

Integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional
Manual de Codificación 4.2.1

T.B. Moyers¹, J.K. Manuel², & D. Ernst³
Universidad de Nuevo México

1 Centro de Alcoholismo, Abuso de Sustancias y Adicciones (CASAA)

2 Departamento de Asuntos de Veteranos

3 Denise Ernst Capacitación y Consultoría

Citación Recomendada:

Moyers, T.B., Manuel, J.K., & Ernst, D. (2014). Manual de Codificación 4.2.1; Integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional. Manual inédito.

Agradecemos a los siguientes editores de este manual:

Lisa Hagen Glynn

Christiana Fortini

Traducido al Español por (en orden alfabético):

Franze de la Calle

Gabrielle Ruiz

Lucia Galleno Villafán

Revisiones en el 4.1

Cambio de texto en Persuadir con Permiso para clarificar la duración y el alcance del permiso
Corrección de errores de formateo
Revisión de ejemplos

Revisiones en el 4.2

A. Discurso Sostenido

Añadimos una oración al global Atenuando el Discurso Sostenido indicando que los terapeutas podrían recibir puntajes altos en esta escala aún si no hay discurso sostenido presente en la sesión. También añadimos este punto como P&RF#6 (P: pregunta; R: respuesta; F: frecuentes).

Añadimos P&R frecuentes para elaborar sobre el uso del discurso sostenido para construir empatía y cómo esta podría reflejarse en el puntaje de Atenuando el Discurso Sostenido (P&RF#7)

Añadimos P&RF para elaborar sobre cómo Atenuando el Discurso Sostenido debería ser evaluado en un ejercicio de balance decisional (P&RF #8).

B. Discurso de Cambio

Agregamos una oración a Cultivando Discurso de Cambio indicando que los clínicos no deben ser penalizados si el cliente no ofrece Discurso de Cambio a pesar de sus esfuerzos.

C. Buscando Colaboración

Agregamos una frase para indicar que el código Buscando Colaboración no necesita ser asignado cuando los terapeutas están indagando la comprensión intelectual del cliente sobre sus declaraciones (P&RF #9)

A. Introducción al ITEM (Integridad de Tratamiento de la Entrevista Motivacional (EM); MITI Motivational Interviewing Treatment Integrity en inglés)

El propósito del ITEM

¿Qué tan bien o mal un clínico usa la entrevista motivacional? El ITEM es un sistema de codificación de comportamientos que da una respuesta a esta pregunta. El ITEM también da retroalimentación que se puede usar para aumentar o incrementar las habilidades clínicas en la práctica de la entrevista motivacional. El propósito del ITEM es para usarlo como:

- 1) Una medida de integridad de tratamiento para ensayos clínicos de la entrevista motivacional
- 2) Un medio para proveer retroalimentación formal y estructurada sobre formas que mejoran la práctica en ambientes no investigativos.
- 3) Un componente de criterios de selección para capacitaciones y contratación (para más información sobre esto, ver la sección de P&RF en el apéndice B; en progreso)

El ITEM evalúa componentes de procesos dentro la entrevista motivacional, incluyendo relacionarse, enfocarse, evocar y planificar. Las sesiones sin un objetivo de cambio específico o una meta, podrían no ser apropiadas para ser evaluada con el ITEM (ver Designando una Meta de Cambio; Sección C) aunque algunos elementos pueden ser útiles para evaluar y proveer retroalimentación sobre las destrezas en el proceso de relacionarse.

B. Componentes del ITEM

EL ITEM tiene dos componentes: los puntajes globales y el conteo de comportamientos

Un puntaje global requiere que el codificador asigne un solo número en una escala de cinco puntos para caracterizar una interacción completa. Estos puntajes tienen la intención de capturar la impresión global del evaluador o el juicio general sobre la dimensión a veces llamada "gestalt". Se califican cuatro dimensiones globales: Cultivando el Discurso de Cambio, Atenuando el Discurso Sostenido, Asociación y Empatía. Esto significa que cada revisión del ITEM "contendrá" cuatro puntajes globales

Un conteo de comportamientos requiere que el codificador cuente las instancias particulares de comportamientos del entrevistador. Estos conteos continuos ocurren desde el principio del segmento que está siendo revisado hasta el final. El codificador no está obligado a juzgar la calidad general del evento como en el caso de los puntajes globales, sino simplemente contar cada instancia del comportamiento.

Típicamente ambos, los puntajes globales y los conteos de comportamientos, son evaluados dentro de una sola revisión de la grabación. La duración recomendada para una muestra de codificación es un segmento aleatorio de 20 minutos. Segmentos más cortos o más largos pueden ser usados, pero hay que tener cuidado al asignar e interpretar los puntajes globales en muestras más cortas o más largas. Se debe prestar atención cuidadosa para asegurar que el muestreo del segmento es verdaderamente aleatorio, especialmente en ensayos clínicos, de forma que se pueda derivar inferencias apropiadas sobre la integridad total de la intervención de la entrevista motivacional.

La grabación puede ser detenida según sea necesario, pero interrumpir y reiniciar excesivamente durante la misma codificación (en caso opuesto a las capacitaciones o revisiones grupales) puede alterar la habilidad del codificador en formar la impresión gestalt necesaria para los puntajes globales. Los codificadores pueden, por lo tanto, decidir usar dos pases de la grabación hasta que se sientan competentes usando el sistema de codificación. En este caso, el primer pase debe ser usado para los puntajes globales y el segundo para el conteo de comportamientos.

C. DESIGNANDO UNA META DE CAMBIO

Una característica importante del ITEM consiste en enfocarse en un objetivo de cambio en particular y mantener una dirección específica sobre ese cambio durante la conversación. Los objetivos de cambio, a veces llamados metas de comportamientos, pueden ser muy específicos y conductuales (por ejemplo, reducir alcohol, monitorear el azúcar en la sangre, comprometerse en un programa de tratamiento). Los codificadores deben ser informados con anticipación a la codificación acerca de el objetivo de cambio designado en la interacción. Esto debe ser identificado en la hoja de codificación por el codificador antes que la codificación comience. Esto le permitirá a los codificadores juzgar con exactitud si el clínico está dirigiendo la conversación hacia el objetivo de cambio y si está evocando el contenido sobre este.

D. PUNTAJES GLOBALES

Los puntajes globales intentan capturar la impresión general del evaluador sobre qué tan bien o mal el clínico satisface la descripción de la dimensión que se está midiendo. Aunque esto se puede lograr evaluando simultáneamente muchos pequeños elementos, el juicio integral por el evaluador es lo primordial. Los puntajes Globales deben reflejar la evaluación holística del entrevistador, ya que no se pueden separar necesariamente en elementos individuales.

Los puntajes globales se asignan en una escala Likert de 5 puntos, siendo el mínimo "1" y el máximo "5". El codificador asume "3" como puntaje (predeterminado o por defecto) y se desplaza hacia arriba o hacia abajo como está indicado. Un "3" podría también reflejar prácticas variables. Generalmente no se da un "5" cuando hay en el segmento ejemplos destacables de prácticas pobres.

Cultivando el Discurso de Cambio				
Bajo			Alto	
1	2	3	4	5
El clínico no muestra atención explícita o preferencia por el lenguaje del cliente a favor del cambio.	El clínico esporádicamente presta atención al lenguaje del cliente a favor del cambio, frecuentemente pierde oportunidades para fomentar el discurso de cambio.	El clínico a menudo presta atención al lenguaje a favor del cambio, pero pierde algunas oportunidades para fomentar el discurso de cambio.	El clínico consistentemente presta atención al lenguaje de cambio y hace un esfuerzo para fomentarlo.	El clínico muestra un esfuerzo marcado y consistente para incrementar la profundidad, fortaleza, o el impulso en el lenguaje del cliente a favor del cambio.

Esta escala intenta medir el grado con que el clínico fomenta activamente el lenguaje propio del cliente a favor del cambio y su confianza para llevarlo a cabo. Para alcanzar calificaciones más altas en la escala "Cultivando el Discurso de Cambio" el objetivo de cambio tiene que ser obvio en la sesión y la conversación tiene que centrarse principalmente en el cambio, con el clínico cultivando activamente el discurso de cambio cuando es posible. Los puntajes bajos en esta escala ocurren cuando el clínico está inatento al lenguaje de cambio del cliente, ya sea al no reconocerlo y seguirlo, o al priorizar otros aspectos de la interacción (como tomar el historial, evaluar o escuchar sin propósito direccional). Las interacciones bajas en "Cultivando el Discurso de Cambio" todavía pueden ser altamente empáticas y clínicamente apropiadas.

Se debe tener cuidado de no penalizar al clínico si los clientes no ofrecen discurso de cambio o no responden a los esfuerzos para evocarlos.

Anclas verbales

1. El clínico no muestra atención explícita, o preferencia por el lenguaje del cliente a favor del cambio.

Ejemplos:

- Pregunta solo por la historia del problema
- Estructura la conversación para enfocarse solo en los problemas que el cliente está viviendo
- No muestra interés o preocupación por los valores del cliente, sus fortalezas, esperanzas o éxitos pasados.
- Provee educación como la única interacción con el cliente
- Da razones para cambiar en vez de fomentar las del cliente
- Ignora el discurso de cambio cuando este es ofrecido

2. El clínico esporádicamente presta atención al lenguaje del cliente a favor del cambio, frecuentemente pierde oportunidades para fomentar el discurso de cambio.

Ejemplos:

- Presta atención superficial al lenguaje del cliente sobre el objetivo de cambio
- Falla al no preguntar sobre los beneficios potenciales del cambio
- Carece de curiosidad o su interés es mínimo acerca de los valores del cliente, sus fortalezas y éxitos pasados

3. El clínico a menudo presta atención al lenguaje a favor del cambio, pero pierde algunas oportunidades para fomentar el discurso de cambio.

Ejemplos:

- Pierde oportunidades para fomentar el lenguaje del cliente a favor del cambio.
- Puede dedicar el mismo tiempo y atención al discurso sostenido y de cambio, por ejemplo usando el balance decisional, luego de que ha surgido una oportunidad de cambio.

4. El clínico consistentemente presta atención al lenguaje de cambio y hace un esfuerzo para fomentarlo.

Ejemplos:

- La mayoría de las veces reconoce las razones que el cliente tiene para cambiar y las explora cuando el cliente las ofrece
- A menudo responde al discurso de cambio con reflexiones que no fomentan una exploración más profunda de parte del cliente
- Expresa curiosidad cuando los clientes ofrecen discurso de cambio
- Puede explorar los valores del cliente, sus fortalezas, esperanzas y éxitos pasados relacionados con el objetivo a alcanzar

5. El clínico muestra un esfuerzo marcado y consistente en incrementar la profundidad, fortaleza o el impulso en el lenguaje del cliente a favor del cambio.

