



GUÍA

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE EN EL USO PROBLEMÁTICO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN COLECTIVOS VULNERABILIZADOS

Una herramienta para Médicos del Mundo

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD



SECRETARÍA
DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

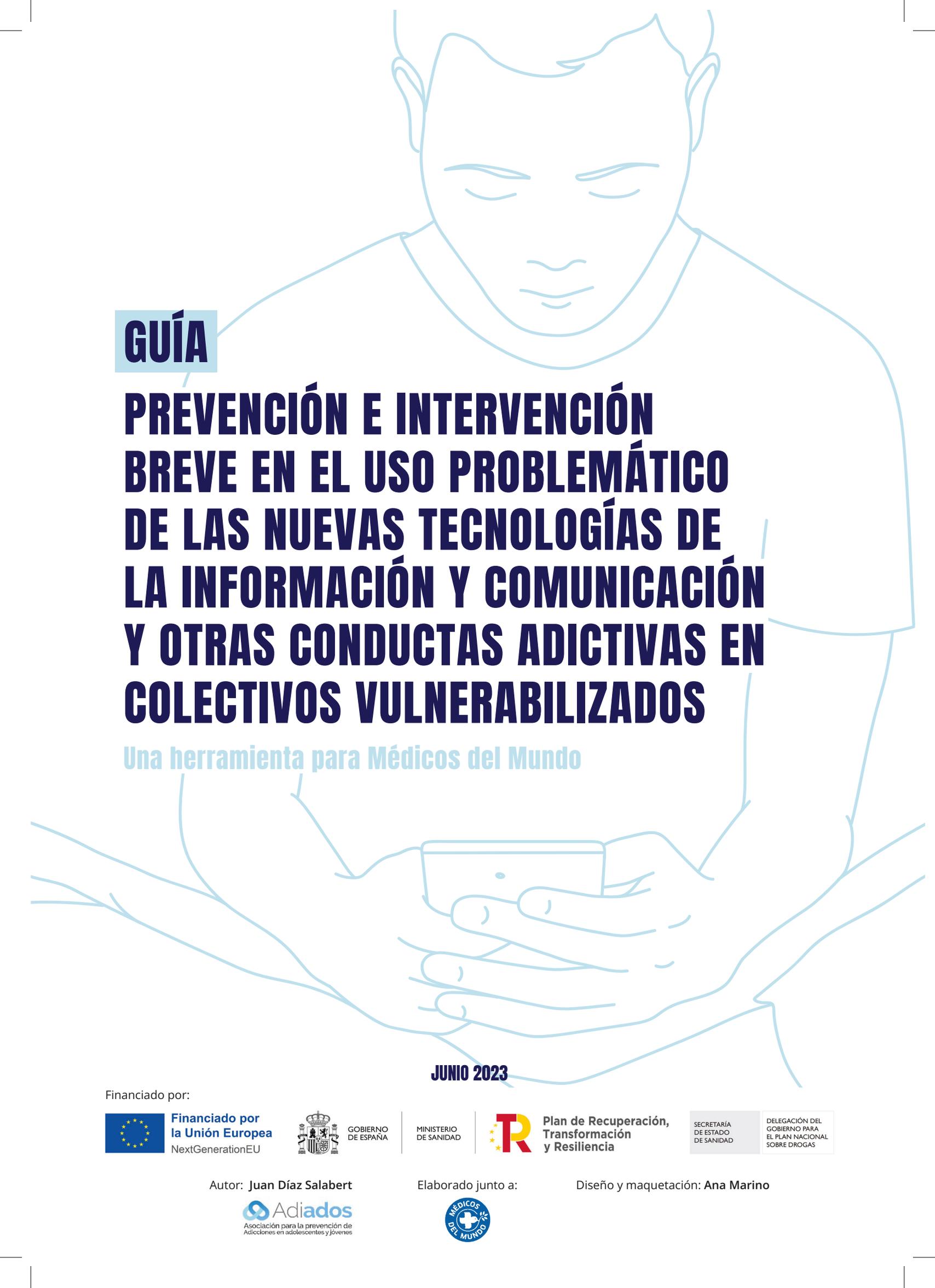
Autor: **Juan Díaz Salabert**



Elaborado junto a:



Diseño y maquetación: **Ana Marino**



GUÍA

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE EN EL USO PROBLEMÁTICO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN COLECTIVOS VULNERABILIZADOS

Una herramienta para Médicos del Mundo

JUNIO 2023

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD



SECRETARÍA
DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

Autor: **Juan Díaz Salabert**



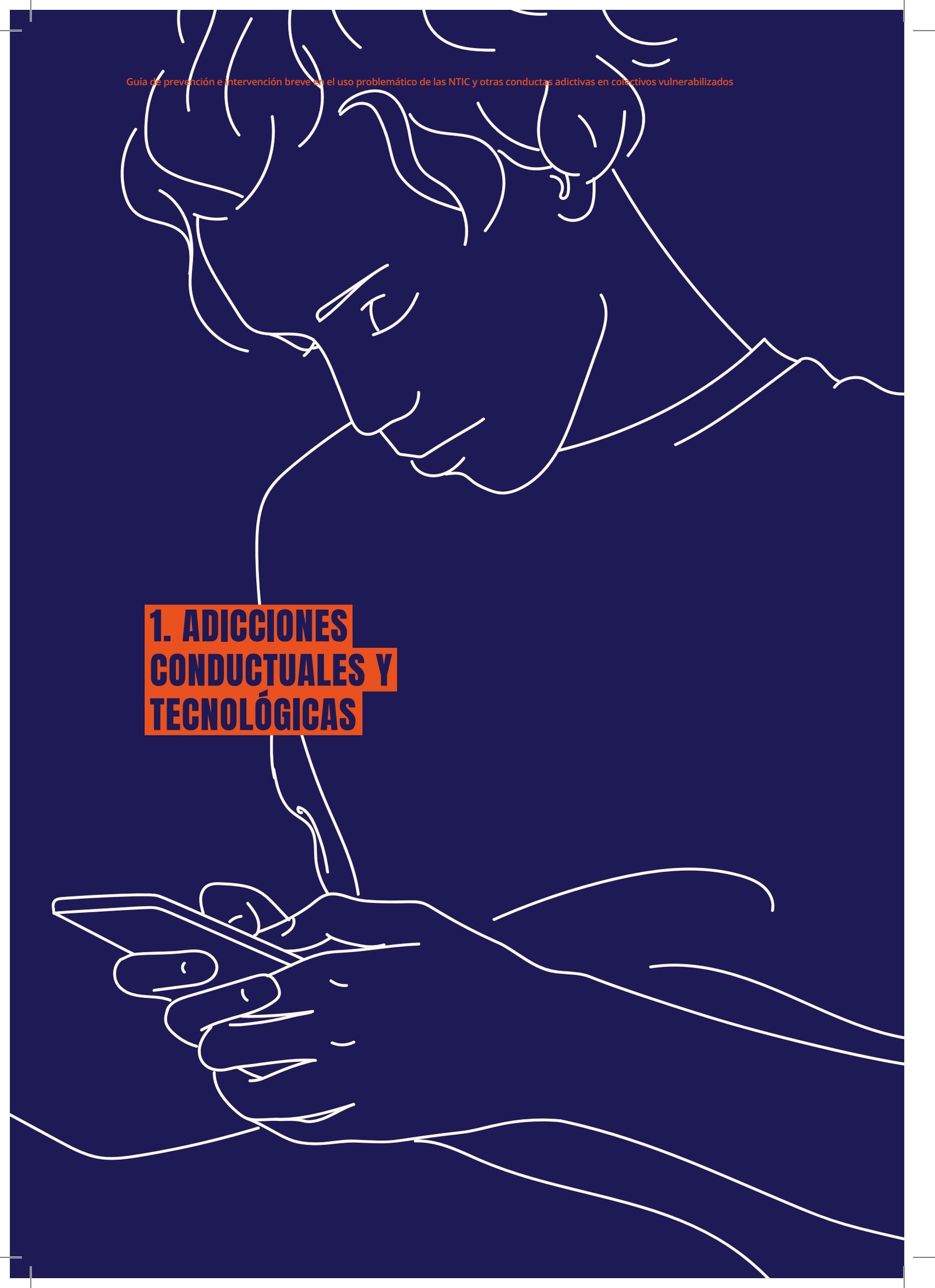
Elaborado junto a:



Diseño y maquetación: **Ana Marino**

ÍNDICE

1. Adicciones conductuales y tecnológicas	6
1.1. Conductas adictivas y adicciones conductuales	7
1.1.1. Evolución histórica del concepto de adicción	7
1.1.2. Fundamentos neuropsicológicos de las adicciones	10
1.2. Uso problemático y adictivo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación	12
1.2.1. Modelo cognitivo conductual del uso problemático de las NTIC	12
1.2.2. Incidencia del uso problemático de las NTIC	15
1.3. Factores de riesgo y consecuencias del uso patológico de las NTIC	16
1.3.1. Factores predisponentes y factores de riesgo	16
1.3.2. Consecuencias biopsicosociales	17
1.4. Factores de protección y estrategias de prevención de las ntic y otras conductas adictivas	18
1.4.1. Factores de protección	18
1.4.2. Tipos de estrategias de prevención	19
2. Intervención motivacional breve aplicada a las conductas adictivas	23
2.1. Motivación y cambio	24
2.1.1. La naturaleza de la motivación	24
2.1.2. Modelo Transteórico de los Estadios del Cambio	25
2.2. Intervenciones motivacionales breves	27
2.2.1. Detección, intervención breve y derivación a tratamiento	27
2.2.2. Enfoques eficaces de asesoramiento motivacional breve	27
2.3. Espíritu y principios de la entrevista motivacional	30
2.3.1. El espíritu de la Entrevista Motivacional	30
2.3.2. Ambivalencia y resistencia al cambio	31
2.3.3. Conversación de mantenimiento y conversación de cambio	32
2.4. Competencias básicas de la entrevista motivacional	33
2.4.1. Preguntas abiertas	33
2.4.2. Afirmar	33
2.4.3. Escucha reflexiva	34
2.4.4. Resumir	36
2.5. Procesos de la entrevista motivacional	37
2.5.1. Implicar	37
2.5.2. Enfocar	38
2.5.3. Evocar	40
2.5.4. Planificar	46

A white line-art illustration on a dark blue background. The top half shows a profile of a person's face looking down. The bottom half shows a hand holding a smartphone. A thin white line connects the person's eye area to the smartphone screen.

1. ADICCIONES CONDUCTUALES Y TECNOLÓGICAS

1.1. CONDUCTAS ADICTIVAS Y ADICCIONES CONDUCTUALES

1.1.1. Evolución histórica del concepto de adicción

Las conductas adictivas han existido desde el principio de la historia. A menudo se experimentan subjetivamente como “pérdida de control” y tienden a ocurrir a pesar de los intentos voluntarios de abstenerse o moderar su uso. Se caracterizan por una gratificación inmediata (recompensa a corto plazo), junto con efectos nocivos tardíos (costes a largo plazo). Aunque las denominadas adicciones conductuales (sin la ingesta concomitante de una sustancia psicoactiva como el alcohol u otras drogas) solo recientemente se han reconocido como tales, estas conductas han acompañado a la humanidad desde hace miles de años.

En la antigua Roma se llamaba “addictus” al ciudadano al que el juez adjudicaba como esclavo a su acreedor por no tener ya nada con que pagar sus deudas. El juego era omnipresente entre todas las clases sociales, y aunque no sabemos el porcentaje de esclavos romanos por deudas que eran jugadores, la relación entre el juego y los devastadores problemas financieros era bien conocida. Ésta fue la condición de muchos plebeyos en la antigua Roma, que tuvieron que endeudarse con los patricios para poder subsistir. Éstos les prestaban el dinero a alto interés y al no poder devolver el capital con sus intereses, el juez decretaba, conforme a la ley, que se adjudicasen al acreedor todos los bienes del deudor. Y si con ello no se alcanzaba a cubrir la deuda, o si éste no poseía bienes, era adjudicado el mismo deudor como esclavo por sentencia judicial.

La pérdida de la libertad y la caída temporal o permanente en la esclavitud es el fundamento etimológico del término con el que denominamos este tipo de conductas. La comprensión del proceso por el que, a pesar de su carácter disfuncional e inadaptativo, se inician y mantienen estos comportamientos, ha ido evolucionando con el paso de los siglos, y aunque hoy en día la adicción (implicando sustancias químicas o no) es considerada una enfermedad o un trastorno del funcionamiento biopsicosocial, durante mucho tiempo, el empecinamiento en mantener conductas potencialmente dañinas se entendió desde una perspectiva ética o moral de una manera similar a la forma en que la adicción era entendida por los antiguos griegos que la atribuían a lo que ellos llamaban akrasia. La palabra “akrasia” procede del griego kratos, poder, que, por la “a” privativa, puede significar literalmente “falta de poder” o “falta de dominio”. Para referirse a la akrasia también se ha estandarizado en la literatura filosófica la expresión “debilidad de la voluntad”. Por “debilidad de la voluntad” se suele entender el fenómeno de la acción humana intencional según el cual un agente capaz de obrar según el conocimiento de lo que es correcto, o de acuerdo con su buen juicio, actúa, sin embargo, en contra de él.

Todavía a mediados del siglo XX, las adicciones (generalmente denominadas drogodependencias o toxicomanías) únicamente se entendían como un trastorno o enfermedad cuando se asociaban a determinadas sustancias químicas. Se subrayaba así, un proceso fisiológico subyacente producido por la toxicidad de dichas sustancias que creaban las toxicomanías. Pero en los años ochenta del pasado siglo, autores provenientes de la psicología y otras disciplinas de estudio del comportamiento señalaron que realmente las personas se vuelven adictas a las experiencias. La experiencia adictiva es la totalidad del efecto que se deriva de fuentes farmacológicas y fisiológicas, pero toma su forma última de las construcciones culturales e individuales de la experiencia. La forma más reconocible de la adicción es un apego disfuncional extremo a una experiencia que es nocivo para la persona, pero que es una parte esencial de la ecología de la persona y a la que le es difícil renunciar. Este estado es el resultado de un proceso dinámico de aprendizaje social en el que la persona encuentra una experiencia gratificante porque mejora de inmediato sus necesidades, pero que en el largo plazo daña su capacidad para afrontar las dificultades y para generar fuentes estables de gratificación en su medio ambiente.

Esta definición es comparable a la declaración inicial en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-III-R con respecto a la dependencia de sustancias psicoactivas: “La esencial característica de este trastorno es un grupo de problemas cognitivos, síntomas conductuales y fisiológicos que indican que la persona tiene un control alterado de los usos de sustancias psicoactivas y un uso continuo de la sustancia a pesar de las consecuencias adversas”. A pesar del amplio consenso en la psicología y una buena parte de la psiquiatría en señalar las similitudes entre las denominadas adicciones con y sin sustancias, no fue hasta el 2013 cuando la quinta edición de este importante manual de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM 5) propuso una nueva categoría de enfermedades mentales que denominó “Trastornos adictivos y relacionados a sustancias “ que incluye dos tipos de trastornos:

- **Trastornos relacionados a sustancias:**

El diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias se basa en un patrón patológico de conductas relacionadas con el uso de una determinada sustancia.

- **Trastornos adictivos no relacionados a sustancias:**

Esta última categoría incluye únicamente en la actualidad el Trastorno por Juego de Apuestas (Gambling Disorder) anteriormente incluido entre los trastornos del control de impulsos. Bajo el epígrafe: “Condiciones para más estudios en el futuro” se ha incluido el llamado Internet Gaming Disorder o Trastorno por videojuegos.

