante la identificación de sentimientos y conductas.

Los terapeutas pueden utilizar el mismo proceso de Entrevista Motivacional para comprometer a los miembros de la familia en el reconocimiento del problema de consumo de sustancias de otro miembro de la familia. Las téc-

nicas son las mismas. La diferencia estriba en el trato con la ambivalencia de que los miembros que no consumen solicitan ayuda para ellos mismos y quieren distanciarse del consumo de sustancias (Miller y Rollnick, 1991). Los miembros de las familias pueden verse animados a participar aumentando así la toma de conciencia del que consume sustancias, de sus conductas negativas que afectan el sistema familiar.

La sesión inicial de la Entrevista Motivacional utiliza las cinco siguientes estrategias (Miller y Rollnick, 1991) para ayudar a los pacientes a explorar su ambivalencia y expresar las razones de cambio:

1. Hacer preguntas abiertas  
Hacer preguntas de manera que animen al paciente para que sea el que más hable
2. Escuchar reflexivamente  
Hacer preguntas de clarificación parece distanciar al paciente, es necesario hacer afirmaciones que no creen barreras
3. Afirmar  
Reconocer la fuerza necesaria para identificar la situación
4. Resumir  
Relacionar todo el material que se ha discutido
5. Elicitar afirmaciones automotivantes  
Es el paciente el que presenta argumentos para cambiar.

El grado de incomodidad de uno o más sujetos debe ser lo suficientemente elevado como para facilitar el cambio. La evaluación debe incluir tres puntos importantes; 1) ¿está la persona preparada para abordar el problema?, 2) ¿están preparados para recibir ayuda?, 3) ¿están preparados para realizar cambios?.

El terapeuta SICF puede utilizar sus habilidades para aumentar la conciencia de los sujetos sobre los efectos que el consumo de sustancias tiene sobre la familia, esto será de gran ayuda para la familia. Si la cuestión del consumo de sustancias se aborda antes de entablar una buena relación con la familia, el terapeuta perderá la oportunidad. Por lo tanto, es necesario evaluar qué miembro de la familia está preparado para discutir esta cuestión, eliminando

el tiempo perdido en romper la negación de cualquier otra persona. La negación no es la cuestión central en las intervenciones SICF, lo es el cambio de conducta.

### **Discusión sobre la Resistencia y la Negación**

Muchos terapeutas contemplan la resistencia de forma negativa como cualquier acción o actitud del paciente que impide el curso del trabajo terapéutico (Strean, 1986). La Entrevista Motivacional reformula este punto de vista. La resistencia se ve como una diferencia de expectativas entre el terapeuta y el paciente. Los terapeutas a menudo etiquetan a los pacientes como resistentes porque no responden al estilo particular del terapeuta. Si el cliente no se compromete, es responsabilidad del terapeuta volver a evaluar la intervención. Esto elimina que el terapeuta se frustre y el paciente reciba la etiqueta de resistente.

El modo en que un terapeuta interactúa con los pacientes es casi tan importante como, o quizás más importante que, el abordaje específico o la escuela de pensamiento desde la que éste opera (Miller y Rollnick, 1991). El estilo del terapeuta, variable a menudo ignorada en la investigación sobre resultados, es uno de los principales determinantes del éxito del tratamiento (Cartwright, 1981). Se han observado diferencias notables en los niveles de resistencia cuando el mismo terapeuta toma diferentes abordajes con los pacientes (Miller y Sovereign, 1989). La resistencia es una de las claves del éxito del tratamiento si se reconoce como lo que es: una oportunidad de cambio (Miller y Rollnick, 1991).

La negación se conceptualiza como implicarse en negar o no aceptar importantes aspectos de la realidad o de la propia experiencia que realmente pueden percibirse (Goldstein, 1985). La negación es un mecanismo de auto protección que debe usarse en la intervención. Si se define operativamente, no es algo más característico de los alcohólicos que de los no alcohólicos (Skinner y Allen, 1983). Cuando el consumo de sustancias interfiere en la propia vida el consumidor finalmente es consciente de ello, a la vez que se siente asustado y muy protector hacia el consumo. Utilizar la Entrevista Motivacional como intervención, no requiere la admisión de la etiqueta de alcohólico

o drogadicto. Evitar la etiqueta reduce cualquier juicio por parte del terapeuta hacia la negación y la resistencia. El terapeuta aumenta la conciencia del consumidor sobre los efectos que el consumo de sustancias produce en la familia. Esto se consigue mediante el feedback reflexivo de conductas que se han producido en el hogar. Este dialogo entre el terapeuta y el consumidor de sustancias ejemplifica la necesidad de cambio.