Ejemplos:

- A través de una serie de intercambios, el clínico configura el lenguaje del cliente a favor del cambio.
- Usa estrategias terapéuticas estructuradas como una manera de suscitar y reforzar el discurso de cambio
- Usualmente no pierde oportunidades para explorar más profundamente cuando el cliente ofrece discurso de cambio
- Estratégicamente suscita discurso de cambio y consistentemente responde a este cuando es ofrecido
- Raramente pierde oportunidades para generar impulso en el discurso de cambio

Atenuando el Discurso Sostenido				
Bajo			Alto	
1	2	3	4	5
El clínico consistentemente responde al lenguaje del cliente de forma que facilita la frecuencia o profundidad de los argumentos a favor del statu quo.	Usualmente escoge explorar, enfocarse, o responder a las razones del cliente para mantener el statu quo.	El clínico da preferencia al lenguaje del cliente a favor del statu quo, pero en algunas instancias puede alejar su enfoque del discurso sostenido.	El clínico típicamente evita el énfasis en el lenguaje del cliente a favor del statu quo.	El clínico muestra un esfuerzo marcado y consistente en reducir la profundidad, fortaleza, o el impulso del lenguaje del cliente a favor del statu quo.

Esta escala intenta medir el grado en que el clínico evita enfocarse en la razones en contra del cambio o a favor de mantener el statu quo. Para obtener puntajes altos, los clínicos deben evitar quedarse en discusiones relacionadas con la dificultad o indeseabilidad de cambiar. Aunque los terapeutas podrán en ocasiones prestar atención al discurso sostenido para construir la relación, en general estos deben usar solo el tiempo necesario y llevar la discusión a un territorio más favorable para generar motivación. También se puede obtener puntajes altos aunque no haya discurso sostenido en la sesión y si el clínico no se involucra en comportamientos que evoquen discurso sostenido. Puntajes bajos en Atenuando el Discurso Sostenido son apropiados cuando los clínicos enfocan su atención considerablemente en las barreras para cambiar aún si usan técnicas consistentes con la EM (ej., hacer preguntas abiertas, ofrecer afirmaciones u otras técnicas adherentes a la EM) para evocar y reflejar el discurso sostenido durante la sesión.

Anclas Verbales

1. El clínico consistentemente responde al lenguaje del cliente de manera que facilita la frecuencia o profundidad de los argumentos a favor del statu quo.

Ejemplos:

- Explícitamente pregunta por argumentos en contra del cambio e interroga las dificultades
- Activamente busca elaboración cuando el discurso sostenido es ofrecido, a través de preguntas, reflexiones o afirmaciones
- Presta atención preferencial y refuerza el discurso sostenido cuando este ocurre junto con el discurso de cambio.
- Mantiene su curiosidad y enfoque en las razones para no cambiar

2. Usualmente escoge explorar, enfocarse, o responder a las razones que el cliente tiene para mantener el statu quo.

Ejemplos:

- A menudo profundiza la conversación sobre las barreras o dificultades que el cliente tiene para cambiar cuando este las menciona
- Pregunta sobre las barreras para cambiar en más de una ocasión durante la entrevista aún si el cliente no las menciona
- A menudo refleja los beneficios del statu quo

3. El clínico opta por preferir el lenguaje del cliente a favor del statu quo, pero puede en algunas instancias cambiar el enfoque en el discurso sostenido.

Ejemplo:

- Pierde algunas oportunidades para cambiar el enfoque en el discurso sostenido.
- Presta atención a los beneficios del statu quo aun cuando el cliente ofrece discurso de cambio.

4. El clínico típicamente evita el énfasis en el lenguaje del cliente a favor del statu quo.

Ejemplos:

- No pregunta explícitamente las razones para no cambiar
- Presta atención mínima al discurso sostenido cuando este ocurre
- No busca la elaboración del discurso sostenido
- Carece de curiosidad y enfoque sobre las razones que el cliente tiene para mantener el statu quo
- No permanece en discusiones sobre los obstáculos para cambiar

5. El clínico muestra un esfuerzo marcado y consistente en reducir la profundidad, fuerza, o el impulso del lenguaje del cliente a favor del statu quo.

Ejemplos:

- Usa estrategias terapéuticas estructuradas para cambiar el enfoque en el discurso sostenido hacia el objetivo de cambio
- Puede usar reflexiones dobles (terminando con una reflexión sobre el discurso de cambio) para apartar la conversación del discurso sostenido

Asociación				
Bajo			Alto	
1	2	3	4	5
El clínico activamente asume el rol de experto en la mayoría de la interacción con el cliente. La colaboración o asociación están ausentes.	El clínico responde superficialmente a oportunidades para colaborar.	El clínico incorpora las contribuciones del cliente pero lo hace de forma tibia o de manera errática.	El clínico fomenta la colaboración y comparte el poder de forma que las contribuciones del cliente impactan la sesión de manera que de lo contrario no ocurrirá.	El clínico fomenta y alienta activamente a compartir el poder durante la interacción de tal manera que las contribuciones del cliente influyen sustancialmente la naturaleza de la sesión.

Esta escala intenta medir el grado en que el clínico transmite un entendimiento en el cual la pericia y sabiduría sobre el cambio se encuentra principalmente en el cliente. Los clínicos [con puntajes] altos en esta escala se comportan como si la entrevista estuviera ocurriendo entre dos personas iguales, las cuales tienen conocimiento que puede ser útil para resolver el cambio en consideración. Los clínicos [con puntajes] bajos en esta escala asumen el rol de expertos en la mayoría de la interacción y tienen un alto grado de influencia sobre la naturaleza de la interacción.

Anclas Verbales

1. El clínico activamente asume el rol de experto en la mayoría de la interacción con el cliente. La colaboración o asociación están ausentes.

Ejemplos:

- Explícitamente asume el rol de experto definiendo el problema, prescribiendo las metas, o estableciendo el plan de acción
- El clínico impone activamente una agenda en particular durante la mayoría de la interacción con el cliente
- Niega o minimiza las ideas del cliente
- Domina la conversación
- Discute cuando el cliente ofrece propuestas alternativas
- A menudo muestra el reflejo de rectificar

2. El clínico responde superficialmente a oportunidades para colaborar

Ejemplos:

- El clínico rara vez abandona el rol de experto
- Pregunta mínima o superficialmente la contribución del cliente
- A menudo sacrifica oportunidades para resolver los problemas mutuamente [optando] por dar su conocimiento y pericia
- Da respuestas mínimas o superficiales a los puntos potenciales en la agenda del cliente, su conocimiento, ideas y/o preocupaciones
- Ocasionalmente puede corregir al cliente o refutar lo que el cliente ha dicho

3. El clínico incorpora las contribuciones del cliente pero lo hace de forma tibia o de manera errática.

Ejemplos:

- Puede aprovechar oportunidades para colaborar, pero no estructura la interacción para solicitarla.
- Pierde algunas oportunidades para colaborar cuando el cliente las inicia
- El reflejo de rectificar está mayormente ausente
- Sacrifica algunas oportunidades para resolver el problema mutuamente optando por suplir conocimiento o consejo
- Parece estar alejado del cliente; ni lucha ni danza

4. El clínico fomenta la colaboración y comparte el poder de forma que las contribuciones del cliente impactan la sesión de manera que de lo contrario no ocurrirá.

Ejemplos:

- Hay alguna estructuración de la sesión para asegurar la contribución del cliente
- Busca un acuerdo en la definición del problema, establecimiento de la agenda y de la meta
- Solicita el punto de vista del cliente más que de forma superficial
- Involucra al cliente en la resolución del problema o en la producción de ideas
- No intenta educar o dirigir si el cliente "responde de manera contraria" con discurso sostenido
- No insiste en soluciones a menos que el cliente esté listo

5. El clínico fomenta y alienta activamente a compartir el poder durante la interacción de tal manera que las contribuciones del cliente influyan sustancialmente la naturaleza de la sesión.

Ejemplos:

- Genuinamente negocia la agenda y las metas para la sesión
- Muestra curiosidad acerca de las ideas del cliente indagando y escuchando
- Facilita la evaluación del cliente sobre las opciones y la planificación
- Explícitamente identifica al cliente como el experto y el ejecutor de la toma de decisiones
- Modera dar consejos y su pericia, dependiendo de la aportación del cliente
- El clínico favorece la conversación sobre las fortalezas del cliente y recursos en vez de explorar deficiencias

Empatía				
Bajo			Alto	
1	2	3	4	5
El clínico presta poca o nada de atención a la perspectiva del cliente	El clínico realiza esfuerzos esporádicos para explorar la perspectiva del cliente. El entendimiento del clínico puede ser inexacto o puede restar valor al verdadero significado del cliente.	El clínico activamente intenta entender la perspectiva del cliente con éxito modesto	El clínico hace esfuerzos activos y repetidos para entender el punto de vista del cliente. Muestra evidencia de una comprensión precisa de la visión del mundo del cliente, aunque mayormente limitada a un contenido explícito.	El clínico muestra pruebas de comprensión profunda sobre el punto de vista del cliente, no solamente sobre lo que se ha dicho explícitamente, sino lo que el cliente quiere decir y no ha dicho

Esta escala mide el grado con que el clínico entiende o se esfuerza por captar la perspectiva y experiencia del cliente (por ejemplo, qué tanto el clínico intenta comprender lo que el cliente siente o piensa). La empatía no debe confundirse con simpatía, calidez, aceptación, autenticidad, apoyo, o defensa del cliente; estas son independientes de la calificación de la Empatía. La escucha reflexiva es una parte importante de esta característica, pero la calificación global tiene la intención de captar todos los esfuerzos que el clínico realiza para entender la perspectiva del cliente y transmitir esta comprensión al cliente.

Los clínicos con puntajes altos en la escala de Empatía muestran evidencia que comprenden la visión del cliente de varias maneras, incluyendo reflexiones complejas que parecen anticipar lo que el cliente quiere decir pero no ha dicho; preguntas perspicaces basadas en la escucha previa y apreciación precisa sobre el estado emocional del cliente. Los clínicos con puntajes bajos en la escala de Empatía no parecen estar interesados en el punto de vista del cliente.

Anclas verbales

1. El clínico presta poca o no atención a la perspectiva del cliente.

Ejemplo

- Solo hace preguntas que buscan información
- Indaga sobre información factual sin intentar comprender la perspectiva del cliente

2. El clínico realiza esfuerzos esporádicos para explorar la perspectiva del cliente. El entendimiento del clínico puede ser inexacto o puede restar valor al verdadero significado del cliente.

Ejemplos

- Ofrece reflexiones pero a menudo malinterpreta lo que el cliente había dicho
- Muestra intentos superficiales para entender al cliente

3. El clínico activamente intenta entender la perspectiva del cliente con éxito modesto.

Ejemplos:

- Puede ofrecer algunas reflexiones precisas, pero puede pasar por alto lo que el cliente quiso decir
- Intenta comprender lo que el cliente quiere decir durante toda la sesión

4. El clínico se esfuerza activa y repetidamente para entender el punto de vista del cliente. Muestra evidencia de una comprensión precisa de la visión del mundo del cliente, aunque mayormente limitada a un contenido explícito.

Ejemplos:

- Transmite interés en la perspectiva del cliente o la situación
- Ofrece reflexiones acertadas sobre lo que el cliente ya ha dicho
- Comunica efectivamente una comprensión sobre el punto de vista del cliente
- Expresa que las preocupaciones del cliente o sus experiencias son normales o similares a las de otros

5. El clínico muestra pruebas de comprensión profunda sobre el punto de vista del cliente, no solamente sobre lo que se ha dicho explícitamente, sino lo que el cliente quiere decir y no ha dicho.