Unos años después, en la onceava Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11) publicada en el 2018, la O.M.S. se incluyó el “trastorno por videojuegos”, que se refiere al uso de juegos digitales o videojuegos, con o sin conexión a Internet dentro del epígrafe de “trastornos debidos a comportamientos adictivos”, caracterizado por un patrón de comportamiento de juego “continuo o recurrente” vinculado a tres condiciones negativas provocadas por el mal uso de los juegos digitales:

- 1) La falta de control de la conducta de juego en cuanto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización y contexto en que se juega.
- 2) El aumento de la prioridad que se otorga a los juegos frente a otros intereses vitales y actividades diarias.
- 3) El mantenimiento o escalada de la conducta a pesar de tener conciencia de las consecuencias negativas.

La aceptación en estos importantes catálogos de enfermedades mentales de los comportamientos adictivos, aunque solo hayan sido aquellos relacionados con el juego de apuestas o los videojuegos, abre la puerta a la aceptación de otras posibles adicciones conductuales, especialmente a las relacionadas con las nuevas tecnologías de la relación, información y comunicación (TRIC) debido a su elevado potencial adictivo asociado a la inmediatez y alta gratificación que pueden proporcionar.

Se han propuesto como posibles conductas adictivas una larga relación de comportamientos que en determinadas circunstancias personales y sociales puedan establecerse en patrones de hábitos que cumplan los criterios que se consideran propios de las adicciones. A modo de ejemplo relacionamos las propuestas por la Sociedad Española de patología Dual:

CLASIFICACIÓN DE PATRONES ADICTIVOS DE CONDUCTA

- Juego patológico (tal y como se define en el DSM-5)
- Adicciones vinculadas a tecnología de comunicación
 - Adicción al móvil
 - Adicción a internet
- Adicción a internet generalizada
- Adicción a internet específica
 - Videojuegos
 - Apuestas o juego online
 - Compra compulsiva online
 - Pornoadicción
 - Redes sociales
- Adicciones somáticas: aquellas vinculadas a conductas ligadas a funciones corporales
 - Adicción al sexo
 - Adicción a comer
 - Adicción al ejercicio físico
- Adicciones de conductas socialmente establecidas
 - Dependencia emocional
 - Compra compulsiva
 - Dependencia a grupos de manipulación psicológica

Todas estas conductas pueden llegar a ser adictivas. Para que en un momento concreto y en una persona determinada estos **patrones de conductas** sean considerados **adicciones** se ha propuesto que deben presentar las siguientes **características**:

Prominencia

Cuando la actividad específica se convierte en la actividad más importante en la vida de la persona y domina su pensamiento (preocupaciones y sesgos cognitivos), sentimientos (deseos) y comportamiento (deterioro del comportamiento socializado). Si la persona no está involucrada en el comportamiento, estará pensando en la próxima vez que lo esté. Existe también la 'prominencia inversa' con la actividad adictiva convirtiéndose en lo más importante en la vida de esa persona cuando se le impide participar en ese comportamiento.

Modificación del estado de ánimo

Consiste en la experiencia subjetiva que las personas informan como consecuencia de participar en una actividad en particular (un "subidón" o una sensación tranquilizadora). Es interesante destacar que la actividad de elección de una persona puede tener la capacidad de lograr diferentes efectos modificadores del estado de ánimo en diferentes momentos. En esencia, muchos adictos usan sustancias y comportamientos como una forma de producir un cambio confiable y constante en su estado de ánimo como una estrategia de afrontamiento para 'automedicarse' y sentirse mejor.

Tolerancia

Proceso mediante el cual se requieren cantidades crecientes de la actividad particular para lograr los efectos deseados. El ejemplo clásico de tolerancia es la necesidad de un adicto a la heroína de aumentar el tamaño de su 'dosis' para obtener el mismo tipo de sensación que alguna vez obtuvieron con dosis mucho más pequeñas. En los juegos de azar, la tolerancia puede implicar que el jugador tenga que aumentar gradualmente el tamaño de la apuesta para experimentar un efecto modificador del estado de ánimo que inicialmente se obtuvo con una apuesta mucho más pequeña. También puede implicar pasar períodos cada vez más largos jugando.

Síntomas de abstinencia

Se refieren a los estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando la actividad en particular se interrumpe o se reduce repentinamente. Dichos efectos de abstinencia pueden ser psicológicos (cambios de humor extremos e irritabilidad) o también fisiológicos (náuseas, sudores, dolores de cabeza, insomnio y otras reacciones relacionadas con el estrés). Los efectos de abstinencia están bien documentados en las adicciones a las drogas y cada vez hay más pruebas de que también se pueden presentar en las adicciones conductuales.

Conflicto

Conflictos entre el adicto y quienes lo rodean (conflicto interpersonal) o dentro del propio individuo (conflicto intrapsíquico) que están relacionados con la actividad adictiva. La elección continua de placer y alivio a corto plazo lleva a ignorar las consecuencias adversas y el daño a largo plazo, lo que a su vez aumenta la aparente necesidad de la actividad adictiva como estrategia de afrontamiento. El conflicto en la vida del adicto hace que termine comprometiendo sus relaciones personales, su vida laboral o educativa y otras actividades sociales y recreativas. El conflicto intrapsíquico también se puede experimentar cuando sujetos que saben que están muy involucrados en el comportamiento adictivo quieren reducirlo o detenerlo, pero descubren que no pueden, experimentando una pérdida subjetiva de control.

Recaída

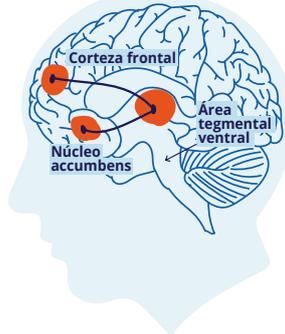
Tendencia a que vuelvan a ocurrir reversiones repetidas a patrones anteriores de la actividad en particular, e incluso a que los patrones más extremos, típicos del punto álgido de la adicción, se restablezcan rápidamente después de muchos años de abstinencia o control. El ejemplo clásico de comportamiento de recaída es el de los fumadores que a menudo dejan de fumar por un período de tiempo para volver a fumar a tiempo completo después de unos cuantos cigarrillos. Sin embargo, tales recaídas son comunes en todas las adicciones, incluidas las adicciones conductuales.

1.1.2. Fundamentos neuropsicológicos de las adicciones

Las adicciones conductuales se asemejan a las adicciones a sustancias en muchos dominios, incluida la historia natural (curso crónico y recidivante con mayor incidencia y prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes), fenomenología (ansia subjetiva, activación/relajación y abstinencia), tolerancia, comorbilidad, contribución genética superpuesta y mecanismos neurobiológicos.

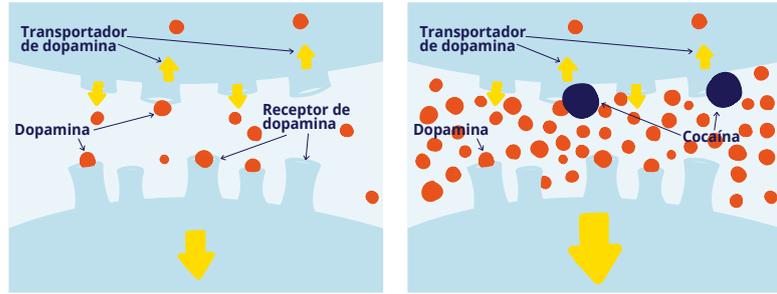
En la siguiente figura podemos observar cómo los mecanismos neurofisiológicos de las sensaciones de gratificación y recompensa producidos por el consumo de drogas (como la cocaína) y por otras conductas (como la comida o el sexo) tiene el mismo fundamento basado en el incremento del neurotransmisor dopamina en determinadas vías nerviosas del cerebro.

Vías de recompensa del cerebro (dopamina)



Estos circuitos cerebrales son importantes para las recompensas naturales como la comida, la música y el sexo.

Las drogas adictivas aumentan la dopamina



MIENTRAS INGIERE ALIMENTOS

MIENTRAS CONSUME COCAÍNA

Por lo general, la dopamina aumenta en respuesta a recompensas naturales, como los alimentos. Cuando se consume cocaína, los aumentos de la dopamina son exagerados y se altera la comunicación.

Fuente: NIDA. 2022, March 22. Drugs and the Brain.

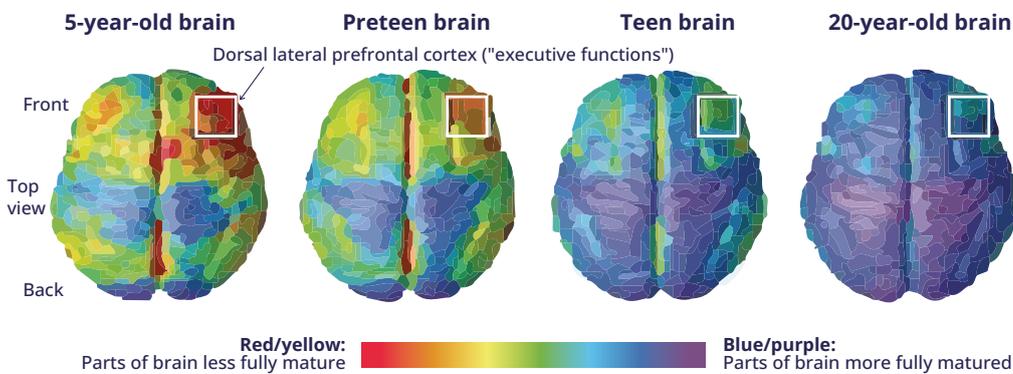
Aunque la potencia de determinadas drogas para producir este aumento dopaminérgico es bastante mayor que el de otras conductas no relacionadas con las sustancias exógenas, determinadas circunstancias de vulnerabilidad psicológica o social, así como determinadas contingencias de reforzamiento de ciertas conductas adictivas, provoca que puedan llegar a igualar, sino superar en muchos casos, la capacidad adictiva de muchas drogas.

La base común del desarrollo de la adicción es la hiperestimulación de las vías nerviosas que desde las áreas segmentales ventrales, donde se localizan los centros de placer del cerebro, influyen en el córtex prefrontal, responsable de las decisiones y la planificación de la conducta. De esta forma reiteración de su estimulación incrementará enormemente la valencia positiva de estas conductas adictivas llegando a dominar el repertorio conductual del individuo.

Es necesario remarcar que el proceso de adicción se verá modulado por las características de los sujetos sometidos a la exposición a este tipo de conductas. Entre las circunstancias personales que aumentarían la vulnerabilidad de una determinada persona al desarrollo de estos patrones conductuales disfuncionales, se encuentra el nivel de neuromaduración de su cerebro. Muy especialmente en lo que se refiere al córtex prefrontal. En la siguiente figura podemos observar como la maduración de esta importantísima área cerebral no alcanza su pleno desarrollo hasta bastante después del periodo que habitualmente consideramos adolescencia.

Judgment last to develop

The area of the brain that controls "executive functions" - including weighing long-term consequences and controlling impulses - is among the last to fully mature. **Brain development from childhood to adulthood:**



Fuente: National Institute of Mental Health; Paul Thompson, Ph.D., UCLA Laboratory of Neuro Imaging.

Thomas McKay | The Denver Post

A través de los estudios de imagen por resonancia magnética se ha observado que el cerebro, particularmente las cortezas de asociación de orden superior, como el córtex prefrontal, el córtex parietal posterior o el córtex temporal inferior experimenta fundamentalmente dos tipos de cambios a lo largo de la adolescencia:

- **Reorganización sináptica:** Eliminación de las conexiones escasamente usadas y el fortalecimiento o potenciación de las empleadas con frecuencia.
- **Mielinización:** Formación de las vainas de mielina que envuelven a los axones, lo que conlleva un incremento en la velocidad de transmisión de la información neural en las vías más frecuentemente utilizadas.

La repetición de comportamientos con potencial adictivo en edades en las que estos procesos madurativos no se han producido plenamente, aumentará la probabilidad de que se establezcan este tipo de hábitos. En estos patrones de conducta se primará la búsqueda de la gratificación inmediata disminuyendo la capacidad de creación de competencias de autocontrol como forma de afrontamiento de las emociones.

1.2. USO PROBLEMÁTICO Y ADICTIVO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (NTIC)

1.2.1. Modelo cognitivo conductual del uso problemático de las NTIC

En un día cualquiera de 1995 al psiquiatra Iván Goldberg, afincado en Nueva York, se le ocurrió gastar una broma. Había leído la cuarta edición del DSM y su descripción de los trastornos de dependencia a las sustancias, y decidió animarse con una parodia. Se inventó una enfermedad. La llamó "Trastorno de adicción a Internet". Describió sus síntomas y lo colgó, cómo no, en su discreto portal de Internet. Habló de ansiedad, de necesidad de conectarse horas y horas, y de movimiento involuntario de los dedos para teclear. Incluso animaba a crear un grupo de ciberadictos anónimos.

La sorpresa llegó días después. Recibió decenas de mensajes de gente que se identificaba con el problema. Sus colegas de profesión abrieron un intenso debate. La idea se extendió. Ese mismo año, la psicóloga Kimberley Young, referente en la materia, fundó el Centro para la Recuperación de la Adicción a Internet. Los medios comenzaron a hacerse eco. La bola de nieve ya era demasiado grande para detenerla.

La cantidad de contenidos disponibles, de posibles formas de entretenimiento y relación, así como la calidad y la velocidad de procesamiento de la información disponible en internet se ha multiplicado exponencialmente desde entonces. Su potencial adictivo se ha incrementado al mismo ritmo.

Diversos autores han descrito unas características del uso recreativo de internet que aumentan la probabilidad de que ciertas personas desarrollen un uso adictivo:

Accesibilidad

El acceso a Internet es ahora común tanto en el hogar como en el lugar de trabajo. Dado que la prevalencia de comportamientos está correlacionada con un mayor acceso a la actividad, el desarrollo del uso regular online esté aumentando entre la población general.

Anonimato

El anonimato de Internet permite a los usuarios participar de forma privada en sus actividades favoritas sin temor al estigma. Este anonimato también puede proporcionar al usuario una mayor sensación de control percibido sobre el contenido, el tono y la naturaleza de la experiencia online.

Inmersión/Disociación

Internet puede proporcionar sentimientos de disociación e inmersión que pueden facilitar los sentimientos de escape. La disociación y la inmersión pueden implicar muchos tipos diferentes de sentimientos, como perder la noción del tiempo, sentirse como otra persona o estar en un estado de trance.