El terapeuta SICF cuenta con las habilidades necesarias. Este método elimina la posibilidad de que el paciente cree cualquier barrera de protección o negación porque siente aceptación, no confrontación. La atmósfera es de comprensión y reconocimiento. Es la atmósfera capaz de producir cambios. Tres condiciones críticas para generar cambios son: empatía adecuada, afecto no posesivo y sinceridad (Miller y Rollnick, 1991).

El cambio es un proceso. Prochaska y DiClemente (1982) han desarrollado un modelo de cambio con 6 fases, manteniendo el enfoque en la fase en la que se encuentra el paciente. La fase de pre-contemplación es el punto en el que se encuentra el paciente antes de reconocer la necesidad de un cambio conductual. Los pacientes que abusan de sustancias no creen ni admiten que existe un problema que es necesario cambiar. Si el terapeuta interviene en este punto recomendando tratamiento, el paciente rechazará la información. Si el terapeuta reconoce durante la intervención que uno o todos los miembros de la familia están en esta fase, deberá utilizar la escucha reflexiva para ayudar a la familia a ver los efectos que el consumo de sustancias produce en la situación de crisis. Intervenir en esta fase con más intensidad sobre el consumo de sustancias, dando más información, tratamiento o confrontación, producirá resultados más pobres (DiClemente, 1991). Es necesario ayudar a motivar a los pacientes a avanzar hasta la fase de contemplación.

Durante el proceso de establecimiento de la relación terapéutica y mediante el uso de la escucha reflexiva, el terapeuta ayuda al paciente a avanzar hasta la fase de contemplación. El paciente toma conciencia de que existe un problema y que es necesario un cambio. El terapeuta proporciona información e incentivos para cambiar, tales como menos discusiones familiares. La información personal relevante o feedback pueden tener un impacto favo-

able (DiClemente, 1991). Puede ser útil apoyar a los miembros que no consumen drogas ni alcohol para que expresen sus sentimientos y los efectos sobre la familia. Destacando los aspectos positivos del cambio de conducta se obtiene más éxito que destacando los negativos. Durante esta fase es adecuado ayudar al paciente a trabajar la ambivalencia, a anticipar las barreras, a disminuir el deseo de la conducta problemática y a obtener un aumento de la autoeficacia (DiClemente, 1991).

En la etapa de determinación el terapeuta indica las opciones de cambio. El paciente reconoce que está preparado para cambiar. El terapeuta clarifica las posibles vías, explora el plan y enfoca detalles a tener en cuenta para conseguir los cambios. Esta fase tiene una vida corta y debe aprovecharse rápidamente cuando se abre la puerta de la oportunidad. En la etapa de acción se realizan los pasos para conseguir el cambio. El terapeuta SICF puede ayudar al paciente en esta fase llevándole a realizar una evaluación de drogas y alcohol, a sesiones de grupos de autoayuda o a acceder a otros recursos para tratar la adicción.

El modelo cuenta con dos etapas adicionales. La de mantenimiento, cuando se evita la recaída, y la etapa de recaída, que se utiliza para renovar la contemplación, determinación y acción del paciente para cambiar el consumo de sustancias. El terapeuta SICF probablemente ya no estará involucrado con la familia en estas dos últimas etapas. Para discriminar las diferentes etapas de la preparación para el cambio, es importante que el terapeuta adopte diferentes abordajes, dependiendo de la etapa del proceso de cambio en la que se encuentra el paciente (Davidson, Rollnick y MacEwan, 1991).

## Resumen

Tanto en la Entrevista Motivacional como en los Servicios Intensivos de Conservación Familiar, para ayudar al paciente a generar cambios de conducta, no son necesarios ni el diagnóstico ni el uso de etiquetas. No es necesario inmovilizar el sistema forzando la admisión en un centro para establecer un diagnóstico. El foco principal de intervención siempre son los cambios que la familia identifica como prioritarios para que el sistema funcione con mayor eficacia. El terapeuta de los Servicios Intensivos de

Conservación Familiar ha sido entrenado minuciosamente con habilidades adecuadas para utilizar la Entrevista Motivacional. Utilizar la Entrevista Motivacional ampliará el foco de intervención. Los objetivos familiares pueden incluir la reducción o eliminación del consumo de sustancias, que conllevará la reducción de la incidencia de violencia y negligencia en algunas familias. A su vez, se reduce el riesgo de separar a las familias. Incluir como objetivo la opción de reducir o eliminar el consumo problemático de sustancias confiere energía al SICF.