Ejemplos:

- Comunica eficazmente entendimiento del cliente más allá de lo que el cliente dice en la sesión
- Muestra gran interés por la perspectiva o situación del cliente
- Intenta "ponerse en los zapatos del cliente"
- A menudo anima al cliente a elaborar más allá de lo que es necesario para simplemente seguir la historia.
- Utiliza muchas reflexiones complejas acertadas

E. CONTEO DE COMPORTAMIENTOS

El conteo de comportamientos tiene la intención de captar conductas específicas sin tener en cuenta cómo encajan en la impresión general de cómo el clínico usa la entrevista motivacional. A diferencia de las calificaciones globales, el conteo de comportamientos generalmente se determina como un resultado de categorización y de reglas de decisión en vez de intentar captar una impresión general. Los codificadores deben evitar basarse en inferencias para determinar un cómputo de comportamiento siempre que sea posible.

E.1. Segmentación del Discurso del Entrevistador. El segmento de la sesión puede ser fragmentado en descargas, las cuales son definidas como segmentos ininterrumpidos del discurso del clínico. Una descarga empieza cuando el clínico comienza a hablar y termina con el discurso del cliente (sin incluir los comentarios facilitadores del clínico como "sí, cierto, bueno"). Esto es el equivalente a la toma de turnos en una conversación.

E1.a. Reglas de Segmentación. Las descargas del clínico se componen de uno o varios enunciados. Un enunciado está definido como un pensamiento completo o una unidad de pensamiento (Gottman, Markman, y Notarius, 1977; Weiss, Hops, y Patterson, 1973). Los códigos de comportamiento son asignados a los enunciados del clínico, aunque no todos los enunciados recibirán un código de comportamiento (ver F. Declaraciones que No Están Codificadas en el ITEM).

Cada enunciado puede recibir sólo un código de comportamiento y cada descarga recibe cada código una sola vez. Por ejemplo, "Usted está preocupado acerca de su consumo de alcohol" es un enunciado al que se asigna un código. Mientras que "Usted está preocupado acerca de su consumo de alcohol. ¿Esto había sido un problema antes?" es fragmentado en dos enunciados, que reciben cada uno un código separado. Así, en el curso de una respuesta relativamente larga, si un clínico refleja, confronta, ofrece información, luego hace una pregunta, cada uno de estos podría recibir un código de comportamiento distinto. De manera similar, si un clínico ofrece Enfatizando Autonomía y Afirmar en la misma descarga, se asignarían ambos códigos. (** Nota: esta regla de análisis de segmentación de los enunciados adherentes de la EM y no-adherentes de la EM es diferente en las versiones anteriores del ITEM).

Las reflexiones se manejan de manera diferente. Sólo hay un código de reflexión asignado por descarga, independientemente de la combinación de reflexiones simples y complejas en esa descarga. Si cualquiera de las reflexiones son complejas, se utiliza el código de Reflexión Compleja (RC). De lo contrario, el código de reflexión es Reflexión Simple (RS). Por ejemplo, si el clínico ofrece una reflexión simple, hace una pregunta cerrada, y luego ofrece una reflexión compleja, la descarga recibiría dos códigos: Reflexión Compleja y Pregunta.

Por último, para las preguntas solo una por descarga se codifica con el ITEM 4.0. Si se ofrecen varias preguntas dentro de la misma descarga, el clínico sólo recibirá un código de comportamiento de Pregunta.

El número máximo de códigos posibles por descarga es 8. Solo uno de cada uno de los siguientes códigos puede ser asignado por descarga:

- Dar Información (DI)
- Persuadir (Persuadir o Persuadir con)
- Pregunta (P)
- Reflexión Simple (RS) o Compleja (RC)
- Afirmar (AF)
- Buscando Colaboración (Buscar)

Enfatizando Autonomía (Enfatizar)
Confrontar (Confrontar)

REGLA DE DECISIÓN: Si el codificador no está seguro de segmentar o no, la opción debe ser a favor de segmentar menos.

E.2. Ejemplos de Segmentación:

E.2.a. Considere la siguiente declaración del entrevistador:

Bueno, déjeme preguntarle esto: ya que lo han obligado a venir aquí y se siente como si todos estuvieran como cuervos picoteándolo –hay un montón de cuervos sobrevolando alrededor suyo, picoteando sobre esto, su consumo de alcohol— ¿qué le gustaría hacer con el tiempo que estará aquí? ¿Qué le ayudaría?

Esta declaración está segmentada de la siguiente manera:

Primer Enunciado: Bueno, déjeme preguntarle esto: ya que lo han obligado a venir aquí y se siente como si todos estuvieran como cuervos picoteándolo –hay un montón de cuervos sobrevolando alrededor suyo, picoteando sobre esto, su consumo de alcohol. (Reflexión Compleja)

Segundo Enunciado: ¿qué le gustaría hacer con el tiempo que estará aquí? ¿Qué le ayudaría? (Buscar)

E.2.b. ¿Qué ocurre con esta declaración del entrevistador?

Lo que usted dice es absolutamente cierto, depende de usted. Nadie puede decidir por usted. Aunque su esposa quisiera decidir por usted, o si su empleador quisiera decidir por usted, o yo quisiera decidir por usted, nadie puede. En realidad es totalmente su propia decisión. Cómo usted viva su vida, lo que usted haga acerca de las drogas, hacia dónde se dirija, esto es asunto suyo. Y lo que escucho es que está lidiando con "¿qué es lo que quiero? ¿Es el momento de cambiar las cosas? ¿Es esta prueba de drogas un llamado de atención? "

Lo hemos segmentado de esta manera:

Lo que usted dice es absolutamente cierto, depende de usted. Nadie puede decidir por usted. Aunque su esposa quisiera decidir por usted o si su empleador quisiera decidir por usted, o yo quisiera decidir por usted; nadie puede. En realidad es totalmente su propia decisión, cómo usted viva su vida, lo que usted haga acerca de las drogas, hacia dónde se dirija, esto es asunto suyo. (Enfatizando Autonomía)

Y lo que escucho es que está bregando con "¿qué es lo que quiero? ¿Es el momento de cambiar las cosas? ¿Es esta prueba de drogas un llamado de atención? " (Reflexión Compleja)

E.2.c. ¿Qué ocurre con esta declaración del entrevistado?

Para responder su pregunta, se recomienda que las personas coman por lo menos 5 porciones de frutas y verduras al día. Por supuesto, usted es el único que puede determinar lo que funciona para usted con respecto a esto ¿Cuántas más al día podrían ser? Quiero decir, ¿lo puede hacer?

Lo hemos segmentado de esta manera:

Primer Enunciado: se recomienda que las personas coman por lo menos 5 porciones de frutas y verduras al día. (Dar Información)

Segundo Enunciado: Por supuesto, usted es el único que puede determinar lo que funciona para usted con respecto a esto ¿Cuántas frutas más al día podrían ser? ¿Quiero decir, lo puede hacer? (Enfatizando Autonomía)

Tercer Enunciado: ¿Cuántas más al día podrían ser? Quiero decir, ¿lo puede hacer? (Pregunta)

E.2.d. ¿Qué ocurre con esta declaración del entrevistador?

Usted se escucha agotado. Sé que yo lo estuve cuando tuve que lidiar con ese problema. Usted quiere encontrar una resolución y ¡está trabajando arduamente para esto!

Lo hemos segmentado de esta manera:

Usted se escucha agotado. (Reflexión, podría ser simple o compleja)

Segundo Enunciado: Sé que yo lo estuve cuando tuve que lidiar con ese problema. (Auto-revelación, no codificado)

Tercer Enunciado: Usted quiere encontrar resolución y ¡está trabajando arduamente para esto! (Afirmación)

E.3. Cuándo Segmentar. Las declaraciones del cliente tales como "sí" o "correcto" que no interrumpen la secuencia del entrevistador se consideran declaraciones de facilitación y no deben interrumpir la descarga del entrevistador durante la codificación. Sin embargo, la descarga podría segmentarse cuando la declaración de facilitación del cliente sirve como respuesta a la pregunta o reflexión directa del clínico. Recuerde, la opción por defecto o predeterminada es elegir el menor número de segmentaciones.

Por ejemplo, si el clínico dice:

Déjeme ver si he entendido bien. Usted no está contento de estar aquí hoy, pero está dispuesto a considerar hacer algunos cambios. Se ha dado cuenta que su consumo de alcohol le ha estado causando algunos problemas y usted piensa que este podría ser el momento para hacer un cambio.

Si el cliente responde "sí" a lo largo del enunciado anterior como una forma de confirmar al terapeuta, el enunciado no debe ser segmentado como resultado de la interrupción del cliente. Compare esto con este ejemplo del clínico.

Usted está muy preocupado por su consumo de alcohol y listo para hacer algunos cambios. ¿Cree que es el momento para hablar sobre tratamiento?

En este caso, si el cliente responde con un "Sí" expresando que es el momento para el tratamiento, la declaración del cliente interrumpiría el enunciado y una nueva descarga comenzaría con el siguiente enunciado del clínico.

Cuando se intenta "mantener el ritmo" con las interacciones rápidas entre el clínico/cliente que contienen varias instancias de discurso de facilitación, se aconseja que los codificadores recuerden la regla de decisión de segmentar menos en vez de más enunciados.

E.4. Códigos de Comportamiento

E.4.a. Dar información

Esta categoría se usa cuando el entrevistador ofrece información, educa, provee retroalimentación, o expresa una opinión profesional sin persuadir, aconsejar, o advertir. Típicamente, el tono de la información es neutral, y el lenguaje utilizado para transmitir información general, no implica que sea específicamente relevante para el cliente o que el cliente deba actuar debido a ello. No se asignan sub-códigos por Dar Información.

Por ejemplo:

Basado en mi experiencia profesional, creo que ir a la rehabilitación cardíaca es la mejor opción para la mayoría de las personas en su situación.

Las guías establecen que las mujeres no deben consumir más de siete bebidas alcohólicas por semana.

E.4.a.1. Las Declaraciones de Estructuración no son codificadas como Dar Información. Estas incluyen declaraciones que indican lo que va a suceder durante la sesión, las instrucciones para un ejercicio durante la sesión, la coordinación de otra cita, o deliberación sobre el número de sesiones y el horario de las sesiones para un protocolo de investigación.

Ejemplos de declaraciones de estructuración:

Me gustaría que le echara un vistazo a esta lista de fortalezas y seleccione dos o tres que aplican a usted.

Ahora tal vez le echaremos un vistazo a su plan de tratamiento para ver lo que necesita cambiar.

Solo tenemos dos sesiones más después de esta, por lo que debemos planificarlas.

E.4.a.2. Diferenciar Dar Información de otros conteos de Comportamiento.

Dar información no debe confundirse con persuadir, confrontar, o persuadir con permiso.