Desinhibición

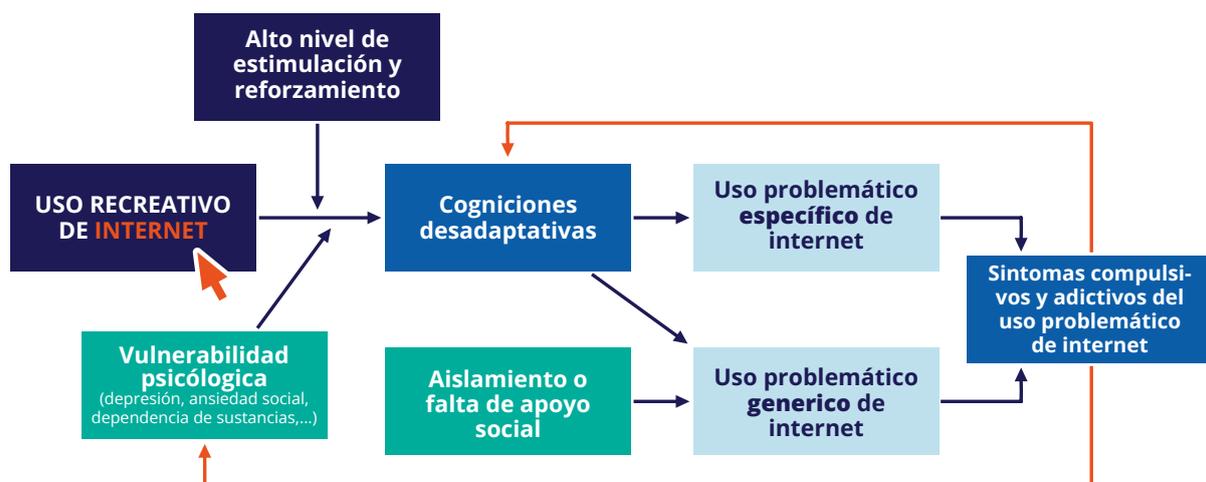
Los usuarios parecen abrirse más rápido online y revelarse emocionalmente más rápido que en el mundo real. Para el usuario de Internet, estar en un ambiente desinhibido puede conducir a sesiones online más prolongadas.

Aceptabilidad social

La percepción de la actividad online ha cambiado tremendamente en los últimos 20 años. Cada vez más precozmente los niños están expuestos a la tecnología y acostumbran a usar internet como herramientas para socializar. Relacionarse de esta manera se ha vuelto totalmente aceptable socialmente y cada vez más personas usan la tecnología como una herramienta más en su arsenal social.

En la investigación actual sobre la adicción a internet, los estudiosos de este fenómeno han distinguido entre la adicción a internet generalizada y la adicción a internet específica. La primera haría referencia al uso multidimensional excesivo o compulsivo de internet sin focalizarse en una aplicación en particular, mientras que la segunda se caracterizaría por el abuso de una aplicación concreta de internet, como los juegos, las apuestas, las redes sociales, el cibersexo o las compras online.

Para completar este planteamiento, se ha propuesto desde la psicología cognitivo-conductual un modelo de adicción a internet que interrelaciona los factores de vulnerabilidad, las cogniciones (estilos de afrontamiento y expectativas sobre internet) y los mecanismos de refuerzo de la conducta en el contexto de la adicción a internet tanto generalizada como específica. En concreto, se subraya la asociación entre la predisposición a ser gratificado por la aplicación, entendida como un rasgo esencial de la persona, y la expectativa de que esa aplicación satisfaga los deseos del sujeto.

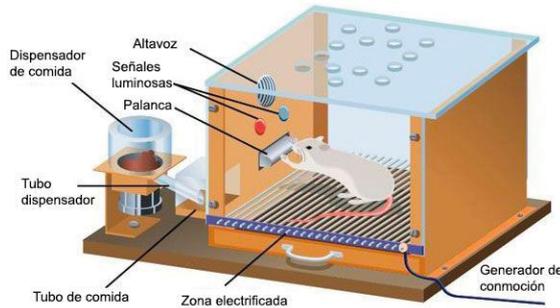


Fuente: MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET ADAPTADO DE R.A. DAVIS, 2001

Desde esta perspectiva, los sujetos implicados en las distintas aplicaciones de videojuegos o redes sociales actuarían de forma similar a los organismos experimentales atrapados en una caja de Skinner, realizando las respuestas en la topografía y duración correspondiente a los programas de contingencias de reforzamiento predeterminados por los responsables de las empresas tecnológicas que han programado dichas aplicaciones.

Condicionamiento operante

El término de condicionamiento operante hace referencia al proceso por el que la frecuencia de presentación de una conducta queda modificada por sus consecuencias. Así, la probabilidad de aparición de una conducta operante está determinada, principalmente, por los hechos que sucedieron después de realizar esta conducta en el pasado.

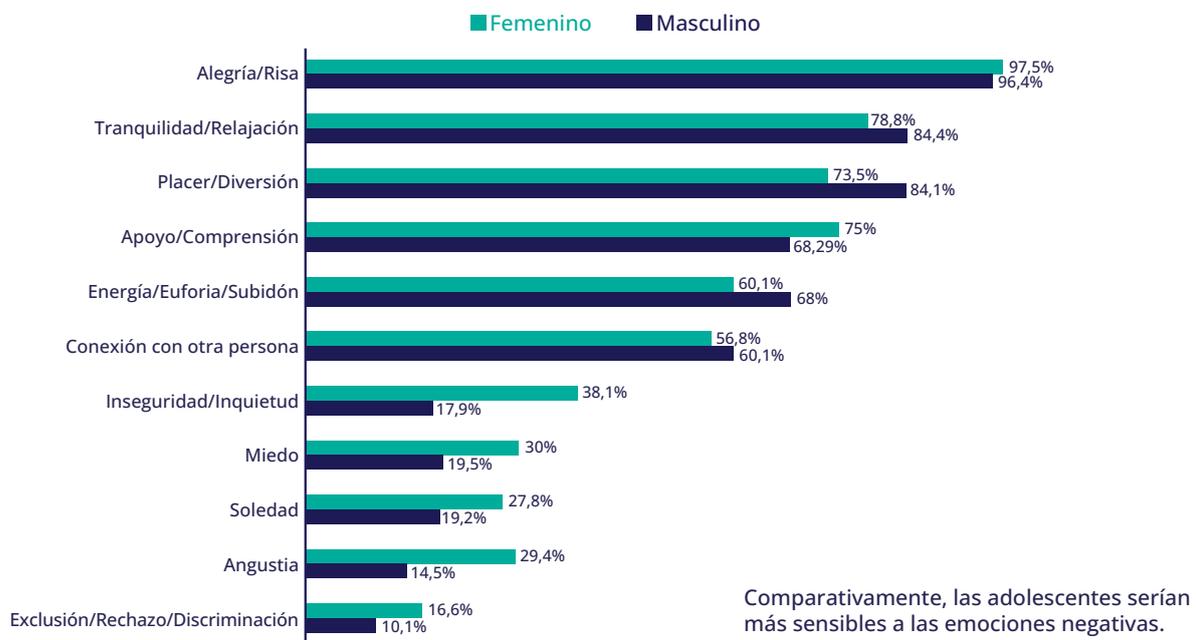


Skinner materializó la demostración de la ley del reforzamiento instaurando el proceso de condicionamiento operante con la jaula diseñada por él mismo y llamada caja de Skinner.

La diferencia en este caso, radicaría en que los estímulos reforzadores no serían algo tan simple como bolitas de comida y agua, sino aquellos capaces de producir sensaciones y emociones intensamente gratificantes, como se puede observar en las contestaciones de los estudiantes de enseñanzas secundarias que respondieron a la pregunta de la encuesta de Unicef mostrada en la siguiente figura.

Estudio sobre el impacto de la tecnología en la adolescencia

Emociones en internet: ¿Qué has sentido en la Red?



Fuente: Estudio sobre el impacto de la tecnología en la adolescencia. UNICEF

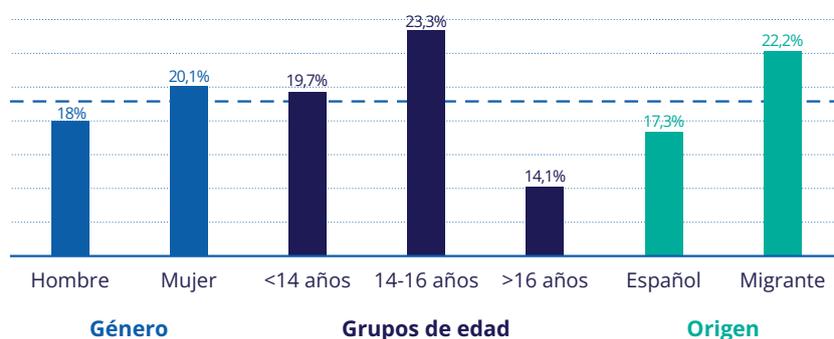
1.2.2. Incidencia del uso problemático de las NTIC

Diferentes estudios han encontrado que el uso problemático, compulsivo o adictivo de internet (términos que con ligeras diferencias podemos entender más o menos como equivalentes) se encuentra ampliamente extendido entre la población más joven. La Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) realizada por el Plan Nacional sobre Drogas, constató en su última edición de 2021 que el uso compulsivo de internet se podía diagnosticar en el 23,5 % de los estudiantes de 14 a 18 años (en el 28,8 % de las alumnas y en el 18,4% de los alumnos varones). Estos datos suponen un incremento respecto a los resultados obtenidos en 2019 que mostraban un 20 % de incidencia de uso compulsivo entre los estudiantes de ambos géneros (23,4 % ellas y 16,4 % ellos).

Por otro lado, el estudio realizado por UNICEF en 2021 entre los estudiantes de las Enseñanzas secundarias Obligatorias (entre 12 y 16 años) encontraba un uso problemático de internet en el 33% del alumnado. (36,1% entre las alumnas y 29,8% entre los alumnos varones). Aunque estos dos estudios de ámbito nacional se hayan realizado en poblaciones algo diferentes y con escalas algo distintas, muestran una realidad bastante similar: Aproximadamente una de cada tres chicas y uno de cada cuatro chicos que estudian en España, utilizan las nuevas tecnologías de una forma que implica importantes riesgos para su bienestar personal y su relación familiar.

Otro estudio de CARITAS publicado en el 2022 encuentra datos parecidos en la población adolescente en situación de vulnerabilidad social, como se muestra en el gráfico que se muestra a continuación.

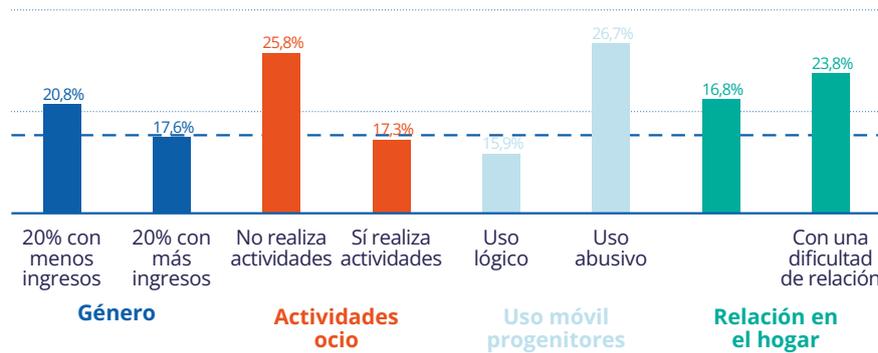
Porcentaje de adolescentes que presentan riesgo de uso adictivo de pantallas según sexo, grupo de edad y origen



Fuente: Impacto de las pantallas en la vida de la adolescencia y sus familias en situación de vulnerabilidad social Cáritas Española. 2022 Menores entre 12 y 17 años en situación de exclusión social

Este estudio deja claro que una situación de menores ingresos económicos no sería un factor de protección del uso problemático de las TIC debido a una eventual mayor dificultad de acceso a los dispositivos y a la conexión online, sino que incrementa la probabilidad de que los adolescentes de las familias en peor situación económica tengan un uso aún más abusivo de estas aplicaciones.

Porcentaje de adolescentes que presentan uso adictivo de Internet según variables socioeconómicas



Fuente: Impacto de las pantallas en la vida de la adolescencia y sus familias en situación de vulnerabilidad social Cáritas Española. 2022 Menores entre 12 y 17 años en situación de exclusión social

Este estudio nos señala que la mala situación económica, la carencia de actividades de ocio, las malas relaciones familiares y el ejemplo negativo de los progenitores serían factores de riesgo del uso problemático entre los adolescentes en situación de vulnerabilidad social.

1.3. FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL USO PATOLÓGICO DE LAS NTIC

1.3.1. Factores predisponentes y factores de riesgo

Contribución genética a los trastornos por uso de Internet

Los estudios sugieren que hasta el 48% de las diferencias individuales en las características de los trastornos por uso de Internet pueden explicarse por factores genéticos, aunque los grados de las estimaciones de heredabilidad varían según las investigaciones. Un ejemplo de las variaciones genéticas que se han relacionado con los trastornos del uso de Internet está relacionado con los sistemas dopaminérgicos. Este hallazgo coincide con los hallazgos que relacionan los polimorfismos candidatos con otras adicciones conductuales como el juego patológico.

Aunque varios estudios iniciales brindan evidencia preliminar de posibles contribuciones genéticas a los trastornos del uso de Internet, se necesita más investigación. También es probable que las personas con diferentes tipos de trastornos de uso de Internet representen un grupo heterogéneo con respecto a sus perfiles genéticos. La mayoría de los estudios sobre genética incluyeron a personas con trastornos de los juegos de Internet, o no diferenciaron entre los diferentes tipos de uso.

Experiencias negativas de la primera infancia

Otros factores biosociológicos, que pueden hacer que las personas sean vulnerables a desarrollar un trastorno mental en general o un comportamiento adictivo en particular, son las experiencias negativas de la primera infancia, como traumas tempranos, abuso emocional o físico y aislamiento social. De acuerdo con esta noción, algunos estudios han encontrado correlaciones entre los eventos negativos de la vida temprana y los trastornos del uso de Internet.

Los eventos negativos de la vida en la primera infancia también se han relacionado con un estilo de apego inseguro, que se ha encontrado relacionado con los trastornos del uso de Internet. Un correlato biológico del estilo de apego inseguro son los niveles más bajos de oxitocina, que también se han asociado con el desarrollo de conductas adictivas. De acuerdo con esta noción, las experiencias estresantes en la primera infancia hacen que las personas sean más vulnerables a reaccionar intensamente al estrés en la adolescencia y la edad adulta y desarrollar trastornos mentales y comportamientos adictivos.

Situaciones de estrés y habilidades para su afrontamiento

El estrés experimentado en la vida diaria y el uso posterior de Internet como una herramienta para hacer frente a eventos de la vida problemáticos o estresantes también se han considerado factores importantes que potencialmente contribuyen al desarrollo de trastornos por uso de Internet. En particular, las tendencias hacia estrategias de afrontamiento impulsivas cuando algunos individuos se enfrentan al estrés diario se han considerado problemáticas en este contexto

Algunos autores conceptualizan los trastornos por uso de Internet como un afrontamiento disfuncional de la vida cotidiana. Las personas que tienen una mayor vulnerabilidad al estrés en combinación con estrategias de afrontamiento impulsivas pueden estar más inclinadas a reaccionar con un impulso de regulación del estado de ánimo cuando se enfrentan a una situación estresante. Esta interacción podría dar como resultado una mayor probabilidad de usar la aplicación de Internet elegida si el individuo tiene la expectativa (implícita o explícita) de que usar Internet alivia el estrés.

Factores de riesgo y comorbilidad

Con respecto a los factores de personalidad, los vínculos más consistentes se han encontrado entre las características del trastorno de uso de Internet y alta impulsividad, baja autoestima, baja escrupulosidad, alta timidez, alto neuroticismo, tendencia a posponer las cosas y baja autodirección.

Existe una amplia literatura sobre las correlaciones y comorbilidades de diversas características psicopatológicas y características de los trastornos por uso de Internet. La depresión y los trastornos de ansiedad, así como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), se han considerado como las condiciones comórbidas principales de los trastornos del uso de internet

Las cogniciones sociales se han relacionado principalmente con el uso excesivo de aplicaciones de Internet que incluyen funciones de comunicación (por ejemplo, sitios de redes sociales y juegos de rol en línea). La percepción de falta de apoyo social y los sentimientos de aislamiento y soledad también se han considerado importantes en este contexto.