Incorporar la Entrevista Motivacional en la intervención es un proceso natural. Se eliminan las barreras para animar a realizar un proceso de cambio en el consumidor. Es una vía de mayor alcance para ayudar a las familias con el riesgo de que sus hijos sean excluidos del hogar por la presencia de un consumo problemático de sustancias.

## BIBLIOGRAFIA

- Alcoholicus Anonymus (1976), New York: Alcoholicus Anonymus World Service, 43 Barthel, J (1991) For Children's Sake - The Promise of Family Preservation Services, Philadelphia: Winchell Co
- Blythe BJ, Salley MP, & Jaratne S, (1994) A Review of Intensive Family Preservation Services Research, *Social Work Research*, Vol 18, No 4, December
- Brown S (1985) *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*, New York: John Wiley and Sons
- Cartwright AKJ (1981) Are Different Therapeutic Perspectives Important in the Treatment of Alcoholism *British Journal of Addiction*, 76, 347-361
- Cole, E & Duva J (1990) *Family Preservation: An Orientation for Administrators and Practitioners*, Washington DC: Child Welfare League of America
- Davidson R, Rollnick S, & MacEwan I (Eds) (1991) *Counseling Problem Drinkers*, London: Tavistock/Routledge
- DiClemente CC (1991) Motivational Interviewing and the Stages of Change, In W, Miller & S Rollnick (Eds) *Motivational Interviewing* (pp 191-202) New York: Guilford Press
- Feldman LH (1991) Evaluating the Impact of Intensive Family Preservation Services in New Jersey, In K Wells & D Biegel (Eds), *Family Preservation: Services* (pp 47-71) Newbury Park, California: Sage Publications
- Fraser M (1990) Program Outcome Measures, In Y, Y, Yuan & Rivest (Eds) *Preserving Families, Evaluation Resources for Practitioners and Policymakers* (pp 77-101) Newbury Park, California: Sage Publications
- Golan N (1978) *Treatment in Crissis Situations*, New York: Free Press
- Goldstein E (1986) Ego Psychology, In F J Turner (Ed), *Social Work Treatment, Interlocking Theoretical Approaches* (pp 375-406) New York: Free Press
- Kaplan H, Sadock B, & Grebb J (1994) *Synopsis of Psychiatry*, Seventh Edition, Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins

Kendrick JM (1991) Crisis Intervention in Child Abuse, A Family Treatment Approach, In AR Roberts (Ed) Contemporary Perspectives on Crisis Intervention and Prevention, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc

Kinney J, Haapala D & Booth C (1991) Keeping Families Together, New York: Walter de Gruyter, Inc

Johnson LD, O'Malley PM, & Bachman JG (1985) Use of Licit and Illicit Drugs by American High School Students, 1975-1980 Department of Health and Human Services, Alcohol Drug Abuse & Mental Health, Washington, DC: US Government Printing Office

Miller W, & Rollnick S (1990), Motivational Interviewing , New York: Guilford Press

Miller WR, & Sovereign RG (1989) The Check Up: A Model for Early Intervention in Addictive Behaviors, In T Loberg, WR Miller, PE Nathan & GA Marlatt (Eds) Addictive Behaviors: Prevention and Early Intervention (pp 219-231) Amsterdam: Swets & Zeitlinger

Morris M, (1993, February) Intensive Care for Families in Crisis, Womens Day, 58-60

Pecora PJ, Fraser MW & Haapala DA (1992, March-April) Intensive Home Based Family Preservation Services: An Update from the FIT Project, Child Welfare League of America, Vol LXXI, No 2

Prochaska, JO & DiClemente CC (1982) Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change, Psychotherapy, Theory, Research and Practice, 19, 276-288

Raport L (1970) Crisis Intervention as a Model of Brief Treatment, In RW Roberts & R Nee (Eds) Theories of Social Casework (pp 265-311), Chicago: University of Chicago Press

Roberts AR (1990) An Overview of Crisis Theory and Crisis Intervention, In AR Roberts (Ed) Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research (pp 3-16), Belmont, California: Wadsworth, Inc

Skinner HA & Allen BA (1983) Differential Assessment of Alcoholism, Journal of Studies on Alcohol, 44, 852-862

Stean HS (1986) Psychoanalytic Theory, In FJ, Turner (Ed), Social Work Treatment, Interlocking Theoretical Approaches (pp 19-45) New York: Free Press

Weiten W (1992) Psychology, Themes and Variations, California: Brooks/Cole, 550-551

Woods ME, & Hollins F (1990) Casework, New York: McGraw-Hill

Zastrow C, & Kirst-Ashman K (1990) Understanding Human Behavior and the Social Environment, Second Edition, Chicago: Nelson-Hall