Basado en mi experiencia profesional, creo que ir a la rehabilitación cardíaca es la mejor opción para usted. (Persuadir)

Basado en mi experiencia profesional, creo que ir a la rehabilitación cardíaca es la mejor opción para usted. ¿Qué piensa sobre esta opción? (Persuadir con permiso; Buscar)

Usted indicó durante la evaluación que normalmente consume alrededor de 18 bebidas alcohólicas estándar por semana. Esto sobrepasa beber socialmente. (Confrontar)

Bueno, solo está comiendo dos frutas al día de acuerdo a esta tabla, aunque usted dijo que está comiendo cinco. Puede ser fácil engañarse. (Confrontar)

Esto funcionó para mí y funcionará para usted si lo intenta. Tenemos que encontrar la reunión de AA adecuada para usted. Usted simplemente no encontró una buena. (Persuadir)

Yo recomendaría que siempre lleve un casco de moto. Realmente lo protegerá en caso de un accidente. (Persuadir)

Hoy vamos a hablar de algunas cosas que han funcionado para otros. (No se codifica - Declaración de estructuración)

La elección es suya, pero en mi opinión, seguir con el tratamiento sería bueno para usted. (Enfatizar Autonomía; Persuadir con permiso)

Continuar bebiendo en estos niveles realmente puede dañar su hígado. (Persuadir)

E.4.b. Persuadir

El clínico abiertamente intenta cambiar las opiniones del cliente, o sus actitudes o el comportamiento utilizando herramientas tales como la lógica, argumentos convincentes, la auto-revelación, o hechos (y la vinculación explícita de estas herramientas con un mensaje directo para cambiar). La persuasión también se codifica si el clínico ofrece información parcial, consejos, sugerencias, revelaciones, opiniones o soluciones a problemas sin una declaración explícita o un claro contexto que haga hincapié en la autonomía del cliente al recibir la recomendación.

Tenga en cuenta que si el terapeuta está dando información de manera neutral, sin un enfoque explícito que influya o convenza al cliente, se debe usar el código Dar Información.

Regla de Decisión: Si el codificador no puede decidir entre el código Persuasión y el código Dar Información, se debe utilizar el código Dar Información. Esta regla de decisión intenta establecer un nivel relativamente alto para el código de Persuasión.

Usted no puede llegar a cinco frutas y verduras en su dieta todos los días a menos que ponga algo de fruta en su desayuno. (Persuadir)

Yo solía tener sobrepeso, pero decidí tomar las riendas de mi vida en mis propias manos. Usted estaría mejor si hiciera lo mismo. (Persuadir)

Usted simplemente no sabe lo bueno que su vida puede ser si usted dejara de beber por completo. (Persuadir)

Bueno, su propio padre fue un bebedor, por lo que es probable que usted lo sea también. (Persuadir)

Bueno, sabemos que los hijos de padres alcohólicos conllevan un riesgo mayor de problemas con el alcohol. (Dar Información)

Tengo alguna información sobre su riesgo con el problema de alcohol y me preguntaba si puedo compartirlo con usted. (Buscar)

Sumando todas estas cosas, esto me dice que usted tendrá mucha dificultad manejando sus niveles de glucosa en la sangre sin medicamentos que lo ayuden. No le diría esto sino pensara verdaderamente que esto es lo mejor para usted. Mi trabajo es ayudarlo a sentirse mejor y yo lo tomo muy seriamente. (Persuadir)

Si usted usa condón cada vez que tiene sexo, entonces nunca tendría que preocuparse si ha contraído o no alguna infección transmitida sexualmente. ¿No sería esto fabuloso? (Persuadir)

Solíamos pensar que tener a los niños en las guarderías no era bueno para ellos, pero ahora la evidencia indica que en realidad los ayuda a tener mejores habilidades sociales que otros niños que nunca asisten a la guardería. (Dar Información)

Con todo lo que está ocurriendo en su vida ahora mismo, ¿cómo le perjudicaría tener a sus niños en la guardería por un par de días a la semana? (Persuadir)

E.4.c. Persuadir con Permiso

Se asigna Persuadir con permiso cuando el entrevistador incluye un énfasis en la colaboración o en apoyo de la autonomía del cliente mientras persuade. La condición del permiso podría estar presente cuando:

1. El cliente pregunta directamente la opinión del clínico sobre qué hacer y cómo proceder.
2. El clínico pide al cliente directamente permiso para dar consejo, hacer sugerencias, dar una opinión, ofrecer retroalimentación, expresar preocupación, hacer recomendaciones o discutir un tema en particular.
3. El clínico usa lenguaje que apoya la autonomía como preámbulo o para calificar el consejo de tal manera que el cliente pueda elegir descartar, ignorar o evaluar personalmente ese consejo.

El clínico podría buscar permiso en términos generales (¿Qué le parece si empezamos hoy hablando sobre los requisitos para la libertad condicional? o un permiso específico para un tema, o condición o acción (Si le parece bien, compartiré algunas estrategias que han sido usadas por otros para mantener los niveles de glucosa controlados en la sangre).

El permiso puede ser obtenido antes, durante o después de que se utilice la persuasión, pero debe ocurrir cerca de la persuasión. Si Persuadir con Permiso va acompañado de Buscando Colaboración explícita o Enfatizando Autonomía, ambos códigos Persuadir con Permiso y Buscando Colaboración o/Enfatizando Autonomía deben ser asignados.

Si un clínico ha pedido un permiso más general, no necesita repetirlo en cada declaración o sugerencia. Hay una "condición de permiso" que puede durar varios minutos. Si el clínico cambia el tema, se vuelve más directivo, comienza a añadir contenido importante (se convierte en el experto), o comienza a prescribir un plan sin pedir un nuevo permiso, es posible que el clínico entonces reciba el código Persuadir.

Tenga en cuenta que si el entrevistador está proporcionando información o consejo de una manera neutral, el código Dar Información (DI) debe ser usado en su lugar. Si el codificador no está seguro, se debe preferir el código DI.

Bueno, su padre tenía un problema con la bebida, así que definitivamente usted tiene un alto riesgo según los números. Pero, cada uno es único. ¿Qué opina sobre esto? (Persuadir con Permiso; Buscando)

Para algunos de mis clientes, la guardería puede convertirse en un salvavidas especialmente cuando la vida se torna exigente como la suya ahora mismo. Pero, sé que usted ha mencionado sus preocupaciones sobre esto, y tal vez, esto no sea para usted no importa lo que pase. (Persuadir con Permiso; Buscando)

Tengo algunas ideas para lograr que sus hijos ayuden más. Yo logré que mi propio hijo hiciera su cuarto usando una cartilla de estrellas. El obtenía una estrella cada vez que limpiaba su cuarto y, después de ganar siete estrellas, el escogía la película para el sábado por la noche. (Persuadir)

Pasando a la Insulina

Su nivel A1C ha estado sobre 12 las últimas tres veces que lo revisamos. En general, esto pone a la gente en un alto riesgo de complicaciones (Dar Información)

Viendo su nivel A1C, es aparente que usted ha estado teniendo algunas dificultades controlando sus niveles de glucosa, a pesar de sus mejores esfuerzos. El mejor consejo que le puedo dar en este momento es que cambie a insulina inyectable y que no use más el medicamento oral. Pero no sé si esto es algo que usted está dispuesto a considerar. Me gustaría saber lo que piensa. (Persuadir con Permiso; Buscando)

Clínico: He revisado los resultados del laboratorio y me preguntaba si podría compartir algunas ideas acerca de cómo puede mejorar su control de los niveles de glucosa en la sangre. (Buscando)

Cliente: Claro, tengo curiosidad en saber lo que usted piensa

Clínico: Viendo su nivel A1C, es aparente que usted ha estado teniendo algunas dificultades controlando sus niveles de glucosa, a pesar de sus mejores esfuerzos. El mejor consejo que le puedo dar en este momento es que cambie a insulina inyectable y que no use más el medicamento oral. Pero no sé si esto es algo que usted está dispuesto a considerar. Me gustaría saber lo que piensa. (Persuadir con Permiso; Buscando)

Auto Revelación sobre la Crianza

Clínico: Bueno, tengo una historia sobre mi propio hijo que podría encajar aquí. Me pregunto si estaría interesado/a en escuchar acerca de mis experiencias. (Buscar/Búsqueda)

Cliente: cualquier cosa que ayude

El clínico: Tengo algunas ideas para lograr que sus hijos ayuden más. Yo logré que mi propio hijo hiciera su cuarto usando una cartilla de estrellas. El obtenía una estrella cada vez que limpiaba su cuarto y, después de ganar siete estrellas, el escogía la película para el sábado por la noche. (Persuadir con permiso)

Dejar de fumar

Clínico: ¿Me pregunto si le parece bien que le dé alguna información sobre algunas maneras para dejar de fumar? (Buscar)

Cliente: Sí

Clínico: He tenido buena suerte con clientes que usan la goma de mascar de nicotina. (Persuadir con Permiso)

E.4.c.1 Regla de Decisión para Persuadir y Persuadir con Permiso

Regla de Decisión: Cuando ambos Persuadir y Persuadir con Permiso ocurren en el mismo enunciado, el codificador sólo debe asignar el código Persuadir con Permiso. Esto puede resultar en declaraciones de persuasión que no son codificadas en la interacción. En la medida en que el codificador juzgue que estas declaraciones de persuasión no codificadas afectan la colaboración entre el par de hablantes (clínico y cliente), esto debe ser capturado en la el puntaje global de Asociación.

E.4.d. Preguntas

Todas las preguntas de los clínicos (abiertas, cerradas, evocadoras, de búsqueda de hechos factuales, etc.) reciben el código de Pregunta, pero solo una pregunta por descarga se codifica. Por lo tanto, si un clínico hace cuatro preguntas separadas en una sola descarga se cuenta solamente una sola pregunta. Las preguntas cerradas y abiertas no se diferencian en el ITEM 4.0. En cambio, los codificadores prestan atención a la naturaleza de las preguntas del clínico teniendo en cuenta los puntajes globales. Por ejemplo, muchas preguntas de búsqueda de hechos factuales en una entrevista podrían resultar en puntajes más bajos en el global de Asociación y reducir las oportunidades de alejarse del Discurso Sostenido.

E.4.e. Reflexiones

Esta categoría intenta capturar las declaraciones de escucha reflexiva hechas por el clínico en respuesta a las declaraciones del cliente. Las reflexiones pueden introducir un nuevo significado o material, pero esencialmente capturan y devuelven a los clientes algo de lo que ellos acaban de decir. Las reflexiones pueden ser Simples o Complejas.

E.4.e.1. Reflexión Simple

Las reflexiones simples típicamente transmiten la comprensión o facilitan los intercambios entre el cliente y el clínico. Estas reflexiones añaden poco o ningún significado (o énfasis) a lo que el cliente ha dicho. Las reflexiones simples pueden resaltar emociones muy importantes e intensas de los clientes, pero no van más allá de la declaración original del cliente. Los resúmenes del clínico de varias declaraciones del cliente pueden ser codificadas como reflexiones simples si el clínico no utiliza el resumen para añadir un punto o dirección adicional.

E.4.e.2. Reflexión Compleja

Las reflexiones complejas típicamente añaden significado sustancial o énfasis a lo que ha dicho el cliente. Estas reflexiones tienen el propósito de transmitir una imagen más profunda o más compleja de lo que el cliente ha dicho. A veces, el clínico puede optar por enfatizar una parte en particular de lo que el cliente ha dicho para presentar un punto o llevar la conversación a una dirección diferente. Los clínicos pueden agregar contenido sutil o muy obvio a las palabras del cliente, o pueden combinar declaraciones hechas por el cliente para formar resúmenes que son direccionales por naturaleza.