Existe una clara evidencia de la existencia de relación entre el uso problemático de Internet y la depresión en adolescentes, siendo el género femenino la variable moderadora que influye de manera significativa. Igualmente existe correlación positiva significativa entre trastorno del juego en Internet y traumas emocionales, ansiedad social o autoestima. La adicción a Internet presenta un efecto directo sobre las perturbaciones del sueño.

1.3.2. Consecuencias biopsicosociales

Los problemas del sueño median parcialmente la relación entre el uso de dispositivos electrónicos en la cama antes de dormir y los síntomas de depresión. Su uso se relacionó negativamente con la duración del sueño y positivamente con las dificultades para dormir, que a su vez se relacionaron con síntomas depresivos.

La adicción a Internet también fue asociada con una función inmune reducida. Esta relación entre el uso problemático de Internet y la inmunidad reducida se encontró que era independiente del impacto de otras comorbilidades. Se sugiere que la relación negativa entre el nivel de uso problemático de Internet y la función inmunológica puede estar mediada por los niveles de estrés producidos por dicho uso de Internet, y por la subsiguiente actividad nerviosa simpática, que se relaciona con inmunosupresores, como el cortisol.

También se ha encontrado que existe una mayor prevalencia de uso problemático de internet en personas que presentan dolor de espalda a nivel lumbar y migrañas. La evaluación de la constitución física mediante el índice de masa corporal muestra una asociación de este tipo de uso con sobrepeso u obesidad.

La relación entre el uso de las redes sociales y la satisfacción con la vida cambia en los adolescentes en desarrollo. Las calificaciones de uso y satisfacción con la vida son más negativas en los adolescentes más jóvenes. Análisis longitudinales sugieren distintas ventanas de desarrollo de la sensibilidad a las redes sociales en la adolescencia. Un mayor uso estimado de las redes sociales predice una disminución en las calificaciones de satisfacción con la vida un año después (y viceversa: menor uso estimado de las redes sociales predice un aumento en las calificaciones de satisfacción con la vida).

1.4. FACTORES DE PROTECCIÓN Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LAS NTIC Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

1.4.1. Factores de protección

Los factores de protección se han definido como aquellas variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar las conductas adictivas. Estos factores, que pueden estar tanto en el entorno como en el propio individuo, ejercen un efecto de moderación del peso específico que pudiese tener un factor de riesgo. Los factores de protección y de riesgo podrían no ser exclusivamente dos polos opuestos de un mismo continuo de forma que se deben conceptualizar de manera distinta y no como puntos opuestos de una única dimensión.

La protección no se desarrollaría por el solo hecho de evitar la presencia de factores de riesgo, sino que su desarrollo está determinado por factores con capacidad de minimizar el riesgo. Se han encontrado los siguientes factores de protección del uso Problemático de Internet, que coinciden en gran medida con los factores de protección de otras conductas adictivas con o sin sustancias químicas implicadas.

a) Factores personales:

- Elevada autoestima.
- Altos niveles de autocontrol.
- Afrontamiento adecuado del estrés.
- Satisfacción con la vida.
- Desarrollo (adolescente) positivo.

- Capacidad de afrontamiento y resolución de problemas.
- Actitud positiva para superar las adversidades cotidianas.
- Habilidades sociales y de comunicación.
- Ocupación saludable del tiempo libre.

b) Factores familiares:

- Comunicación y diálogo entre las personas que integran la familia.
- Apoyo emocional parental.
- Existencia de normas y límites precisos que regulen la vida familiar.
- Entorno familiar hogareño con buena comunicación sobre el uso de Internet.

c) Factores escolares/académicos:

- Elevado compromiso escolar.
- Adecuada orientación académica.
- Elevado apoyo percibido del personal docente.
- Ambiente positivo en el aula.

d) Factores asociados a los pares:

- Relaciones de pares funcionales.

1.4.2. Tipos de estrategias de prevención

La prevención es definida por la R.A.E. como aquella medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa. La Organización Mundial de la Salud incluye todas las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también aquellas dirigidas a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Los conceptos, metodologías y tipos de estrategias asociados a la prevención son similares en todas las actuaciones preventivas dirigidas a las distintas conductas adictivas.

Tipos de actuaciones de prevención:

SEGÚN SU OBJETIVO:

- **Primaria:** Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir la aparición de la conducta adictiva.
- **Secundaria:** El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedido con las medidas de prevención primaria.
- **Terciaria:** Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.

SEGÚN SUS CONTENIDOS:

- **Específica:** Actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en la conducta adictiva.
- **Inespecífica:** Trata de alterar el posible inicio o mantenimiento de la conducta adictiva indirectamente, a través de actuaciones o ámbitos no conectados directamente con dichas conductas.

SEGÚN LA POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA:

- **Universal:** Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción
- **Selectiva:** Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de inicio o mantenimiento de la conducta adictiva que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
- **Indicada:** Es aquella que va dirigida a un subgrupo de individuos concretos, que ya muestran la conducta adictiva, o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Este último modelo de clasificación de las posibles intervenciones es el que se ha encontrado más operativo en la prevención y atención de las conductas adictivas. Plantea una visión continuada y de conjunto a la hora de afrontar estos problemas desde los distintos equipos y recursos potencialmente implicados en esta tarea, favoreciendo la coordinación entre los equipos de prevención y tratamiento, así como de los agentes sociales generalistas y especializados.



Fuente: Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009)

Características de las intervenciones preventivas del uso problemático de Internet

1. Intervenciones basadas en proporcionar información

Proporcionar información básica sobre la adicción a Internet y las redes sociales, con énfasis en sus consecuencias adversas, es la estrategia preventiva más frecuente. Entre los programas basados en la transmisión de información se incluyen diversos tipos de experiencias:

- **Programas de pares en los que se forma a escolares para que actúen como mediadores**, informando al resto de estudiantes.
- **Programas de alfabetización tecnológica de escolares** mediante conferencias y videos sobre el uso de Internet, los videojuegos, y las redes sociales.

2. Intervenciones centradas en la mejora de habilidades específicas

Las intervenciones desarrolladas con personas en riesgo se centran, fundamentalmente, en el entrenamiento en diferentes habilidades específicas:

- **Habilidades asociadas al uso de Internet y las redes sociales:** Reducción de la expectativa de resultados positivos asociados a su uso, autocontrol, autoeficacia y capacidad de identificar los pensamientos desadaptativos relacionados con el comportamiento adictivo.
- **Habilidades asociadas con el manejo del estrés y las emociones:** Desarrollo de estrategias de afrontamiento individuales, mejora de la capacidad para regular y procesar emociones, disminución de la hostilidad, estímulo de los rasgos positivos de personalidad y la mejora de la autoestima.
- **Habilidades asociadas con situaciones interpersonales:** Disminución de la sensibilidad interpersonal, refuerzo de la inteligencia emocional, fortalecimiento de la competencia social para reforzar las reglas de equidad y tolerancia dentro del grupo de clase en la escuela y capacidad de comunicarse cara a cara.
- **Habilidades asociadas con el régimen de actividades diarias y el uso saludable del tiempo libre:** Mantener un horario adecuado de sueño, realizar actividades grupales y de ocio y fomentar la participación en actividades saludables y creativas.
- **Intervenciones dirigidas a la promoción de salud que abordan el uso de las NTIC:** Se han desarrollado diversos programas de promoción de la salud centrados en la educación de la población escolar sobre diversas cuestiones o determinantes de la salud (nutrición, ejercicio físico, salud sexual, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, acoso escolar, etc.), entre los que se incluye el uso de Internet y las redes sociales.

3. Intervenciones ambientales

Algunos países en los que la adicción a Internet se considera un grave problema de salud han comenzado a realizar intervenciones preventivas a nivel ambiental, tales como el establecimiento de mecanismos de control sobre cibercafés (la limitación de su horario de apertura o la prohibición de su instalación en las proximidades de centros escolares) y de sistemas de prevención del abuso y la fatiga en las aplicaciones online (por ejemplo, que observan el número de horas que un usuario pasa jugando y hace que el personaje del juego pierda poder y puntos una vez que se ha excedido el tiempo límite de juego).

4. Intervenciones en el ámbito familiar

Ante la evidencia de que la presencia de ciertos factores familiares y/o estilos de crianza favorecen el uso problemático y/o adictivo de las TIC, la literatura científica enfatiza la necesidad de trabajar con los padres y otros seres queridos de las personas vulnerables. Los expertos recomiendan que este trabajo se enfoque en dos habilidades básicas:

- **Habilidades que fomenten relaciones más cercanas**, en particular la mejora de la comunicación entre padres e hijos.
- **Habilidades relacionadas con la monitorización del uso de Internet y las redes sociales** incluyendo la comprensión de las necesidades de sus hijos con respecto a su uso estableciendo reglas que regulan el contenido de actividades online y el tiempo de uso.

A minimalist line art illustration of a woman's face and upper body. The drawing is composed of white outlines on a dark blue background. The woman has shoulder-length, wavy hair and is looking slightly to the right. She is wearing a dark, high-necked top. The overall style is clean and modern.

**2. INTERVENCIÓN
MOTIVACIONAL BREVE
APLICADA A LAS
CONDUCTAS ADICTIVAS**

2.1. MOTIVACIÓN Y CAMBIO

La motivación es un elemento crítico del cambio de comportamiento que predice la abstinencia y la reducción de las conductas adictivas. No se puede dar directamente motivación a las personas, pero se les puede ayudar a identificar sus razones y necesidades para cambiar y facilitar la planificación del cambio. Los enfoques exitosos de prevención y tratamiento de las conductas adictivas reconocen la motivación como un estado multidimensional y fluctuante durante el que las personas realizan cambios en las conductas de riesgo para la salud.

2.1.1. La naturaleza de la motivación

Los siguientes factores definen la motivación y su capacidad para ayudar a las personas a cambiar los comportamientos de riesgo para la salud.

- La motivación es **clave para el cambio de conducta en las conductas adictivas**. Se han definido dos tipos de motivación:
 - **Motivación intrínseca** (deseos, necesidades, valores, objetivos ...)
 - **Motivación extrínseca** (influencias sociales, recompensas externas, consecuencias ...)
- La motivación **ayuda a resolver la ambivalencia** a la hora de realizar cambios difíciles en el estilo de vida. Ayudar a las personas a reforzar su motivación aumenta la probabilidad de que se comprometan con un específico plan de cambio conductual.
- La motivación es **multidimensional**. Incluye deseos, necesidades y valores internos. También incluye presiones externas, demandas y reforzadores (positivos y negativos) que influyen en los individuos y en sus percepciones sobre los riesgos y beneficios de implicarse en las conductas adictivas. Dos componentes de la motivación predicen buenos resultados del tratamiento:
 - La importancia que las personas atribuyen a los cambios.
 - Su confianza en su capacidad para realizar cambios.
- La motivación es **dinámica y fluctuante**. La motivación es un proceso dinámico que responde a influencias interpersonales que incluyen la retroalimentación y un conocimiento de las diferentes opciones disponibles.
- La motivación **puede potenciarse**. Históricamente, en el tratamiento de las adicciones se pensaba que era necesario “tocar fondo” o experimentar consecuencias terribles e irreparables para estar dispuesto a cambiar. La investigación muestra que se puede ayudar a las personas a identificar y explorar su deseo, capacidad, razones y necesidad de cambiar.

Aunque el cambio es una responsabilidad personal y muchas personas cambian por sí mismas, se puede aumentar la motivación en cada etapa del proceso del cambio. No es necesario enseñar, instruir o dar consejos no solicitados, sino ayudar a los individuos a reconocer cuándo una conducta adictiva es incoherente con sus valores o metas, considerar el mejor cambio para ellos, que se sientan competentes para cambiar, desarrollen un plan de cambio, empiecen a tomar medidas y continúen utilizando estrategias que disminuyan el riesgo de recaída en el comportamiento adictivo.

2.1.2. Modelo Transteórico de los Estadios del Cambio

Mucha gente resuelve un problema de adicciones sin ayuda. Esto se llama “recuperación natural”. Todo el mundo debe tomar decisiones sobre cambios vitales importantes, como el matrimonio, el divorcio o la compra de una casa. A veces, los individuos consultan a un consejero u otro especialista para que les ayude con estas decisiones, pero normalmente deciden estos cambios sin ayuda profesional. El cambio natural relacionado con las conductas adictivas también conlleva decisiones de aumentarlas, disminuirlas o abandonarlas. Algunas decisiones responden a acontecimientos vitales críticos, otras reflejan diferentes tipos de presiones externas o están motivadas por valores personales.

ESTADIOS DEL CAMBIO

Prochaska y DiClemente (1984) teorizaron que el proceso de cambio es un viaje a través de etapas en las que las personas suelen pensar en el cambio de conducta, inician el cambio y mantienen las nuevas conductas. Este modelo surgió de un examen de 18 teorías psicológicas sobre cómo se produce el cambio. En este sentido, el modelo es “transteórico” por lo que ha llegado a ser conocido como el modelo Transteórico de los Estadios del Cambio. Este modelo no es un método específico de asesoramiento, sino un marco que puede ayudar en la adopción de estrategias específicas de asesoramiento en las diferentes etapas del cambio. La ilustración muestra la relación entre las cinco etapas (es decir, *Precontemplación*, *Contemplación*, *Preparación*, *Acción* y *Mantenimiento*) del modelo Transteórico de los Estadios del Cambio.



Fuente: DiClemente, 2018

Precontemplación: En este estadio, las personas no se plantean el cambio ni tienen intención de cambiar en un futuro previsible. Pueden ignorar parcial o totalmente que existe un problema o que pueden necesitar ayuda para cambiar. También es posible que no quieran o que estén demasiado desanimados para cambiar su comportamiento. Los individuos que se encuentran en esta fase suelen no estar convencidos de que su patrón de comportamiento sea problemático.

Contemplación: Cuando estas personas son conscientes de que existe un problema, perciben que puede haber motivos de preocupación y razones para cambiar. Suelen estar ambivalentes, ya que ven simultáneamente razones para cambiar y razones para no hacerlo. Las personas que se encuentran en este estadio siguen implicadas en sus conductas adictivas, pero se plantean la posibilidad de dejarlas o reducirlas en un futuro próximo. En este punto, pueden buscar información relevante, reevaluar su conducta o buscar ayuda para apoyar la posibilidad de cambiar. Los individuos pueden sopesar los aspectos positivos y negativos de realizar un cambio. No es infrecuente que permanezcan en esta fase durante largos periodos, a menudo durante años, dudando entre querer y no querer cambiar.

Preparación: Cuando las personas perciben que las ventajas previstas del cambio y las consecuencias adversas de sus conductas adictivas superan los beneficios de mantenerse sin cambiar, la balanza decisional se inclina a favor del cambio. En este momento entran en la fase de Preparación y refuerzan su compromiso. La Preparación conlleva una planificación del cambio e implica examinar la autoeficacia o la confianza en la capacidad para cambiar. Los individuos en el estadio de Preparación siguen realizando la conducta adictiva, pero tienen la intención de dejar de hacerla muy pronto. Es posible que ya estén realizando pequeños cambios, como reducir la frecuencia o duración. Empiezan a fijarse objetivos e incluso cuentan sus planes a personas cercanas o significativas.

Acción: Las personas en esta fase eligen una estrategia para el cambio y empiezan a implementarla. Se encuentran comprometidos con el cambio de la conducta adictiva. Realizan cambios en su estilo de vida y pueden enfrentarse a situaciones difíciles (por ejemplo, tentaciones de realizarla o efectos psicofisiológicos de la abstinencia). Pueden empezar a reevaluar la imagen que tienen de sí mismos a medida que pasan de estar implicados plenamente en su adicción a un uso moderado o a abandonarla del todo. Se comprometen con el proceso de cambio y están dispuestos a seguir las estrategias que se les pueda sugerir.