Multas por Velocidad

Cliente: Esta es la tercera multa por exceso de velocidad en tres meses. Nuestro seguro se va a disparar por las nubes. Podría matarla. ¿No puede ver que necesitamos ese dinero para otras cosas?

Entrevistador: Está furioso por esto. (Reflexión simple)

o

Entrevistador: Esta es la gota que colma el vaso/copa. (Reflexión Compleja)

Control de la Glucosa en la Sangre

Entrevistador: ¿Qué le han informado ya sobre el cuidado de los niveles de glucosa en la sangre?
(Pregunta)

Cliente: ¿Está bromeando? He tenido clases, he visto los videos, la enfermera me ha visitado en casa. He tenido todo tipo de consejos sobre cómo mejorar esto, pero simplemente no lo hago. No sé por qué, tal vez quiera morirme o algo así, sabe.

Entrevistador: Usted está bastante desanimado sobre esto. (Reflexión simple)

o

Entrevistador: No sabe por qué está saboteándose. (Reflexión Compleja)

La independencia de la Madre

Cliente: Mi madre me está volviendo loco. Ella dice que quiere seguir siendo independiente, pero me llama cuatro veces al día con preguntas triviales. Luego se enoja cuando le doy consejos.

Entrevistador: Las cosas están bastante tensas con su madre. (Reflexión simple)

o

Entrevistador: Está teniendo dificultades para darse cuenta qué es lo que su madre realmente quiere.
(Reflexión Compleja)

o

Entrevistador: ¿Está teniendo dificultades para darse cuenta qué es lo que su madre realmente quiere?
(Pregunta)

o

Entrevistador: ¿Qué cree que su madre realmente quiere? (Pregunta)

Fumar

Cliente: Estoy tan cansado de que me digan qué hacer. Nadie entiende lo difícil que esto es para mí.

Entrevistador: ¿Esto lo está abrumado? (Pregunta)

o

Entrevistador: Está enojado y frustrado. (Reflexión Compleja)

o

Entrevistador: Es difícil para la gente que lo rodea entenderlo. (Reflexión Compleja)

REGLA DE DECISIÓN: Cuando un codificador no puede distinguir entre una reflexión sencilla y compleja (incluyendo resúmenes), la opción por defecto o predeterminada es codificar una reflexión simple.

E.4.e.3. Serie de Reflexiones

Cuando un clínico ofrece una serie de reflexiones simples y complejas en la misma descarga, solo una reflexión compleja debe codificarse. Las Reflexiones a menudo ocurren en secuencia, y el exceso de segmentaciones puede dar lugar a dificultades en obtener confiabilidad o restarle [sentido] a la intención de la descarga. Por lo tanto, si el clínico ofrece una reflexión simple, seguida de un enunciado Enfatizando Autonomía, y luego una reflexión compleja, solo los códigos de Reflexión Compleja y Enfatizar se darían.

El Fracaso de la Dieta

Cliente: sigo fracasando en esta dieta. Me va bien por un tiempo, pero luego me encuentro comiendo toda una bandeja de bizcochos de chocolate y arruinando todo mi progreso. ¿Sabe cuántas calorías hay en una bandeja de bizcochos de chocolate? Ni qué decir del helado que como con ellos. Nunca pensé que sería tan difícil.

Clínico: Da dos pasos adelante y luego uno hacia atrás. Ese tipo de progreso no parece suficiente. Y lo que es difícil es que algo tan normal para usted, como una bandeja de bizcochos de chocolate sea tan terrible para su peso. Si hubiera sabido que esto iba a ser tan difícil, es posible que ni siquiera habría tratado de bajar de peso. (Reflexión Compleja)

Cliente: No, tengo que hacerlo. Incluso si tengo que aceptar que nunca más volveré a comer otro bizcocho de chocolate por el resto de mi maldita vida, aun tengo que dejar de matarme con mi sobrepeso.

Clínico: Usted quiere perder peso tanto que incluso renunciaría a los bizcochos de chocolate si realmente tuviera que hacerlo. (Reflexión Compleja, con valor agregado por Cultivar Discurso de Cambio)

o

Clínico: En realidad, usted no tiene que renunciar a ningún alimento para siempre. Las investigaciones muestran que cuando uno intenta restringirse de alimentos que le gustan, solo los va a comer más. El mejor objetivo es comer con moderación. (Persuadir)

E.4.e.4. Reflexión y Pregunta en Secuencia

Algunas veces el entrevistador (clínico) empieza con una reflexión, pero agrega una pregunta para "verificar" la confiabilidad de la reflexión. Ambos elementos deben ser codificados

Cliente: Simplemente no puedo seguir usando de esta manera.

Clínico: Está seguro que nunca más quiere usar heroína. ¿Es esto correcto? (Reflexión compleja, Pregunta)

cliente: Mi jefe dice que ahora estoy bajo un período probatorio. No tengo horas extras ni bonificaciones.
Nada

Clínico: Su jefe dijo que ya no puede más trabajar horas extras debido a este incidente. ¿Qué piensa sobre esto? (Reflexión simple, Pregunta)

E.4.e.5 Declaraciones de Estructuración que Parecen ser Reflexiones

A veces el entrevistador hace una pregunta, pero la precede con información diseñada para indicarle al oyente sobre su contexto. Esto funciona esencialmente como una forma de decir: "¿Recuerda lo otro que dijo? Bueno, ahora quiero preguntarle lo siguiente al respecto." Este tipo de enunciados de estructuración que se producen antes de las preguntas no deben ser codificados como reflexiones separadas. En su lugar, se deben considerar como declaraciones de estructuración que proveen el contexto para una pregunta y por lo tanto no se codifican. La intención de esta regla es evitar dar crédito por reflexiones cuando el entrevistador no está más que dando pie al cliente sobre el tema.

Si el entrevistador hace una clara diferenciación o se detiene, entre un enunciado de estructuración y la pregunta, una reflexión adicional podría ser codificada. Para que esto ocurra, el cliente debe tener la oportunidad de responder de alguna manera antes de que la pregunta suceda.

Entrevistador: Usted estaba describiendo que no ha regresado a la tienda donde robó los dulces. ¿Siente que la está evitando? (Pregunta)

o

Entrevistador: ¿Usted no ha vuelto a la tienda donde robó los dulces. (Reflexión simple)

Cliente: Correcto

Entrevistador: ¿Siente que la está evitando? (Pregunta)

Cuando el codificador determina que el propósito de la reflexión es proveer una base o dar pie a una pregunta, no debe codificarse.

E.4.f. Comportamientos Adherentes a la Entrevista Motivacional (EMA)

Es importante tener en cuenta que a menudo ejemplos de buenas prácticas de la EM no recibirán un código EMA. Un error común que los codificadores novatos (y profesionales expertos de la EM) es identificar ejemplo de buenas prácticas de la EM que ellos tratan de "encajar" en uno de los códigos de EMA. Tenga cuidado de asignar solo los códigos EMA que están disponibles aquí, y solo cuando el ejemplo "suene" como un ejemplo

claro del código. En caso de duda o cuando esté tratando que el ejemplo encaje, seleccione otro código en su lugar. Recuerde que ajustar la calificación global puede ayudar a compensar por aquellos elementos de una práctica excelente de la EM que no son capturados fácilmente con el conteo de comportamiento.

** A diferencia de las versiones anteriores del ITEM, cada subtipo de Comportamiento Adherente (EMA) a la EM es ahora codificado y contado por separado.

E.4.f.1 ¿Qué sucede cuando un enunciado encaja en más de una categoría EMA?

"Adelanto" (origen en los años 1580)

Verbo: sobrepasar o vencer

Sustantivo: jugar cartas de manera que supera a los otros.

La mayoría del tiempo, los codificadores son capaces de asignar un código EMA con certeza. Algunas veces, sin embargo, los codificadores encontrarán enunciados individuales que podrían encajar en más de una categoría EMA. Al igual que con todos los demás códigos del ITEM, la incertidumbre sobre EMA se resuelve usando las reglas de decisiones. Estas reglas a veces son llamadas "reglas de adelanto," porque le indican al evaluador los códigos que deben prevalecer cuando la decisión no es clara.

La jerarquía siguiente se utilizará para determinar qué código EMA se debe asignar (ver Figura 1). Si el codificador no está seguro qué código es más apropiado, debe utilizar el código más bajo (por ejemplo, debe ser la opción por defecto o predeterminada). Por ejemplo, si el codificador no está seguro de asignar Enfatizar Autonomía o Buscar, el código Buscar debe ser usado. Los códigos más bajos de la pirámide se dan cuando el codificador no está seguro qué código dar. Para asignar el código más alto de la pirámide, el codificador debe tener un grado razonable de confianza que el código es un verdadero ejemplo de esa categoría. Cuando hay menos certeza, el codificador opta por los códigos más bajos. La intención de esta pirámide de adelanto es "proteger" los códigos que tienen alta importancia en la entrevista motivacional de que no sean asignados muy fácilmente. Las afirmaciones, por ejemplo, son relativamente "poco costosas" para el entrevistador mientras que enfatizando autonomía es a la vez más difícil de lograr y tiene mayor interés teórico. Por lo tanto, el nivel es intencionalmente más alto para el código Enfatizar Autonomía.

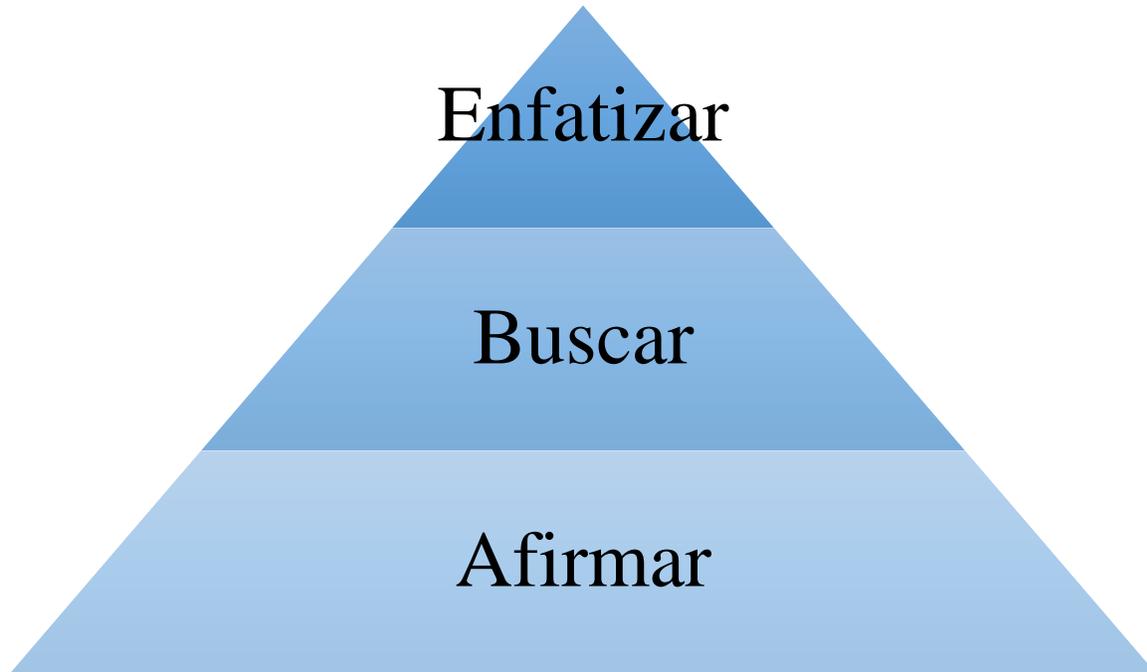


Figura 1: Reglas de Decisión para los códigos EMA

E.4.f.1.a. Qué ocurre si el codificador no está seguro si el código debe ser un EMA u otro código (tal como una Pregunta o una Reflexión)?

Cuando hay duda, el codificador no debe codificar EMA. De esta manera, si una declaración no puede ser codificada como EMA o con otro código, EMA debe ser asignado solamente si cae claramente dentro de esta categoría. Cuando no se está seguro, el codificador selecciona el otro código.

E.4.f.2. Afirmar (AF)

Una afirmación (AF) es un enunciado del clínico que acentúa algo positivo sobre el cliente. Para ser considerado Afirmar, la expresión debe ser sobre las fortalezas, los esfuerzos, intenciones, o el valor de cliente. El enunciado se debe dar de una manera genuina y reflejar algo genuino sobre el cliente. No tiene que estar centrado en la meta de cambio y podría reflejar "apreciación" hacia el cliente sobre un rasgo específico, comportamiento, logro, habilidad, o destreza. Las afirmaciones son a menudo reflexiones complejas, y cuando estas ocurren, se debe preferir el código Afirmar.

[el código] Afirmar no debe codificarse automáticamente cuando el clínico está de acuerdo, aprueba y elogia algo no específico del cliente. Estas deben estar vinculadas explícitamente a comportamientos o características específicas del cliente. El enunciado debe parecer genuino y no meramente de facilitación.

** Note que esta definición de Afirmar es más estricta que la que se utiliza en la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2013) y en las versiones anteriores del ITEM. Específicamente, las declaraciones de apoyo ("Siempre es difícil cuando se están iniciando") ya no son codificadas en el ITEM.

Si el codificador no está seguro si la declaración es específica o suficientemente fuerte para merecer el código Afirmar, este no debe ser asignado.9.9

Usted tuvo muchas ideas buenísimas sobre cómo reducir su consumo de alcohol. Excelente trabajo con la lluvia de ideas de hoy. (Afirmar)

Es importante para usted ser un buen padre, tal como sus padres lo fueron para usted. (Afirmar)

Estoy muy orgullosa de usted. (no se codifica; no es específico)

Usted ha sido capaz de evitar los dulces durante las fiestas y se siente orgulloso de su logro. Valió la pena! (Afirmar; supera la Reflexión)

Usted es el tipo de persona que toma sus responsabilidades seriamente, queriendo hacer lo que es correcto. (Afirmar)

Con el problema del estacionamiento y la lluvia que nos está cayendo, no ha sido fácil llegar aquí. Le agradezco que continúe viniendo. (Afirmar)

Sé que es muy difícil dejar de fumar. (Apoyo; no se codifica)

! Lo hizo muy bien! (no se codifica)

! Qué bien lo ha hecho! (no se codifica)

Usted ha estado trabajando muy duro para ser un buen padre. !Estoy muy impresionada con su buena disposición en continuar incluso cuando las cosas se ponen difíciles! (Afirmar)

Considerando lo que me ha dicho sobre sus logros anteriores en perder peso, tengo confianza que tendrá éxito nuevamente cuando esté listo. (Afirmar)

Se siente muy desanimado sobre las comidas chatarras. Usted tenía la esperanza de no pasar por el "servi-carro" para nada en estas dos semanas pasadas. Me sorprende, sin embargo, que a pesar que fue dos veces por comida chatarra durante este periodo, es considerablemente menos que cuando iba cada día. ¡Esto parece un gran cambio! (Afirmar)

E.4.f.2.a. Tres reglas para las Afirmaciones

Los clínicos pueden usar afirmaciones excesivamente al repetirlas muchas veces durante la conversación. En general, las primeras dos o tres veces, la declaración puede ser creíble y codificada como Afirmar si el codificador tiene confianza que el enunciado cae claramente en la categoría de Afirmar. Después de este número típicamente no se codifican.

E.4.f.3 Buscando Colaboración

Este código se asigna cuando el clínico intenta explícitamente compartir el poder o reconocer la experiencia del cliente. Puede ocurrir cuando el clínico busca genuinamente consenso con el cliente en relación con las tareas, metas o dirección de la sesión. Buscando Colaboración puede ser asignado cuando el clínico le pregunta al

cliente lo que piensa sobre la información ofrecida. Cuando se busca permiso para dar información o consejo, típicamente se asigna Buscando Colaboración.

Cuando el clínico pregunta sobre el conocimiento o la comprensión que el cliente tiene sobre un tema en particular, esto se codifica como una pregunta. Esto no se considera Buscando Colaboración.

Tengo alguna información sobre cómo reducir el riesgo de cáncer de colon y me pregunto si podría discutirlo con usted. (Buscando Colaboración)

¿Qué le han dicho ya sobre el consumo de alcohol durante el embarazo? (Pregunta)

¿Le parecería bien si hablamos un momento sobre los estándares del consumo de alcohol durante el embarazo (Buscando Colaboración)

Esto puede que no sea lo correcto para usted, pero algunos de mis clientes han tenido buena suerte ajustando la alarma de su reloj de mano para ayudarles a recordar chequear sus niveles de azúcar dos horas después de almorzar. (Buscando colaboración, considere Persuadir con permiso)

¿Cómo podría ayudarle con esto? (Buscando Colaboración)

¿Le parecería bien si hablamos un momento sobre fumar? Yo sé que no ha venido para hablar de eso. (Buscando Colaboración)

Tengo los resultados de su evaluación. ¿Le interesaría que los revisáramos? (Buscando Colaboración)

E.4.f.3.a Nota: Intercambios de Suscitar-Proveer-Suscitar (S-P-S) *pueden o no ser un ejemplo de Buscando colaboración. Cada ítem es típicamente codificado por separado.*

Suscitar-Proveer-Suscitar sin Buscando Colaboración

Clínico: ¿Qué es lo que ya sabe acerca del consumo de alcohol durante el embarazo? (Pregunta)

Cliente: Sé que es mejor si no consumo alcohol

Clínico: Sí. Se recomienda que las mujeres se abstengan de consumir alcohol durante el embarazo. (DI: Dar Información)

Suscitar-Proveer-Suscitar con Buscando Colaboración

Clínico: ¿Qué es lo que ya sabe acerca de consumir alcohol durante el embarazo? (Pregunta)

Cliente: Sé que es mejor si no consumo alcohol

Clínico: ¿Qué piensa sobre esta información? ¿Cómo encaja esto con su idea sobre el consumo de alcohol? (Buscando Colaboración)

En contraste con:

Clínico: ¿Qué es lo que sabe ya sobre formas posible para dejar de fumar? (Pregunta)

Cliente: Sé que el parche se supone que es lo más eficaz para dejar de fumar. ¿Cuánto tiempo puedo estar con el parche? ¿Se usa supuestamente por una semana o dos?

Clínico: El parche es una manera de dejar de fumar. Es un método eficaz y se utiliza típicamente de cuatro a seis meses. (DI)

E.4.f.4. Enfatizando Autonomía (Enfatizar)

Estos son enunciados que claramente centran la responsabilidad de tomar decisiones y acciones sobre el cambio en el cliente. Estas destacan el sentido de control del cliente, su libertad de elección, autonomía personal, o capacidad u obligación de decidir sobre sus actitudes y acciones. No son declaraciones que específicamente enfatizan el sentido de autoeficacia del cliente, su confianza, o capacidad para llevar a cabo una acción específica.

Sí, tiene razón. Nadie le puede obligar a dejar de beber. (Enfatizando Autonomía)

Usted es el que mejor se conoce asimismo. ¿Qué cree que debería haber en este plan de tratamiento?(Enfatizando Autonomía)

El número de frutas y verduras que usted elija para comer realmente depende de usted. (Enfatizando autonomía)

Esta es realmente su vida y su camino. Usted es el único que puede decidir en qué dirección tomará. ¿Qué le gustaría hacer sobre su ejercicio ahora? (Enfatizando Autonomía)

Usted está en una situación difícil. Estar en la cárcel lo hace sentir como si no tuviera control sobre su vida y le están pidiendo que considere participar en un programa de tratamiento que le puede devolver algo de control si decide hacerlo. Usted no está seguro qué elegir en este momento. (Enfatizando Autonomía)

Como usted lo ve, es a la vez una oportunidad y un reto. Usted está sopesando las opciones y tratando de entender lo que funciona mejor para usted. (Enfatizando Autonomía)

Dejar de Beber

Cliente: Estoy bastante seguro de que puedo dejar de beber para siempre.

Clínico: Usted tiene confianza de que puede dejar de beber porque lo ha hecho antes. (Reflexión; Valor añadido en cultivar Discurso de Cambio)

Clínico: Hay una opción frente a usted y se siente muy seguro sobre la dirección que quiere tomar (Enfatizando Autonomía)

Clínico: Usted se siente muy seguro sobre la dirección que quiere tomar (Reflexión; Valor añadido en cultivar el Discurso de Cambio)

Clínico: Usted está listo para dejar de beber (Reflexión; Valor añadido en cultivar Discurso de Cambio)

Chequeo de los Niveles de Azúcar/Glucosa en la Sangre

Cliente: No estoy listo para chequear mi azúcar/glucosa en la sangre todos los días, pero podría hacerlo una vez por semana o algo así.

Clínico: Al final de cuentas, realmente depende de usted con qué frecuencia chequea su azúcar/glucosa en la sangre. (Enfatizando Autonomía)

Clínico: Un cambio que está considerando es chequearse semanalmente. (Reflexión simple; Valor añadido en cultivar Discurso de Cambio)

Clínico: Es realmente difícil hacerse la prueba [del azúcar/glucosa] todos los días (Reflexión Compleja; valor disminuido en Atenuar Discurso Sostenido)

Prueba VIH (Virus inmunodeficiencia Humano)

Cliente: La semana pasada hablé con la enfermera-consejera acerca de una prueba casera. Ella me dijo que podía comprar una en la farmacia y obtener los resultados de forma inmediata.

Clínico: Usted ya ha dado algunos pasos para encontrar la respuesta que necesita. (Reflexión; Valor añadido en cultivar Discurso de Cambio)

Clínico: Ahora usted tiene que decidir sobre cuál es la mejor opción para usted. (Enfatizando Autonomía)

Clínico: Usted se siente ambivalente sobre conocer los resultados. (Reflexión Compleja)

Clínico: Tengo alguna información sobre las pruebas caseras. Me pregunto si podría compartirla con usted (Buscando Colaboración)

Clínico: ¡Bravo! Usted logró su meta! (Afirmar)

Clínico: Tiene lo que se necesita. (Afirmar)

E.4.g. Comportamientos No Adherentes a la EM (EMNA)

Sólo hay dos códigos EMNA: Persuadir y Confrontar.

E.4.g.1. Persuadir (ver Sección E.4.b.)