Mantenimiento: Este estadio consiste en mantener los logros alcanzados durante la fase de acción y evitar la recaída. Puede ser necesario tomar precauciones adicionales para no volver a comportamientos de riesgo para la salud. Las personas aprenden a identificar las situaciones que pueden desencadenar una vuelta a las conductas adictivas y a desarrollar habilidades de afrontamiento para gestionar dichas situaciones. Durante el Mantenimiento, se construye un nuevo estilo de vida que ya no incluye los antiguos comportamientos adictivos.

La mayoría de la gente con problemas de adicciones progresa a través de las etapas en un patrón circular o espiral, no lineal. Por lo general, se mueve hacia adelante y hacia atrás entre los estadios y los recorre a ritmos diferentes, como se muestra en las flechas bidireccionales de la anterior ilustración. A medida que se avanza por las diferentes etapas, suelen ocurrir contratiempos y eventuales retrocesos. Sin embargo, la mayoría no suele volver a la etapa de Precontemplación para empezar de nuevo. Este movimiento a través de las etapas puede variar en relación con diferentes conductas u objetivos de cambio. Por ejemplo, una persona puede estar en la fase de Acción con respecto a dejar de apostar, pero estar en Precontemplación con respecto a su consumo de alcohol. La recaída en las conductas adictivas es una parte común del proceso. En este modelo, la recaída se considera un acontecimiento normal (no patológico) porque muchas personas pasan varias veces por los distintos estadios antes de lograr un cambio estable. La recaída no se considera un fracaso sino más bien una oportunidad de aprendizaje.

2.2. INTERVENCIONES MOTIVACIONALES BREVES

2.2.1. Detección, intervención breve y derivación a tratamiento

Una tendencia creciente entre los profesionales de la salud y los servicios sociales es considerar las adicciones en un contexto mucho más amplio que el de las conductas diagnosticables y el reconocimiento de que las personas que se comportan adictivamente constituyen un grupo mucho más amplio que el reducido número de personas que necesitan tratamiento especializado. La Intervención Breve es un enfoque de asesoramiento estructurado y centrado en la persona que puede ser impartido por profesionales de la salud y de los servicios sociales en una a cuatro sesiones y que suele durar de 5 a 30 minutos. Incluso las intervenciones de una sola sesión han demostrado eficacia en la reducción de las conductas adictivas. Las intervenciones breves se aplican con frecuencia fuera de los entornos especializados (en lo que a menudo se denominan intervenciones oportunistas), cuando los sujetos no buscan ayuda para sus conductas adictivas, sino que han acudido, por ejemplo, en busca de atención médica o ayudas sociales.

Un tipo de intervención breve específica denominada SBIRT por las siglas en inglés de Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (Cribado o detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento) que añade componentes de detección y derivación, se ha implantado ampliamente en Estados Unidos en diversos entornos, incluidos los servicios de urgencias, los consultorios de atención primaria y los centros sociales comunitarios. SBIRT se desarrolló específicamente para entornos de tratamiento no especializados. El cribado y la detección se ha convertido en un componente integral de la asistencia en estos contextos. Los resultados del cribado determinan si a la persona se le ofrece una Intervención Breve o se le deriva a un tratamiento especializado en caso de que cumpla los criterios de adicción moderada o grave. Desde una perspectiva de salud pública, el SBIRT se considera tanto una estrategia de prevención como de tratamiento. Lo que es común en todas las intervenciones motivacionales, independientemente del entorno de tratamiento o de la población atendida, es la creación de confianza a través de la escucha empática y la demostración de respeto por la autonomía personal y las costumbres y perspectivas culturales.

2.2.2. Enfoques eficaces de asesoramiento motivacional breve

Enfoque FRAMES

La investigación ha identificado seis elementos comunes del asesoramiento motivacional eficaz que se resumen con el acrónimo FRAMES, siglas de Feedback, Responsibility, Advice, Menu Options, Empathy and Self-Efficacy (Retroalimentación, Responsabilidad, Consejo, Menú, Empatía y Autoeficacia)

Feedback

La retroalimentación presentada de forma personalizada es eficaz para reducir el abuso de sustancias y otros comportamientos adictivos. Este tipo de retroalimentación en ocasiones comparara las puntuaciones de una persona en instrumentos estándar de cribado o evaluación con datos normativos de una población general. Presentar y discutir los resultados de la evaluación puede aumentar la motivación para cambiar los comportamientos de riesgo para la salud. A veces, basta con proporcionar información personalizada para que el paciente pase de la fase de Precontemplación a la de Contemplación sin necesidad de asesoramiento ni orientación adicionales. Es conveniente utilizar un estilo motivador para presentar la información. No presionar a las personas para que acepten un diagnóstico ni dar opiniones no solicitadas sobre el significado de los resultados. En lugar de ello, preceda a las explicaciones con frases como: "No sé si esto le afectará, pero..." o "No sé qué pensará de este resultado, pero...".

Responsabilidad

Utilice un enfoque motivacional para animar a las personas a participar activamente en el proceso de cambio reforzando su autonomía personal. Los individuos tienen la opción de continuar con su comportamiento o cambiarlo. Depende de ellos elegir si cambian sus conductas adictivas o si las mantienen y el tomar decisiones sobre su cambio de comportamiento. Cuando las personas se dan cuenta de que son responsables del proceso de cambio, se sienten empoderadas y más implicadas.

Consejos

La forma de asesorar a las personas influye en el uso que harán de esos consejos. Es mejor no decir a la gente lo que tiene que hacer sino ofrecer sugerencias. Un enfoque motivacional para proporcionar consejo puede ser directo (hacer una sugerencia) o educativo (proporcionar información). El consejo educativo debe basarse en pruebas científicas creíbles o los hechos relacionados con las circunstancias de la persona. Entre las estrategias para ofrecer asesoramiento se pueden señalar:

- Pida permiso para ofrecer sugerencias o facilitar información. Las preguntas ofrecen una oportunidad no directiva de compartir sus conocimientos sobre las conductas adictivas de forma respetuosa.
- Pregunte a la persona qué opina de sus sugerencias o información.
- Ofrezca sugerencias sencillas que se ajusten al nivel de comprensión y preparación de la persona, la urgencia de la situación, y su cultura. En algunas culturas, un enfoque directivo es necesario para transmitir la importancia de un consejo o de una situación; en otras, un estilo directivo se considera grosero e intrusivo.

Menú de opciones

Se ha demostrado que facilitar una variedad de opciones mejora la alianza terapéutica, disminuye las tasas de abandono y mejora los resultados. Es más probable que las personas se adhieran a una específica estrategia de cambio si pueden elegir entre varias opciones. Su papel es mejorar la capacidad para tomar decisiones informadas. Entre las estrategias para ofrecer un menú de opciones figuran las siguientes:

- Proporcionar información precisa sobre cada opción y las posibles implicaciones de cada elección.
- Preguntar qué opciones cree el sujeto que funcionarán o qué le ha funcionado en el pasado.
- Plantear alternativas si ninguna de las opciones ofrecidas es aceptada.

Empatía

Utilice un estilo de asesoramiento empático mostrando un interés activo en comprender las perspectivas de los sujetos. Los consejeros que muestran altos niveles de empatía dedican tiempo a explorar sus ideas sobre sus conductas adictivas, muestran un interés activo en lo que dicen y, a menudo, los animan a elaborar algo más el contenido de su relato. La escucha reflexiva comunica empatía de una manera eficaz. Cuando un asesor utiliza un estilo empático, el sujeto es quien más habla. Es responsabilidad del asesor crear un entorno seguro que fomente la libre comunicación. Un estilo empático parece fácil de adoptar, pero requiere formación y un esfuerzo considerable.

Autoeficacia

Ayude a las personas a desarrollar su autoeficacia ofreciéndoles apoyo, identificando sus puntos fuertes, revisando sus éxitos pasados y expresando optimismo y confianza en su capacidad para cambiar. Para tener éxito en el cambio, se debe creer que se puede llevar a cabo tareas específicas en una situación concreta. En el campo de las adicciones, la autoeficacia suele referirse a la capacidad de los individuos para identificar las situaciones de alto riesgo que desencadenan su deseo de realizar la conducta adictiva, y para desarrollar habilidades de afrontamiento que les permitan controlar ese deseo.

Balance decisional

Explore los beneficios y los inconvenientes del cambio. Los individuos exploran naturalmente los pros y los contras de cualquier elección importante en la vida, como cambiar de trabajo o casarse. En la recuperación de una conducta adictiva, se sopesan los pros y los contras de cambiar o no cambiar dicha conducta. Se puede ayudar en este proceso pidiendo que se articulen los aspectos positivos y negativos de las conductas adictivas. Explorar los pros y los contras de estas conductas puede inclinar la balanza hacia una decisión de cambio. El número de razones que se enumeren en cada lado de una balanza decisional no es tan importante como el peso -o el valor personal- de cada una.

Desarrollo de la discrepancia

Para aumentar la motivación para el cambio, ayude a los sujetos a reconocer cualquier discrepancia o brecha entre sus objetivos futuros y su comportamiento actual. Se puede aclarar esta discrepancia preguntando: "¿De qué manera el juego de apuestas encaja o no encaja con su objetivo de mejorar sus relaciones familiares?". Cuando los individuos ven que las acciones presentes entran en conflicto con objetivos personales importantes, como la salud, el éxito laboral o las relaciones personales íntimas, es más probable que se produzca el cambio.

Ritmo flexible

Evalúe si la persona está preparada para el cambio. Resista sus impulsos de ir más rápido que el propio ritmo del sujeto. Cada persona avanza por los estadios del cambio a su propio ritmo. Algunos pasarán varias veces de una fase a otra. Otros necesitan tiempo para resolver su ambivalencia sobre la situación actual antes de hacer un cambio. Algunos estarán listos para empezar y pasar a la acción inmediatamente. El ritmo flexible requiere que usted se encuentre con los interesados en su propio nivel y les conceda tanto, o tan poco tiempo, como necesiten para abordar las tareas esenciales de cada etapa del cambio. Si se les presiona para avanzar a un ritmo más rápido del que están preparados para soportar, la alianza de asesoramiento puede romperse.

ENFOQUE EN LOS ESTADIOS DEL CAMBIO

Es importante utilizar estrategias adecuadas a cada etapa en la que se encuentra el sujeto. Si no son las apropiadas, el sujeto puede abandonar o no colaborar hacia los objetivos de la intervención. Por ejemplo, si una persona se encuentra en Contemplación puede estar ambivalente acerca de cambiar sus conductas adictivas. Si usted argumenta a favor de cambiar de inmediato a la etapa de Preparación, es probable que reaccione en contra. Adaptar la intervención motivacional a la etapa concreta del cambio en la que se encuentra una persona supone una elección de diferentes objetivos según el estadio en la que se encuentre, tal como se puede observar en el siguiente esquema:

Enfoque en los estadios del cambio



Fuente: DiClemente, 2018

2.3. ESPIRITU Y PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

2.3.1. El espíritu de la Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional es un enfoque de asesoramiento que hace hincapié en la mejora de los procesos internos de motivación para el cambio. Proporciona un contexto relacional de apoyo que promueve la autonomía y la competencia y mejora la motivación intrínseca, ayudando a internalizar las influencias motivacionales extrínsecas apoyando el cambio de comportamiento. Puede utilizar la Entrevista Motivacional para reducir o eliminar eficazmente las conductas adictivas y otras conductas de riesgo para la salud en muchos entornos y con todos los géneros, edades, y etnias. El estilo de asesoramiento de la Entrevista Motivacional ayuda a las personas a resolver la ambivalencia que les impide alcanzar sus objetivos personales. La Entrevista Motivacional es especialmente útil cuando las personas se encuentran en las fases de Precontemplación y Contemplación, cuando la disposición al cambio es baja, pero también puede ser útil a lo largo de todo el ciclo de cambio. El espíritu de la Entrevista Motivacional comprende los siguientes elementos:

Asociación

Entendida como una colaboración activa entre usted y el sujeto. Una persona está más dispuesta a expresar sus preocupaciones cuando el consejero se muestra empático y muestra auténtica curiosidad por su punto de vista. En esta asociación, usted es influyente, pero la persona es la que conduce la conversación.

Aceptación

Se refiere al respeto y la aprobación. Esto no significa estar de acuerdo con todo lo que diga el sujeto, sino que es una demostración de su intención de comprender su punto de vista y sus preocupaciones. En el contexto de la Entrevista Motivacional, hay cuatro componentes de la aceptación:

- **Valor absoluto:** Apreciar el valor inherente y el potencial del individuo.
- **Empatía adecuada:** Un interés activo y un esfuerzo por comprender la perspectiva interna de la persona, reflejada en una curiosidad genuina y una escucha reflexiva.
- **Apoyo a la autonomía:** Respetar el derecho y la capacidad de autodirección.
- **Afirmación:** Reconocimiento de sus valores y puntos fuertes.

Compasión

Se refiere a la promoción activa del bienestar de la persona y a la priorización de sus necesidades.

Evocación

Suscita y explora las motivaciones, los valores, los puntos fuertes y los recursos que la persona ya posee.

La Entrevista Motivacional refleja una larga tradición de asesoramiento humanista y el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers. Está vinculado teóricamente a su teoría de las “condiciones críticas para el cambio”, que afirma que las personas cambian cuando participan en una relación terapéutica en la que el consejero es genuino y cálido, expresa una consideración positiva incondicional y muestra adecuada empatía. La Entrevista Motivacional sigue los principios del asesoramiento centrado en la persona, pero también guía la conversación hacia un objetivo de cambio específico.

2.3.2. Ambivalencia y resistencia al cambio

Ambivalencia

Un concepto clave en la Entrevista Motivacional es la ambivalencia. Es normal que las personas tengan dos sentimientos contrapuestos sobre hacer un cambio importante en sus vidas. Con frecuencia, la ambivalencia es un obstáculo para el cambio. Las personas con conductas adictivas suelen ser conscientes de los riesgos asociados a sus conductas, pero siguen haciéndolas. La ambivalencia sobre el cambio de las conductas adictivas es natural. A medida que se pasa de la Precontemplación a la Contemplación, aumentan los sentimientos de confusión sobre el cambio. Esta tensión puede ayudar a moverse hacia el cambio, pero a menudo la tensión de la ambivalencia lleva a evitar pensar en el problema. Puede que se digan a sí mismos que las cosas no están tan mal. Hay que entender la ambivalencia no como una negación o resistencia, sino como una experiencia normal en el proceso de cambio.

Una nueva visión de la resistencia

En lugar de enfatizar la resistencia como un mecanismo de defensa patológico, la Entrevista Motivacional ve la resistencia como una parte normal de la ambivalencia y la reacción de una persona al enfoque del consejero en un determinado momento. Una persona puede expresar resistencia con “conversación de mantenimiento” que favorece el lado “sin cambios” de la ambivalencia. La forma en que el consejero responda puede contribuir a que se plante firmemente en el “statu quo” o a ayudarla a moverse hacia contemplar el cambio. Si la persona muestra ambivalencia y el consejero insiste con argumentos a favor del cambio se puede crear desavenencias en la relación terapéutica. La resistencia es una calle de doble sentido. Si la discordia surge en una entrevista, es necesario cambiar de dirección o escuchar con más atención. Es una buena oportunidad para responder de una nueva manera y aprovechar la situación sin provocar confrontación.