E.4.g.2. Confrontar

Este código se utiliza cuando el clínico confronta al cliente. Cuando directamente y sin ambigüedad expresa desacuerdo, discute, corrige, avergüenza, culpa, crítica, pone nombres, advierte, moraliza, ridiculiza, o cuestiona la honestidad del cliente. Estas interacciones tienen la calidad de compartir el poder desigualmente y de estar acompañadas de desaprobación o negatividad. Aquí se incluyen casos en que el entrevistador utiliza una pregunta o incluso una reflexión, pero el tono de voz claramente indica una confrontación.

Repetir información negativa que ya se conoce o ha sido divulgada por el cliente, puede ser un [código] Confrontar o una Reflexión. La mayoría de Confrontaciones se pueden clasificar correctamente prestando cuidadosa atención al tono de voz y al contexto.

Regla de Decisión: En la circunstancia relativamente inusual en el que el codificador no esté seguro de si debe codificar un enunciado como una Confrontación o Reflexión, no debe asignar ningún código.

¿Estaba tomando Antabuse pero bebió de todos modos? (Confrontar)

¿Cree que esta es la manera de tratar a las personas que ama? (Confrontar)

Sí, usted es un alcohólico. Es posible que no lo crea, pero lo es. (Confrontar)

Espere un minuto. Dice aquí que su A1C es 12. Lo siento, pero no hay manera que pudiera haber estado controlando los carbohidratos como ha dicho si esta tan alta. (Confrontar)

Piense en sus hijos, por el amor de Dios. (Confrontar)

¿No le preocupa en absoluto su forma de beber? (Confrontar; código Pregunta no asignado debido a que Confrontar sobrepasa la Pregunta)

Me preocupa su plan acerca de beber moderadamente y me pregunto si puedo compartir esto con usted. (Buscando Colaboración)

Disciplinar a su hijo con un castigo no es de fiar. Parece bien al principio, pero luego una cosa lleva a la otra. (Confrontar)

Recuerde que usted dijo que su nivel de colesterol era una amenaza para su vida. Si usted no puede controlar su dieta, se está arriesgando a tener un derrame cerebral o un ataque al corazón. (Confrontar)

Bueno, los niños que no son supervisados de cerca por sus padres tienen mayor riesgo de abuso de sustancias. Me pregunto lo que piensa sobre sus propias habilidades como padre en cuanto a esto. (Probablemente Confrontar-escuche el tono)

Si decide continuar bebiendo, no hay nada que podamos hacer para ayudarlo. (Probablemente Confrontar-escuche el tono).

Cuando los clínicos utilizan confrontación para enfatizar una fortaleza del cliente, virtud o logro positivo, se debe considerar el código Afirmar. Confrontar no es obligatorio cuando el clínico está tratando claramente de afirmar o apoyar al cliente.

Madre Terrible

Cliente: Soy una madre terrible.

Clínico: No, no lo es. Usted está teniendo algunas dificultades, pero usted sigue siendo una gran madre. (Afirmar)

Mejora del Colesterol

Cliente: He mejorado este mes. Comí al menos tres porciones de frutas o verduras diariamente.

Clínico: Sí, pero su nivel de colesterol es todavía demasiado alto. (Confrontar)

O *Clínico:* Usted ha hecho un verdadero progreso en sus hábitos alimenticios. ¿Qué piensa de esto en relación a sus metas de salud a largo plazo? (Afirmar; Buscando Colaboración)

E.4.g.3. Reglas de decisión para EMNA

La persuasión y la confrontación a veces se superponen y pueden encajar en más de una categoría. Cuando esto sucede, la siguiente jerarquía se debe utilizar (véase la Figura 2):

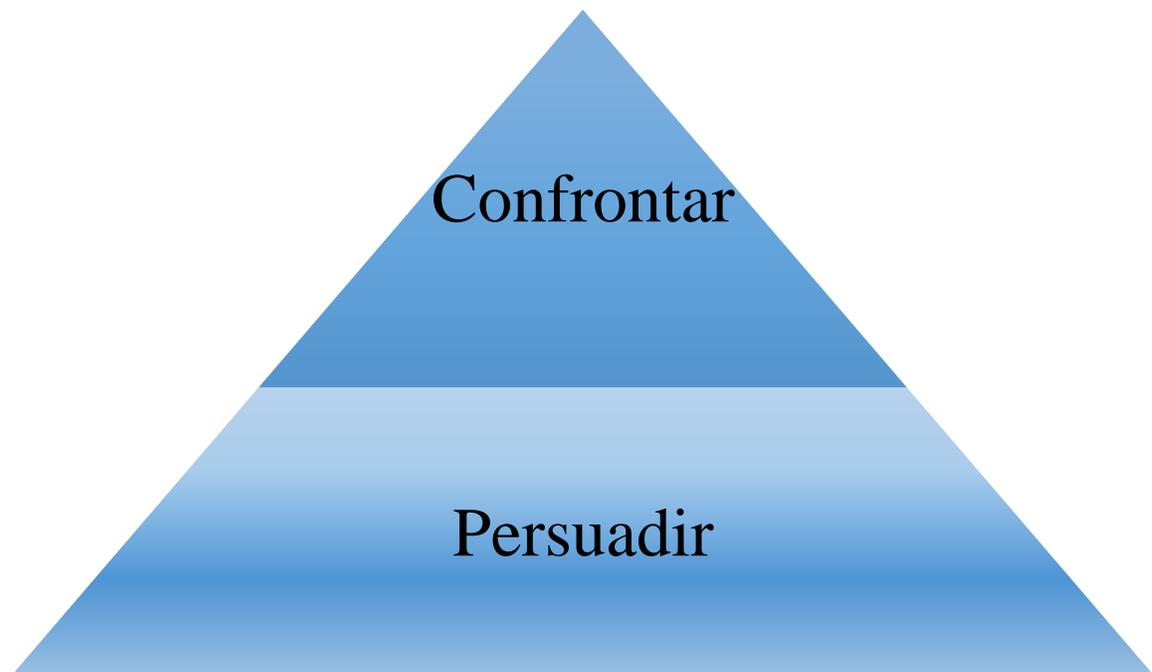


Figura 2: Reglas de Decisión para códigos EMNA

F. DECLARACIONES QUE NO SON CODIFICADAS EN EL ITEM

El ITEM no es un sistema de codificación exhaustivo debido a que algunos enunciados pueden no recibir un código de conducta.

Ejemplos de enunciados que no son codificados en el ITEM.

Declaraciones de Estructuración:	“Ahora vamos a hablar sobre los formularios de la semana pasada.”
Saludo	“Hola Joe. Gracias por venir hoy.”
Declaraciones Facilitadoras:	“Está bien, está bien. Bien.”
Contenido de la sesión anterior:	“La semana pasada usted mencionó que realmente estaba cansada.”
Pensamientos incompletos:	“Usted mencionó...” (Cliente interrumpe)
Material no relevante al tema:	“Hace un poco de frío aquí.”

G. ELEGIR LA DURACIÓN Y TIPO DE SEGMENTO CODIFICADO

El desarrollo del ITEM se hizo utilizando segmentos de 20 minutos de cintas de psicoterapia. Puede que sea posible utilizar el ITEM para segmentos de audio más largos (por ejemplo, toda la sesión). Solo advertimos que en nuestro intento de incrementar la duración del segmento de codificación encontramos asociación con (1) problemas por parte del codificador en mantener la atención, (2) dificultad en formar los juicios globales con el aumento de datos, y (3) dificultades logísticas para obtener tiempo de trabajo ininterrumpido en un entorno ocupado.

Del mismo modo, la mayor parte de nuestros datos iniciales se han recogido usando grabaciones de audio en lugar de vídeos. El ITEM se puede utilizar para codificar video, pero no se debe alterar para coleccionar información visual.

H. RESUMEN DE PUNTAJES

Debido a que los índices críticos del funcionamiento de la EM son capturados imperfectamente por conteos de frecuencia, hemos encontrado que muchas aplicaciones de codificación están mejor servidas con resumen de puntajes calculados a partir de frecuencias de los códigos, en vez de los propios puntajes individuales. Por ejemplo, la proporción de reflexiones a preguntas provee una medida concisa de un proceso importante en la EM. A continuación se muestra una lista parcial de resumen de puntajes que sirve como referencia para medir los resultados que determinan la competencia en la EM, así como las fórmulas para calcularlos.

- Global Técnico (Técnico)
= (Cultivando Discurso de Cambio + Atenuando Discurso Sostenido)/ 2
- Global Relacional (relacional)
= (Asociación + Empatía)/ 2
- (% RC)
=RC/ (RS + RC)

- Reflexión-a-Pregunta Razón (R:P)
=Reflexiones totales/(Preguntas totales)
- Total EM-Adherente (EMA)
=Buscando colaboración + Afirmar + Enfatizando Autonomía
- Total EM no adherente (EMNA)
=Confrontar + Persuadir

Tenga en cuenta que estas fórmulas darán un resumen de puntajes que no son comparables a las versiones anteriores del ITEM.

L. COMPETENCIA BÁSICA DEL CLÍNICO Y UMBRALES DE PERICIA

A continuación se sugieren las competencias básicas y los umbrales de pericia del ITEM para los clínicos. Tenga en cuenta que estos están basados en la opinión de expertos y en la actualidad carecen de datos normativos y de validez para apoyarlos. Hasta que se disponga de esos datos, estos umbrales deben utilizarse junto con otros datos para llegar a una evaluación de la competencia básica y pericia del clínico en el uso de EM.

	Suficiente	Bueno
Relacional	3.5	4
Técnico	3	4
% RC (reflexión compleja)	40%	50%
R:P (razón reflexión a pregunta)	1:1	2:1
Total EMA	-	-
Total EMNA	-	-

Lista de los Códigos del ITEM

PUNTAJES GLOBALES

Cultivando el Discurso de Cambio	(Cultivar)
Atenuando el Discurso Sostenido	(Atenuar)
Asociación	(Socio)
Empatía	(Empatía)

CONTEO DE COMPORTAMIENTO

Dar Información	(DI)
Persuadir	(Persuasión)
Persuadir con Permiso	(Persuasión con)
Pregunta	(P)
Reflexión Simple	(RS)
Reflexión Compleja	(RC)
Afirmar	(AF)
Buscando Colaboración	(Buscar)
Enfatizando Autonomía	(Enfatizar)
Confrontar	(Confrontar)

Apéndice A

Preguntas sobre si el ITEM es apropiado para sus Intervenciones

La entrevista motivacional a menudo se puede utilizar para abordar amplios cambios y situaciones de la vida que no involucran un objetivo específico de cambio, en estos casos el ITEM será de valor limitado para este tipo de intervenciones. Para cambios más abstractos, es difícil para los codificadores evaluar de forma fiable el lenguaje del cliente acerca del cambio y, lo más importante, si el entrevistador está apropiadamente evocando y respondiendo a este.

Sin el elemento crítico de evocación en la EM, el ITEM es una herramienta pobre para evaluar las habilidades del clínico en su uso de la EM. También podrían obtenerse puntajes bajos en un número importante de áreas aunque el clínico opte de manera apropiada por no influenciar el lenguaje del cliente en ninguna dirección en particular. Del mismo modo, cuando la entrevista se enfoca exclusivamente en los procesos de Relacionarse y Enfocarse, el ITEM refleja puntajes bajos porque el elemento de evocación de la EM está ausente. El ITEM es más apropiado cuando la totalidad de la gama de habilidades de la EM se pueden usar en la entrevista.