2.3.3. Conversación de mantenimiento y conversación de cambio

Reconocer la conversación de mantenimiento y la conversación de cambio de la conducta adictiva ayuda a explorar y a abordar mejor la ambivalencia. La charla de mantenimiento consiste en afirmaciones que apoyan no cambiar la conducta adictiva. El discurso de cambio consiste en declaraciones que favorecen el cambio. La conversación de mantenimiento y la conversación de cambio son expresiones de ambos lados de la ambivalencia. Las personas atrapadas en la ambivalencia hablarán mucho sobre el mantenimiento de las conductas adictivas, mientras que las que están más preparadas para cambiar hablarán más sobre el cambio con afirmaciones que lo apoyen. La empatía del consejero está vinculada a la promoción de la conversación de cambio.

La Entrevista Motivacional señala la existencia de diferentes tipos de discurso de cambio. El acrónimo de los componentes del discurso de cambio en la Entrevista Motivacional es en inglés DARN-CAT (Miller y Rollnick, 2013):

CONVERSACIÓN PREPARATORIA DEL CAMBIO

DARN (Desire, Ability, Reasons, Need)

- **Deseo de cambiar:** Se expresa en declaraciones sobre querer algo diferente: “Quiero llegar a ...” o “Espero empezar a ...”.
- **Capacidad de cambiar:** Se expresa en afirmaciones sobre la autopercepción de la capacidad: “Podría empezar a ...”.
- **Razones para cambiar:** Se expresa como argumentos para el cambio: Probablemente me encontraría mejor si ...” o “Dejar de ...me ayudaría a tener mejor relación con ...”.
- **Necesidad de cambiar:** Se expresa en afirmaciones de la persona sobre la importancia o la urgencia: “Tengo que dejar ya de...” o “Tengo que encontrar una manera de...”.

CONVERSACIÓN MOVILIZADORA DEL CAMBIO

CAT (Commitment, Activation, Taking steps)

- **Compromiso:** Se expresa como una promesa de cambio: “Te aseguro que voy a ...” o “Te garantizo que empezaré a ...el mes que viene”.
- **Activación:** Se expresa en afirmaciones que muestran movimiento hacia la acción: “Estoy listo para ...”.
- **Dar pasos:** Se expresa en afirmaciones que indican que la persona ya ha hecho algo para cambiar: “Fui a una entrevista con ...” o “Evité una fiesta en la que mis amigos iban a ...”.



Fuente: Miller & Rollnick, 2013. Motivational Interviewing: Helping People Change (3rd ed.), p. 164. Adapted with permission from Guilford Press.

2.4. COMPETENCIAS BÁSICAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Para recordar las habilidades básicas de asesoramiento de EM, utilice el acrónimo **OARS**: **O**pen questions, **A**ffirming, **R**eflective listening, **S**ummarizing (Preguntas abiertas, Afirmar, Escucha reflexiva, Resumir) (Miller y Rollnick, 2013):

2.4.1. Preguntas abiertas

Utilice preguntas abiertas para invitar a las personas a contar su historia en lugar de preguntas cerradas, que se limitan a obtener una información breve. Las preguntas abiertas invitan a la persona a reflexionar antes de responder y le animan a profundizar. Hacer preguntas abiertas le ayudará a comprender su punto de vista. Las preguntas abiertas facilitan el diálogo y no requieren ninguna respuesta concreta. Animam a hablar más y hacen que la conversación avance. Las preguntas cerradas evocan el sí/no, o respuestas cortas, y a veces provocan que las personas sientan que tienen que dar con la respuesta correcta. Un tipo de pregunta abierta es un enunciado que empieza por “Háblame de” o “Cuéntame más sobre”. La Entrevista Motivacional implica mantener un equilibrio entre las preguntas y la escucha reflexiva. Formule una pregunta abierta, seguida de dos o más respuestas de escucha reflexiva.

2.4.2. Afirmar

El afecto es una forma de expresar aprecio genuino y una consideración positiva por las personas. Afirmar apoya y promueve la autoeficacia. Al afirmar, estás diciendo: “Lo que dices importa y quiero entender lo que piensas y sientes”. Afirmar puede aumentar la autoconfianza a la hora de actuar.

Al afirmar:

- ✓ Destaque los puntos fuertes de la persona, sus éxitos pasados y sus esfuerzos por dar pasos, por pequeños que sean, para lograr los objetivos de cambio.
- ✓ No hay que confundir este tipo de retroalimentación con el elogio, que a veces puede ser un obstáculo para la escucha eficaz.

Utilice frases como:

- ✓ *“Has dado un gran paso al venir hoy aquí”.*
- ✓ *“Te desanimaste la semana pasada, pero seguiste viniendo a las reuniones”.*
- ✓ *“Aunque las cosas no salieron como tú esperabas, te esforzaste mucho”*
- ✓ *“Es una buena idea para evitar situaciones en las que podrías tener la tentación”.*

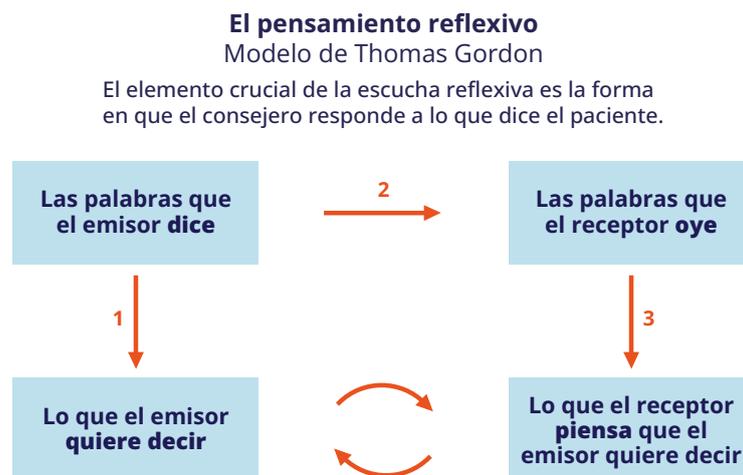
2.4.3. Escucha reflexiva

La escucha reflexiva es el componente clave de la expresión de la empatía. La escucha reflexiva es fundamental para el asesoramiento centrado en la persona en general, y para la Entrevista Motivacional en particular:

- ✓ Comunica respeto y aceptación.
- ✓ Establece confianza e invita a explorar las percepciones, valores y sentimientos.
- ✓ Permite apoyar a la persona sin tener que estar de acuerdo con sus afirmaciones.

La escucha reflexiva genera colaboración y un entorno seguro que favorece el examen de los problemas y la obtención de las razones para el cambio. Es a la vez una expresión de empatía y una forma de reforzar selectivamente el discurso del cambio. La escucha reflexiva demuestra que se está genuinamente interesado en comprender la perspectiva, los sentimientos y los valores del sujeto. Su actitud debe ser de aceptación, pero no necesariamente de aprobación o acuerdo, reconociendo que la ambivalencia ante el cambio es normal.

La escucha reflexiva no es tan fácil como parece. No se trata simplemente de permanecer callado mientras la persona habla. La escucha reflexiva requiere que se formule una hipótesis mental sobre el significado o el sentimiento subyacente de las afirmaciones de la persona y, a continuación, se la refleje con la intención de conocer su significado o sus sentimientos asociados.



Fuente: Miller & Rollnick, 2013. Motivational Interviewing: Helping People Change (3rd ed.), p. 164. Adapted with permission from Guilford Press.

Gordon llamó a esto “escucha activa” e identificó 12 tipos de respuestas que no son escucha activa y que, de hecho, pueden desviar la entrevista motivacional. Por bien intencionados que sean, estos obstáculos a la escucha desplazan el foco de la conversación de la persona al consejero. No son coherentes con los principios del asesoramiento centrado en la persona:

- Ordenar, dirigir, o mandar
- Advertir o amenazar
- Aconsejar, sugerir, o dar soluciones
- Persuadir con lógica o razonar
- Moralizar, decir lo que se tiene que hacer
- Estar en desacuerdo, juzgar, criticar

- Estar de acuerdo, aprobar
- Ridiculizar o etiquetar
- Interpretar o analizar
- Simpatizar o consolar
- Cuestionar o probar
- Distraer, ironizar o cambiar de tema

Tipos de escucha reflexiva

En la Entrevista Motivacional, hay varios tipos de respuesta de escucha reflexiva, que van desde lo simple (es decir, repetir o reformular una afirmación) a lo complejo (es decir, utilizar diferentes palabras para reflejar el significado o sentimiento subyacente). Las reflexiones sencillas hacen saber que usted está realmente interesado en comprender la perspectiva del interlocutor. Las reflexiones complejas invitan a profundizar en la autoexploración. En la Entrevista Motivacional hay reflexiones complejas especiales que se pueden utilizar en situaciones específicas, como usar una reflexión de doble cara cuando se expresa ambivalencia acerca de cambiar un comportamiento.

TIPO	DECLARACIÓN DE LA PERSONA	RESPUESTA DEL CONSEJERO	PROPÓSITO	CONSIDERACIONES ESPECIALES
SIMPLE				
Repetición	<i>"Mi mujer me regaña por mi forma de beber".</i>	<i>"Tu mujer te está regañando por tu forma de beber".</i>	Establece una buena relación. Expresa empatía.	Evite la imitación.
Reformulación	<i>"Mi mujer me regaña por mi forma de beber".</i>	<i>"Tu mujer te está presionando sobre tu forma de beber".</i>	Expresa empatía. Destaca el significado o sentimiento seleccionado.	Hace avanzar la conversación, pero más lentamente que las reflexiones complejas.
COMPLEJO				
Sentimiento	<i>"Me gustaría dejar de fumar marihuana para que el humo no empeore el asma de mi hija"</i>	<i>"Tienes miedo de que el asma de tu hija empeore si sigues fumando marihuana".</i>	Destaca el sentimiento seleccionado. Destaca la discrepancia entre los valores y el comportamiento actual.	Refuerce selectivamente el discurso del cambio. Evite reforzar las conversaciones de mantenimiento.
Significado	<i>"Me gustaría dejar de fumar marihuana porque he leído que el humo de la marihuana puede empeorar el asma y no quiero que eso ocurra a mi hija".</i>	<i>"Quiere proteger a su hija de la posibilidad de que su asma empeore si sigue fumando marihuana".</i>	Destaca el significado seleccionado. Destaca la discrepancia entre los valores y el comportamiento actual.	Refuerce selectivamente el discurso del cambio. Evite reforzar las conversaciones de mantenimiento.
Doble cara	<i>"Sé que debería dejar de beber, pero no puedo imaginarme la vida sin ello".</i>	<i>"Dejar de beber sería duro, pero reconoces que es hora de parar".</i>	Resuelve ambivalencia. Reconoce el discurso de mantenimiento y hace hincapié en el discurso del cambio.	Comience con la reflexión de la charla de mantenimiento y termine con la reflexión de la charla de cambio.
Amplificado	<i>"Creo que mi consumo de cocaína no es un problema para mí"</i>	<i>"El consumo de cocaína no tiene absolutamente ninguna consecuencia negativa".</i>	Intensifica la conversación de mantenimiento para evocar la conversación de cambio.	Use con moderación. Evite quedarse atascado en una conversación sobre el mantenimiento del problema.

Formar reflexiones complejas

Las reflexiones simples son bastante sencillas. Basta con repetir o parafrasear lo que el sujeto ha dicho. Las respuestas complejas son más complicadas. Una frase puede tener muchos significados. El primer paso para hacer una reflexión compleja sobre el significado o los sentimientos es formular una hipótesis mental sobre lo que la persona está intentando decir. Utiliza estos pasos para formar una hipótesis mental sobre el significado o los sentimientos:

1. Si la persona dice: *"Bebo porque me siento solo"*, piense en los posibles significados de *"solo"*. Tal vez esté diciendo: *"Perdí a mi cónyuge"* o *"Me resulta difícil hacer amigos"* o *"No se me ocurre nada que decir cuando estoy con mi familia"*.

2. Considere el contexto más amplio de la conversación. ¿Ha notado la persona que no tiene mucha vida social?

3. Haga su mejor conjetura sobre el significado de la declaración.

4. Ofrezca una respuesta de escucha reflexiva: *"Bebes porque te cuesta hacer amigos"*.

5. Espere la respuesta. La persona le dirá verbal o no verbalmente si su suposición es correcta. Si sigue hablando y amplía su declaración inicial, ha acertado.

6. Esté dispuesto a equivocarse. Utilice los comentarios del sujeto para formular otra hipótesis sobre su significado.

La escucha reflexiva es básica en los cuatro procesos de la Entrevista Motivacional. Continúe las preguntas abiertas con al menos una respuesta de escucha reflexiva, preferiblemente dos o tres, antes de hacer otra pregunta. Una mayor proporción de respuestas en relación con las preguntas predice una escucha atenta y reflexiva.

2.4.4. Resumir

Resumir es una forma de escucha reflexiva que destila la esencia de varias afirmaciones. No se trata de una simple recopilación de frases. Se seleccionan intencionadamente afirmaciones que puedan tener un significado particular para el sujeto y se presentan en un resumen que ofrece una imagen más completa de su experiencia que el simple uso de reflexiones. Existen varios **tipos de resumen en la Entrevista Motivacional**:

- **Resumen recopilatorio:** Recuerda una serie de afirmaciones relacionadas creando una narración sobre la que reflexionar.
- **Resumen de enlace:** Refleja una declaración y la vincula a otra anterior.
- **Resumen de transición:** Concluye una conversación o tarea; hace avanzar en el proceso de cambio.
- **Resumen de ambivalencia:** Recoge las declaraciones sobre la conversación de mantenimiento y la de cambio durante una sesión. Este resumen debe reconocer el discurso del mantenimiento, pero reforzar y destacar el discurso del cambio.
- **Resumen de recapitulación:** Reúne toda la charla sobre el cambio de muchas conversaciones. Es útil durante la transición de una etapa a la siguiente a la hora de elaborar un plan de cambio.

Resumir fomenta la autorreflexión. Los resúmenes refuerzan las afirmaciones clave del movimiento hacia el cambio. Las personas escuchan la conversación sobre el cambio una vez cuando hacen una declaración, dos, cuando el consejero la refleja y una tercera vez cuando hace el resumen.

2.5. PROCESOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

2.5.1. Implicar

Involucrar al sujeto es el primer paso en todos los enfoques de asesoramiento. Las estrategias o técnicas específicas de asesoramiento no serán eficaces si no se ha establecido una relación de trabajo sólida. Miller y Rollnick definen la implicación en el asesoramiento psicológico “como el proceso de establecer una relación de ayuda respetuosa y de confianza mutua”

Estrategias de apertura

Las estrategias de apertura promueven la participación en la Entrevista Motivacional haciendo hincapié en las habilidades **OARS (Preguntas abiertas, Afirmar, Escucha reflexiva, Resumir)** de las siguientes maneras:

- ✓ Haga preguntas abiertas en lugar de preguntas cerradas.
- ✓ Ofrezca afirmaciones de autoeficacia, esperanza y confianza en la capacidad de cambio del sujeto.
- ✓ Haga énfasis en la escucha reflexiva.
- ✓ Resuma para reforzar que está escuchando y se encuentra realmente interesado en la perspectiva del sujeto.
- ✓ Determine la fase específica de los estadios del cambio.
- ✓ Evite centrarse prematuramente en pasar a la acción.

Evitar las trampas

Identifique y evite las trampas para ayudar a mantener la implicación. Entre las trampas más comunes que hay que evitar se encuentran las siguientes:

La trampa del experto

La gente suele acudir a un profesional para obtener respuestas a preguntas y para ayudarles a tomar decisiones importantes. Pero confiar en que otra persona (aunque sea un profesional) tiene todas las respuestas es contrario al espíritu de la Entrevista Motivacional y a los principios de la atención centrada en la persona. El consejero tiene conocimientos y habilidades para escuchar y entrevistar, el individuo tiene conocimientos basados en su experiencia vital. Recuerde que usted no tiene todas las respuestas, y confíe en que la persona tiene conocimiento de lo que es importante para ella, de lo que necesita cambiar y de los pasos que hay que dar para realizar esos cambios. Para evitar caer en la trampa del experto:

- **Absténgase de actuar con el “reflejo de enderezamiento”**, el impulso natural de pasar a la acción y dirigir a la persona hacia un cambio específico. Un estilo tan directivo es probable que produzca argumentos de mantenimiento de la conducta adictiva y disputas en la relación.
- **No discuta.** Para argumentar su punto de vista, es de esperar que el sujeto se ponga del lado contrario. Las discusiones pueden degenerar rápidamente en una lucha de poder y no aumentan la motivación para el cambio.

La trampa del etiquetado

Los diagnósticos y las etiquetas como “alcohólico” o “adicto” pueden provocar vergüenza. No hay pruebas de que obligar a una persona a aceptar una etiqueta sea útil; de hecho, suele provocar enfrentamiento en la relación. Por ejemplo, en la siguiente conversación:

- “Pero no creo que sea alcohólico ni nada”
- “Bueno, basándome en lo que me has contado, creo que deberíamos hacer una evaluación exhaustiva para determinar si lo eres o no”
- “Eso no es lo por lo que yo he venido. No creo que esta entrevista vaya a ayudarme”

La trampa de la pregunta y la respuesta

Cuando se centra en obtener información de una persona, sobre todo durante una evaluación, tanto usted como el sujeto pueden caer fácilmente en la trampa de las preguntas y respuestas. Puede parecer un interrogatorio más que una conversación. Además, un patrón de preguntas cerradas y respuestas cortas le coloca en el papel de experto, y la persona se convierte en un receptor pasivo de la intervención, en lugar de participar activamente en el proceso. Recuerde formular preguntas abiertas y responder a las respuestas con escucha reflexiva para evitar la trampa de la pregunta-respuesta.

La trampa del enfoque prematuro

Puede caer en esta trampa cuando se centra en una concreta agenda de cambio antes de que la persona esté preparada; por ejemplo, saltando a resolver problemas antes de desarrollar una sólida alianza de trabajo. Cuando se centra en una cuestión que es importante para usted (por ejemplo, la admisión en un programa de tratamiento) pero no lo es para el sujeto, se producirá resistencia. Recuerde que su enfoque debe coincidir con el momento en el que se encuentra la persona con respecto a su disposición al cambio.

La trampa de la culpa

Los sujetos pueden iniciar la entrevista centrándose en quién tiene la culpa de su adicción. Es posible que se sientan a la defensiva, esperando que usted les juzgue con dureza, como pueden haber hecho sus familiares, amigos, u otras personas. Evite la trampa de la culpa asegurando inmediatamente que usted no está interesado en culpar a nadie y que su papel es escuchar lo que les preocupa.

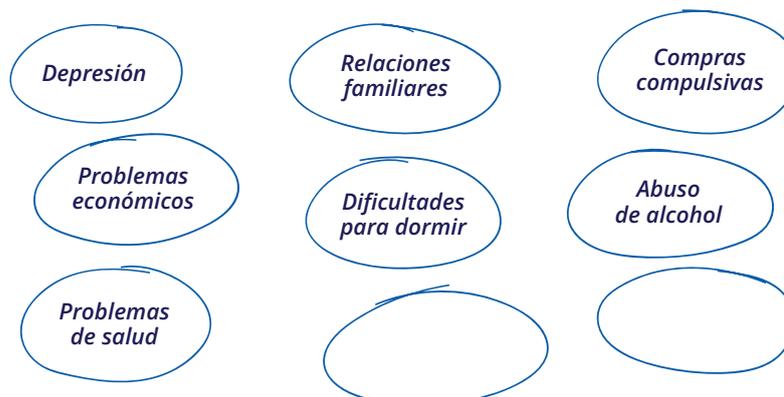
2.5.2. Enfocar

Una vez que se ha conseguido el compromiso, el siguiente paso en la Entrevista Motivacional es encontrar una dirección para la conversación y el proceso de asesoramiento en su conjunto. Se elabora una agenda de mutuo acuerdo que promueva el cambio y, a continuación, se identifica una conducta específica sobre la que hablar. Sin un enfoque claro, las conversaciones sobre el cambio pueden ser improductivas y difíciles de manejar.

Decidir la agenda

Cuando las personas plantean múltiples problemas o se sienten confusos o inseguros sobre la dirección de la conversación, se puede emprender la elaboración de una agenda que ayude a decidir el enfoque del asesoramiento. La ilustración muestra los posibles componentes de un mapa de agenda.

Ejemplo de un mapa de agenda



Elaboración de la agenda

- Tenga a mano un mapa de la agenda vacío o dibuje 8 a 10 círculos o formas vacíos en un papel en blanco.
- Presénteselo diciendo: “Sé que te han remitido aquí para tratar (...), pero es posible que tenga otras preocupaciones de las que quiera hablar. Me gustaría dedicar unos minutos a anotar las cosas de las que quiera hablar”. Así tendremos un mapa que podremos consultar para ver si vamos en la dirección correcta. ¿Qué le parece?”
- Escriba una preocupación o tema diferente en cada círculo. Deje dos o tres círculos en blanco para poder añadir una nueva preocupación o sugerir un tema que pueda ser importante tratar.
- Pregunte al sujeto cuál es su preocupación más acuciante: “Ha mencionado varias cosas de las que le gustaría hablar. ¿Por dónde le gustaría empezar?”.
- Deje tiempo para guiarle de vuelta a la preocupación por la conducta adictiva si no se ha discutido durante la sesión.
- Conserve el mapa como registro visual y consúltelo con el sujeto para recordar el enfoque y la dirección del proceso de asesoramiento. Añada y elimine temas según sea necesario.
- Recuerde utilizar las habilidades OARS durante todo este proceso para hacer avanzar la conversación.

Identificar un comportamiento objetivo

Una vez que usted y el sujeto estén de acuerdo en una dirección general, concéntrese en una conducta específica que la persona esté dispuesta a discutir. La conversación sobre el cambio está vinculada a un objetivo específico de cambio de conducta. No se puede evocar la conversación sobre el cambio hasta que no se identifique una conducta objetivo.

2.5.3. Evocar

Evocar la conversación de cambio

Involucrar a la persona en el proceso de cambio es la tarea fundamental de la Entrevista Motivacional. En lugar de identificar el problema y promover formas de resolverlo, su tarea es ayudar a las personas a reconocer que sus conductas adictivas pueden estar contribuyendo a su angustia, y que tienen la opción de elegir cómo avanzar en la vida de forma que mejore su salud y bienestar. Una señal de que la ambivalencia respecto al cambio está disminuyendo es cuando se empieza a hablar de cambio. El primer paso para evocar el discurso del cambio es formular preguntas abiertas. Hay varios tipos de discurso de cambio, reflejados en el acrónimo en inglés de Desire, Ability, Reasons, Needs: DARN (Deseos, Capacidad, Razones, Necesidad). Las preguntas DARN pueden ayudarle a generar preguntas abiertas que provoquen el diálogo sobre el cambio. En el cuadro siguiente se ofrecen ejemplos de preguntas abiertas que suscitan el diálogo sobre el cambio como preparación para dar pasos hacia el mismo.

Ejemplos de preguntas abiertas para suscitar una conversación sobre el cambio utilizando DARN	
Deseo	<p><i>"Te gustaría que las cosas ¿cambiaran?"</i></p> <p><i>"¿Qué espera que consigamos trabajando juntos?"</i></p> <p><i>"¿Qué es lo que no le gusta de cómo están las cosas ahora?"</i></p> <p><i>"¿Qué es lo que no te gusta de las consecuencias de _____?"</i></p> <p><i>"¿Qué deseas para tu relación con _____?"</i></p> <p><i>"¿Cómo quieres que tu vida sea diferente dentro de un año?"</i></p>
Capacidad	<p><i>"Si decidieras dejar de _____, ¿cómo podrías hacerlo?"</i></p> <p><i>"¿Qué crees que podrías cambiar?"</i></p> <p><i>"¿Qué ideas tienes sobre cómo podrías _____?"</i></p> <p><i>"¿Qué te anima a pensar que podrías cambiar si lo decidieras?". "¿Hasta qué punto confías en que podrías _____ si te decidieras?"</i></p> <p><i>"De las diferentes opciones que has considerado, ¿cuál te parece más posible?"</i></p> <p><i>"¿Qué probabilidades tienes de poder _____?"</i></p>
Razones	<p><i>"¿Cuáles son las razones que tienes para hacer este cambio?"</i></p> <p><i>"¿Por qué quiere dejar o reducir de _____?"</i></p> <p><i>"¿Cuál es el inconveniente de cómo están las cosas ahora?"</i></p> <p><i>"¿Cuáles podrían ser las cosas buenas de dejar de _____?"</i></p> <p><i>"¿Qué haría que mereciera la pena para ti _____?"</i></p> <p><i>"¿Cuáles podrían ser algunas de las ventajas de _____?"</i></p> <p><i>"¿Cuáles podrían ser las tres mejores razones para _____?"</i></p>
Necesidad	<p><i>"¿Qué tiene que pasar?"</i></p> <p><i>"¿Qué importancia tiene para ti _____?"</i></p> <p><i>"¿Qué te hace pensar que podrías necesitar hacer un cambio?"</i></p> <p><i>"¿Qué tan serio o urgente te parece esto?"</i></p> <p><i>"¿Qué crees que tiene que cambiar?"</i></p>

Otras estrategias para evocar la conversación sobre el cambio incluyen

- **Evocar la importancia del cambio:** Formule una pregunta abierta que suscite una conversación sobre la “necesidad” del cambio: “¿Qué importancia tiene para usted en una escala de 1 a 10, cambiar ____?”.
- **Explorar los extremos:** Pídale al sujeto que identifique los extremos del problema; esto mejora su motivación. Por ejemplo: “¿Qué es lo que más le preocupa de ____?”.
- **Mirar hacia atrás:** Para señalar las discrepancias y evocar la conversación sobre el cambio, pregunte a la persona cómo era antes de experimentar los problemas asociados a las conductas adictivas y comparar esa respuesta con cómo es ahora. Por ejemplo: “¿Cómo era antes de empezar a ____?”.
- **Mirar hacia el futuro:** Pida que visualice lo que a él o ella le gustaría para el futuro. Esto puede provocar conversaciones de cambio e identificar metas a trabajar. Por ejemplo: “Si decidieras [describa el cambio en el comportamiento objetivo], ¿cómo crees que sería de diferente tu vida en un mes, en un año o en 5 años?”.

Refuerce la conversación sobre el cambio reflejándola verbalmente, asintiendo con la cabeza o haciendo expresiones faciales de aprobación y frases de afirmación. Anime a la persona a seguir explorando la posibilidad del cambio pidiéndole más información, ejemplos explícitos o detalles sobre las preocupaciones restantes. Las preguntas que empiezan por “¿Qué más?” invitan a profundizar.

Responder a los discursos de cambio y de mantenimiento

Hay que centrarse en evocar los discursos de cambio y minimizar los de mantenimiento de la conducta problema. El discurso de mantenimiento expresa el lado de la ambivalencia que favorece la continuación del patrón de conducta adictiva. No discuta con la persona su discurso de mantenimiento, y no intente persuadirle para que adopte la opción del cambio en su ambivalencia. Hay muchas maneras de responder a la charla de mantenimiento que la reconocen sin quedarse atascado en ella:

Reflexiones simples

Reconoce la conversación de mantenimiento con una simple respuesta de escucha reflexiva. Esto valida lo que la persona ha dicho y, a veces, provoca la conversación de cambio. Dé a la persona la oportunidad de responder antes de continuar.

- “No pienso dejar de beber pronto”
- “Usted no cree que la abstinencia funcionaría para usted en este momento”

Reflexión amplificada

Refleje con precisión la declaración del persona pero con énfasis (y sin sarcasmo). Una reflexión amplificada exagera el punto de vista de la persona, lo que puede empujarle a adoptar el otro lado de la ambivalencia (es decir, a hablar de cambio).

- “Pero no puedo dejar de fumar hierba. Todos mis amigos fuman hierba”
- “Así que realmente no puedes dejar de fumar porque sería demasiado diferente de sus amigos”

Reflexión de doble cara

Una reflexión de doble cara reconoce la conversación y luego la empareja con la conversación de cambio, ya sea en la misma frase de la persona o en una frase anterior. Reconoce la ambivalencia de la persona, pero refuerza selectivamente el discurso de cambio. Use “y” para unir los dos enunciados y haga que la conversación sobre el cambio sea el segundo enunciado

- “Sé que debería dejar de fumar ahora que estoy embarazada. Pero intenté dejar de fumar antes y fue demasiado duro”
- “Estas preocupada de no ser capaz de dejarlo de una vez, y quieres que tu bebé nazca sano”

Acuerdo con un giro

Una estrategia sutil consiste en mostrarse de acuerdo, pero con un ligero giro o cambio de dirección que haga avanzar la discusión. El giro debe plantearse sin énfasis ni sarcasmo.

- “No puedo imaginar lo que haría si yo dejara de beber. Es parte de lo que soy. ¿Cómo podría ir al bar y pasar el rato con mis amigos?”
- “No serías tú sin beber. Tienes que seguir bebiendo sin importar cómo afecte a tu salud”

Reencuadre

El reencuadre reconoce la experiencia del persona, pero sugiere Significados alternativos. Invita a la persona a considerar una perspectiva diferente. Reencuadrar también es una forma de reorientar la conversación y pasar del énfasis en la conversación sobre el mantenimiento a suscitar la conversación sobre el cambio.

- “Mi marido siempre me regaña por mi forma de beber y me llama alcohólica. Eso me molesta”
- “Aunque su marido lo expresa de una manera que le frustra, realmente le importa y le preocupa la bebida”

Cambio de enfoque

Desactiva la discordia y la tensión cambiando el enfoque de la conversación.

- “Por tu forma de hablar, crees que soy alcohólico, ¿no?”
- “Las etiquetas no son importantes para mí. Lo que me importa es cómo ayudarte mejor”

Énfasis en la autonomía personal

Haga hincapié en que las personas tienen opciones, aunque todas las opciones tengan un lado negativo). Refuerce la autonomía personal y abra la posibilidad de que las personas elijan el cambio en lugar de continuar igual.

- “Realmente no me interesa renunciar a beber completamente”
- “Realmente depende de ti mismo. Nadie puede tomar esa decisión por ti”

Desarrollar la discrepancia: Una conversación sobre valores

Cuando las personas reconocen las discrepancias entre su conducta actual y sus valores, objetivos y esperanzas para el futuro, aumenta su motivación para cambiar. Su tarea consiste en ayudarles a centrarse en cómo su comportamiento entra en conflicto con sus valores y objetivos, lo que puede incrementar la motivación intrínseca. Para facilitar la discrepancia, mantenga una conversación sobre sus valores para explorar lo que es importante para el sujeto (p. ej., buena salud, relaciones positivas con la familia, ser un miembro responsable de la comunidad, evitar otra hospitalización, mantenerse alejado de la cárcel, etc.). Y luego resalte el conflicto que él siente entre sus conductas adictivas y esos valores. Este proceso puede suscitar sentimientos incómodos como la culpa o la vergüenza. Enmarque la conversación transmitiendo aceptación, compasión y afirmación. La paradoja de la aceptación es que ayuda a las personas a tolerar más discrepancia y, en lugar de evitar esa tensión, las impulsa hacia el cambio. Sin embargo, demasiada discrepancia puede abrumar a la persona y hacerle pensar que el cambio no es posible.

Puede facilitar la discrepancia:

Identificando sus valores personales

Para que las personas sientan discrepancia entre sus valores y sus acciones, necesitan reconocer cuáles son esos valores. Es posible que algunas personas sólo tengan una vaga idea de sus valores u objetivos. Una herramienta que le ayudará a usted y a sus personas a explorar los valores es la clasificación de Tarjetas de Valores.

- Imprima diferentes valores como "Logro: tener logros importantes" en tarjetas individuales.
- Invite a las personas a ordenar las tarjetas en montones según su importancia; las más importantes se colocan en un montón y las menos importantes en otro.
- Pida a las personas que elijan algunas tarjetas del montón más importante; converse sobre cada una de ellas.
- Utilice las técnicas OARS (Preguntas abiertas, Afirmar, Escucha reflexiva, Resumir) para facilitar las conversaciones.
- Preste atención a las afirmaciones sobre discrepancia entre estos valores importantes y las conductas adictivas, y refuerce estas afirmaciones.

Facilitando información

Evite ser el experto y tratar a las personas como receptores pasivos cuando dé información sobre los efectos o consecuencias negativas físicas, emocionales, psicológicas o sociales de las conductas adictivas. En su lugar, involucre a la persona en un proceso de intercambio mutuo. Este proceso se denomina **Elicitar-Proporcionar-Elicitar (EPE)** y consta de tres pasos:

- **Suscite disposición o interés por la información.** No dé por sentado que las personas están interesadas en escuchar la información que quiere ofrecerles; empiece por pedirles permiso. Por ejemplo: "*¿Le parece bien que comparta con usted información sobre los riesgos de ____?*". No dé por sentado que las personas carecen de estos conocimientos. Pregúnteles qué saben ya sobre los riesgos. Por ejemplo: "*¿Qué es lo que más le gustaría saber sobre los riesgos de ____?*".
- **Proporcione información de forma neutral** (es decir, sin juzgar). De prioridad a lo que han dicho que más les gustaría saber.

- **Rellene las lagunas de conocimiento.** Presente la información de forma clara y en pequeños fragmentos. Demasiada información puede abrumar. Invite a hacer más preguntas sobre la información que proporciona.
- **Compruebe la comprensión.** No dé por sentado cómo reaccionarán los sujetos a la información que les ha facilitado. Haga preguntas: *"Entonces, ¿qué opinas de esta información?"* *"¿Qué te parece?"*
- **Conceda a las personas tiempo suficiente** para considerar y reflexionar sobre la información que les ha presentado. Invítelos a hacer preguntas de aclaración. Siga las respuestas de las personas a sus preguntas abiertas con afirmaciones de escucha reflexiva que enfatizan el discurso de cambio siempre que lo oiga.

Explorando las preocupaciones de los demás

Otra forma de crear discrepancia es explorar las preocupaciones que otras personas han expresado sobre la conducta adictiva del sujeto. Esto difiere de centrarse en la presión externa que un miembro de la familia, un empleador o el sistema judicial pueden estar ejerciendo para que reduzcan o se abstengan de sus conductas adictivas. El propósito es invitar a explorar de una manera no amenazante el impacto de las conductas adictivas en las personas con las que los sujetos están emocionalmente conectados.

Evoque la esperanza y la confianza para apoyar la autoeficacia

Muchas personas no tienen un sentido bien desarrollado de la autoeficacia. Les cuesta creer que pueden iniciar o mantener un cambio de conducta. Para mejorar la autoeficacia es necesario suscitar confianza, esperanza y optimismo en que el cambio, en general, es posible y que las personas, en particular, pueden cambiar. Este impacto positivo en la autoeficacia puede ser una de las vías en que la Entrevista Motivacional promueve el cambio de comportamiento. Uno de los predictores más consistentes del cambio positivo de comportamiento es la "capacidad" de hablar del cambio. A menos que una persona crea que el cambio es posible, la discrepancia percibida entre el deseo de cambio y los sentimientos de desesperanza acerca de lograrlo es probable que resulten en una continua conversación de mantenimiento y ningún cambio.

Puede ayudar a aumentar la esperanza y la confianza de las personas en el cambio con las siguientes estrategias:

- Explore los puntos fuertes de las personas y cómo aplicarlos a la situación actual.
- Discuta lo que funcionó y lo que no funcionó anteriormente y ofrezca opciones de cambio basadas en lo que funcionó antes.
- Describa cómo personas en situaciones similares han logrado cambiar su comportamiento.
- Ofrezca algunas herramientas cognitivas, como dividir una tarea abrumadora en cambios más pequeños que puedan ser más manejables.
- Eduque sobre la biología de la adicción para aliviar la vergüenza e infundir esperanza en la recuperación.

Reconozca los signos de disposición al cambio

A medida que evoque y responda a la charla sobre el cambio de DARN (deseos, capacidad, razones y necesidad), empezará a observar estos signos de disposición al cambio:

- **Aumento de la conversación sobre el cambio:** A medida que aumentan la conversación sobre el cambio, el compromiso y la activación comienzan a expresarse. La persona puede mostrar optimismo sobre el cambio y la intención de cambiar.
- **Disminución de la conversación de mantenimiento:** A medida que aumenta la conversación sobre el cambio, disminuye la conversación sobre el mantenimiento de la conducta adictiva. Cuando la conversación de cambio supera a la conversación de mantenimiento, es señal de que la persona avanza hacia el cambio.
- **Resolución:** La persona parece más relajada. Habla menos del problema y a veces expresa una sensación de resolución.
- **Preguntas sobre el cambio:** La persona pregunta qué hacer con el problema, cómo cambian las personas cuando quieren hacerlo, etc.
- **Imaginar:** La persona empieza a hablar de la vida después de un cambio, anticipa dificultades o discute las ventajas del cambio. Requiere solo imaginar algo diferente, no necesariamente cómo llegar a ese algo diferente, sino simplemente imaginar cómo las cosas podrían ser diferentes.
- **Dar pasos:** La persona empieza a experimentar con pequeños pasos hacia el cambio (por ejemplo, estar sin jugar durante unos pocos días, leer un libro de autoayuda). Apoyar pequeños pasos de cambio ayuda a la persona a desarrollar la autoconfianza y la seguridad en sí mismo.

Cuando note estos signos de disposición al cambio, es un buen momento para ofrecer a la persona un resumen de recapitulación en el que reafirme su discurso de cambio y minimice los reflejos del discurso de mantenimiento. Un resumen de recapitulación es una buena manera de pasar a hacer preguntas clave.

Formule preguntas clave

Para ayudar a pasar de la preparación a movilizarse para el cambio, haga preguntas clave:

- "¿Qué piensas hacer con respecto a tu forma de beber?"
- "Después de revisar la situación, ¿cuál es el siguiente paso para ti?"
- "¿Qué quieres hacer con tus apuestas?"
- "¿Qué puedes hacer para dejar de fumar?"
- "¿Qué podrías hacer después?"

Si la persona responde con un discurso de cambio (por ejemplo, "Tengo la intención de dejar de ____"), puede pasar al proceso de planificación. Si la persona responde con un discurso de mantenimiento (por ejemplo, "Sería demasiado difícil para mí dejar de ____ ahora mismo"), debe volver al proceso de evocación. Recuerde que el cambio no es un proceso lineal para la mayoría de las personas. No se lance al proceso de planificación si la persona expresa suficiente ambivalencia aún como para indicar que no está preparado para el siguiente paso. La ambivalencia sobre dar el siguiente paso puede deberse a la incertidumbre sobre abandonar la conducta adictiva o a la falta de confianza en ser capaz de hacer el cambio.

2.5.4. Planificar

La tarea en este proceso es ayudar a desarrollar un plan de cambio que sea aceptable, accesible y apropiado. Una vez que alguien decide cambiar una conducta adictiva, puede que ya tenga ideas sobre cómo realizar ese cambio y ya sabe lo que funcionó en el pasado. Su tarea, entonces, consiste simplemente en reforzar su plan. No asuma que todas las personas necesitan un método estructurado para desarrollar un plan de cambio. Muchas personas pueden hacer cambios significativos en su estilo de vida e iniciar la recuperación de las conductas adictivas sin ayuda formal. Para aquellas que necesitan ayuda para desarrollar un plan de cambio, recuerde que debe seguir usando técnicas OARS para facilitar el proceso, desde por qué cambiar y qué cambiar, hasta cómo cambiar.

Identificar un objetivo de cambio

Parte de la planificación consiste en trabajar conjuntamente para identificar o aclarar un objetivo de cambio. En este punto, puede haberse identificado, ya, un objetivo. Por ejemplo, cuando se formula una pregunta clave como “¿Qué quieres hacer con respecto a las apuestas?” podría decir: “Quiero apostar hasta un máximo acordado”. En esta situación, la atención pasa a centrarse en el desarrollo de un plan con pasos específicos que el sujeto podría dar para alcanzar ese objetivo de cambio. Si no tiene claro su objetivo de cambio y solo dice: “Realmente necesito hacer algo con respecto a las apuestas”, el primer paso es ayudarle a clarificar cual es el objetivo que ayuda a la persona a ser más específico:

Desarrollar un plan de cambio

Comience con el objetivo de cambio identificado; luego, explore los pasos específicos que la persona puede dar para lograrlo. En el proceso de planificación, utilice las técnicas OARS y preste atención al discurso de cambio CAT (Compromiso, Activación, Tomar medidas). A medida que se avanza, observe cuidadosamente el cambio de un discurso de cambio más general a un discurso de cambio del plan específico de cambio.

Estas son algunas estrategias para ayudar a las personas a desarrollar un plan de cambio:

- **Confirme el objetivo del cambio.** Asegúrese de que usted y el sujeto están de acuerdo en qué conducta quiere cambiar y cuál es el objetivo final (por ejemplo, reducirla o abstenerse). Este objetivo puede cambiar a medida que se den pasos para conseguirlo.
- **Recabe ideas sobre cómo cambiar.** Puede haber muchos caminos diferentes para alcanzar el objetivo deseado. Antes de lanzar sus ideas sobre las estrategias para realizar el cambio, evoque las del sujeto.
- **Explore los pros y los contras** de las distintas ideas; determine cuál es la más apropiada a esa persona.
- **Ofrezca un menú de opciones.** Utilice el proceso EPE (Elicitar-Proporcionar-Elicitar) para pedir permiso y para ofrecer sugerencias posibles sobre las opciones de cambio, proporcione información sobre esas opciones, y compruebe la comprensión del cliente de estas opciones y de las que le parecen más aceptables.
- **Resuma el plan de cambio.** Una vez que usted y la persona tengan un plan claro, resuma el plan y los pasos o vías específicos que la persona ha identificado. Escuche la conversación de cambio CAT (Compromiso, Activación, Tomar medidas) y refuércelo mediante la escucha reflexiva.

- **Explore los obstáculos.** Una vez que el sujeto aplica el plan de cambio a su vida, inevitablemente habrá contratiempos. Intente prever los posibles obstáculos y cómo podría responder ante ellos antes de tomar medidas para poner en práctica el plan

Reforzar el compromiso con el cambio

El proceso de planificación es sólo el principio del cambio. Los sujetos deben comprometerse con el plan y mostrar ese compromiso pasando a la acción. Normalmente, las personas expresan su intención de realizar un cambio, antes de comprometerse formalmente a pasar a la acción. Puede evocar la intención de pasar a la acción formulando preguntas abiertas: “¿Qué está dispuesto a hacer esta semana?” o “¿Qué pasos concretos del plan de cambio está dispuesto a dar?”. Recuerde que el sujeto puede tener un objetivo final y pasos intermedios para lograr ese objetivo. Una vez que la persona haya expresado su intención de cambiar, suscite la conversación sobre el compromiso con el cambio. Intente formular preguntas abiertas que inviten a la persona a explorar su compromiso más claramente.

BIBLIOGRAFÍA

Brand M, Young KS, Laier C, Wölfling K, Potenza MN. *Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model*. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Dec;71:252-266. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.033.

CARITAS (2022) *Impacto de las pantallas en la vida de la adolescencia y sus familias en situación de vulnerabilidad social: realidad y virtualidad*
<https://www.caritas.es/producto/impacto-de-las-pantallas-en-la-vida-de-la-adolescencia-y-sus-familias-en-situacion-de-vulnerabilidad-social-realidad-y-virtualidad/>

Davis RA. (2001) *A cognitive behavioral model of pathological Internet use*. *Computers in Human Behavior*; 17:187–95.

Díaz Salabert, J. (2001). *El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas*. *Escritos De Psicología - Psychological Writings*, 1(5), 21-35.
<https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.vi5.13463>

Díaz Salabert, Juan y Gómez Torres, María Isabel.(2019) *Cribado e intervención breve digital en el uso problemático de internet: Programa Piensatic*. *Escritos de psicología [online]*. vol.12, n.2, pp.57-68
<https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v12i2.9984>

Ferré, F., Sevilla, J. Basurte, I., (2016) *Protocolos de Intervención en patología Dual*
<https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/8-pdual-adicciones.pdf>

Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training: The nolo program for raising responsible children*. New York, NY: Wyden.

Griffiths, M. (2005) *A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework*. *Journal of Substance Use*, August; 10 (4): 191–197

Hussain, Z., Griffiths, M.D. *The Associations between Problematic Social Networking Site Use and Sleep Quality, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Depression, Anxiety and Stress*. *Int J Ment Health Addiction* 19, 686–700 (2021).
<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00175-1>

Marks I (1990). *Behavioural (non-chemical) addictions*. *Br J Addict*. Nov;85(11):1389-94. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb01618.x. PMID: 2285832.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Plan Nacional Sobre Drogas (2021) *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES*
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.html

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: R. E. Krieger.

Richard J. Rosenthal & Suzanne Faris (2019): *The etymology and early history of 'addiction'*, *Addiction Research & Theory*, DOI: 10.1080/16066359.2018.1543412

Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy*. New York, NY: Houghton Mifflin.

Ruiz Sánchez de León, J. M, Pedrero Pérez, E.J. (2019) *Neuropsicología de las conductas adictivas*. Editorial Síntesis

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2019 *Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571071/>

UNICEF ESPAÑA (2021) *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*
<https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>

You Y, Yang-Huang J, Raat H, Van Grieken A. (2022) *Social Media Use and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: Cross-sectional Study*. JMIR Ment Health. 2022 Oct 4;9(10):e39710. doi: 10.2196/39710. PMID: 36194460; PMCID: PMC9579926.

Young, K. S. (1998). *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder*. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 237-244.
<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>

ENLACES DE INTERÉS PARA LA PREVENCIÓN DEL USO PROBLEMÁTICO DE LAS NTIC

www.pantallasamigas.net

www.aepd.es/es/mas-que-un-movil

www.ciberexperto.org

www.tudecideseninternet.es/es

www.is4k.es

intef.es/aseguratic/buscador

www.is4k.es/redes-sociales-en-la-adolescencia

www.is4k.es/de-utilidad/herramientas

www.adiados.com

www.piensatic.org

Si deseas ampliar conocimientos de las cuestiones que se explican en esta guía, puedes matricularte y acceder al curso *"Prevención de adicciones comportamentales en colectivos vulnerabilizados en situación de exclusión social en el ámbito de las NTICs"* en la Plataforma E-Minerva de Médicos del Mundo.

**COMBATIMOS TODAS
LAS ENFERMEDADES,
INCLUIDA LA INJUSTICIA**