El ITEM es de valor limitado en las siguientes situaciones:

- El objetivo de cambio no se puede definir como un comportamiento (por ejemplo, tomar una decisión)
- El clínico no desea influir al cliente hacia ningún objetivo en particular (equilibrio)
- El clínico intencionalmente usa solo habilidades de Relacionarse y Enfocarse

J.1 ¿Qué pasa si hay más de un objetivo de cambio?

A veces se da el caso de que las intervenciones tienen más de una meta de cambio (por ejemplo, (1) adherencia al medicamento prescrito y (2) búsqueda de una vivienda adecuada). Siempre y cuando ambas metas de cambio resulte en comportamientos de parte del cliente (en vez de eventos internos), el ITEM se puede utilizar.

J.2. Ejemplos de Objetivos/Metas Inapropiadas Para la Codificación con el ITEM

J.2.a. "Tomar una Decisión": Meta de cambio sin un discurso de cambio obvio

Si la meta de cambio es "tomar una decisión," el contenido del discurso de cambio no será solamente un lado del dilema (como cuando se define un cambio deseado), sino lenguaje sobre tomar la decisión en sí. Por ejemplo, cuando la meta de cambio es dejar de fumar, las siguientes declaraciones serían consideradas discurso de cambio:

- "Necesito dejar de fumar"
- "Si yo no lo dejo, me va a dar cáncer"
- "Tendría mucho más dinero"
- "Quiero ser un buen ejemplo para mis hijos"

Si la meta de cambio es "tomar una decisión acerca de fumar," ninguna de esas declaraciones sería discurso de cambio. En cambio, las siguientes declaraciones lo serían:

"Necesito tomar una decisión"
"Si yo no tomo una decisión, seguiré en lo mismo"
"Resolver esto sería un gran alivio"
"Detesto ser tan endeble"

Aunque en teoría es posible codificar el discurso de cambio para tomar una decisión, es una tarea compleja que no ha sido evaluada psicométricamente y hemos optado por no incluirla en el ITEM 4.0.

J.2.b. "Llegar a Ser una Mejor Persona": Meta de Cambio que no es un Comportamiento

Si la meta de cambio no es sobre un objetivo de comportamiento, definir el discurso de cambio será difícil. Por ejemplo, ¿Calificarían las siguientes declaraciones como discurso de cambio si la meta de la persona fuera "llegar a ser una mejor persona"?

"Necesito expresar mi enojo con más libertad"
"Si quiero más amigos necesito pensar en los deseos de los demás en lugar de los míos"
"Quiero hacer ejercicio más a menudo y comer menos"
"Yo puedo hacer eso ahora sin sentir ningún remordimiento en absoluto!"
"Voy a poner mis *chacras* en una mejor alineación"

Cada uno de estos ejemplos dependen totalmente del contexto clínico (y la mente del entrevistador) para determinar si son discurso de cambio o algo más. Por ejemplo, una meta de cambio cómo hacer más ejercicio más a menudo y comer menos podría ser una buena meta para una persona a quien le acaban de decir que el BMI está sobre 25 en un establecimiento de atención primaria, pero no sería apropiado para una persona con anorexia. O podría ser que ninguna de estas declaraciones concuerde con llegar a ser una mejor persona. El punto es que los codificadores no pueden distinguir confiablemente el discurso de cambio en este tipo de situaciones y la fiabilidad entre evaluadores no puede ser alcanzada. Por esta razón, el ITEM 4.0 (como también otras versiones anteriores) especifica un comportamiento de cambio que es conocido de antemano.

J.3. ¿Qué pasa si sólo quiero evaluar las dimensiones de relacionarse y enfocarse en la entrevista?

Incluso cuando las entrevistas no intentan evocar argumentos para el cambio, algunas de las sub-escalas del ITEM aún podrían ser útiles para evaluar las habilidades básicas de consejería del entrevistador. Los puntajes globales de la asociación y la empatía, así como los conteos de comportamientos de preguntas, reflexiones, comportamientos adherentes y no adherentes de la EM -darán todas informaciones útiles sobre enfoques no direccionales en la entrevista. Estos pueden ser usados y adaptados con una citación apropiada.

Apéndice B: Preguntas Frecuentes

1. ¿Qué pasa si mi sesión es menos de 20 minutos de duración?

Los puntajes globales pueden ser más difíciles de medir en las sesiones de menos de 10 minutos de duración. Para las sesiones extremadamente cortas (2-5 minutos), podría ser mejor solo codificar los conteos de comportamiento.

2) ¿Cómo se capta el Espíritu de la EM en el ITEM 4.0?

El espíritu de la EM ya no se mide en el ITEM 4.0. Todavía se miden en el ITEM 4.0 dimensiones importantes del espíritu de la EM como la asociación y la evocación de las razones del cliente para cambiar.

3) ¿Qué pasó con el porcentaje del resumen de puntajes de EMA y EMNA? .

El porcentaje de comportamientos EMA y EMNA se calcularon en las versiones anteriores del ITEM: (Porcentaje de EMA=EMA/(EMA + EMNA) y el porcentaje de EMNA = EMNA/(EMA + EMNA). Estos porcentajes no eran particularmente informativos, especialmente en sesiones que no tenían comportamientos EMA o EMNA. El porcentaje de comportamientos EMA y EMNA era engañoso y poco informativo y por lo tanto se eliminaron del ITEM 4.0.

4) ¿Cuáles son los umbrales de los puntajes en el el ITEM 4.0?

La determinación de los umbrales para el ITEM 4.0 no es tan sencillo como en las versiones anteriores. De alguna manera esto se debe a que nuestra comprensión de la práctica de la EM es más compleja que en años anteriores, por lo tanto decidir qué es "aceptable" puede ser un desafío. Además, casi todas las clasificaciones se han modificado en la nueva versión, lo que significa que no se pueden comparar con las versiones anteriores. Por último, carecemos de datos empíricos para hacer algunas recomendaciones en muchos puntajes, aunque esperamos tenerlas dentro de poco tiempo.

Algunas consideraciones a tener en cuenta:

Para el ITEM 4.0, los puntajes recomendados para el Elemento Relacional son más altos que para el Elemento Técnico en ambos niveles de práctica: Suficiente y Bueno. Esto refleja el marco teórico actual en la EM, el cual enfatiza las destrezas relacionales en Relacionarse como pilar para la evocación y elementos técnicos.

Hemos llegado a la conclusión de que hay suficiente evidencia empírica para retener el umbral de los puntajes para las reflexiones complejas y, en particular, la relación de preguntas a reflexiones, por lo tanto, estas se han mantenido.

Las recomendaciones EMA y EMNA intencionalmente se han dejado sin especificar ya que no tenemos datos aún para informar sobre ellas. Recomendamos reportar por completo todos los puntajes del ITEM 4.0 en los estudios clínicos en los que se utiliza para documentar la fidelidad del tratamiento. Cuando estén relacionados a resultados clínicos, permitirá hacer recomendaciones confiables de EMA y EMNA en un tiempo relativamente corto.

5) ¿Qué pasa si técnicamente debo asignar el código Persuadir con Permiso, pero el permiso no parece genuino o la información parece ser más de Persuadir?

Los puntajes globales, particularmente Asociación, podrían verse afectadas por la forma en que el clínico da la información, obtiene el permiso, o proporciona sugerencias u opiniones. Las siguientes son situaciones que podrían justificar una reducción en el puntaje Global de Asociación incluso cuando el conteo de comportamiento Persuadir con Permiso se ha dado:

1. El clínico pide permiso prácticamente para cada comentario
2. El tono al pedir permiso es superficial o insincero
3. El clínico no da tiempo para que el cliente responda al permiso antes de dar la información
4. El clínico sobre extiende los límites del permiso (es decir, pide permiso para proporcionar información sobre la bebida y luego la da y además, da información sobre otras estilo de vida o problemas de comportamiento)
5. El clínico pide y recibe permiso para un tema general y luego procede a "verter" demasiada información (puede prolongarse durante varios minutos)

6) ¿Cómo se debe evaluar la escala de Atenuando Discurso Sostenido cuando el discurso sostenido no ocurre en una sesión?

No podemos decir por qué el discurso sostenido no ocurre en una sesión. Este podría estar ausente porque el cliente realmente no tenía discurso sostenido que ofrecer o debido a que el clínico fue lo suficientemente hábil para no provocarlo. No se les pide a los codificadores que adivinen sobre esto.

Los puntajes más altos de Atenuando el Discurso Sostenido (ADS) pueden darse incluso en ausencia completa de discurso sostenido. Esencialmente, el clínico obtiene el "beneficio de la duda" cuando no hay discurso sostenido, lo que puede resultar ocasionalmente en puntajes altos del ADS que son dudosos. Este es un elemento de incertidumbre en el código ADS aceptable. Los puntajes ADS deben reducirse cuando el discurso sostenido es poco frecuente y el clínico responde inapropiadamente cuando este ocurre.

7) ¿Qué sucede cuando el clínico responde al discurso sostenido reflexionando o dando atención a este a fin de transmitir empatía o generar asociación? Por ejemplo, las primeras 12 respuestas en la cinta Rounder parecen estar reconociendo el discurso sostenido, el cual consecuentemente aumenta. ¿Cómo puede este clínico obtener un puntaje bajo en Atenuar el Discurso Sostenido (ADS)?

Es frecuente que se dé el caso de una compensación entre los elementos relacionales y técnicos de la EM. Un terapeuta que intenta Atenuar el Discurso Sostenido sin crear colaboración a menudo no tiene éxito. La sesión Rounder muestra a finales de la sesión varios ejemplos excelentes de cómo atenuar el discurso sostenido una vez que la asociación se ha establecido. Es la sesión en su conjunto que se refleja en los puntajes globales y el codificador debe considerar el patrón y el impulso en el lenguaje del cliente al asignar los puntajes.

8) ¿Cómo se debe evaluar ADS en un ejercicio de balance decisional?

En un verdadero balance decisional ambos lados de la ecuación de cambio son explorados por igual. No hay un esfuerzo para atenuar el discurso sostenido sino más bien para arrancarlo totalmente. Cuando este es el caso, puntajes bajos en ADS deben asignarse asumiendo que no son "salvados" más adelante en la entrevista.

9) Se puede asignar el código de colaboración simplemente por preguntarle al cliente lo que piensa acerca de la información que se le ha proporcionado, por ejemplo, en retroalimentación acerca de una evaluación o en el formato Suscitar-Proveer-Suscitar (S-P-S; inglés: E-P-E)

El código Buscar se puede asignar en cualquier momento en que el codificador sienta que el clínico está haciendo un esfuerzo genuino para colaborar y compartir el poder con el cliente. El código Buscar debe suspenderse si el codificador no percibe tal esfuerzo, por ejemplo, si un clínico parece estar simplemente probando la comprensión de un cliente sin intentar explícitamente compartir el poder. Las preguntas retóricas, memorizadas o superficiales dirigidas al cliente ("¿qué piensa usted de eso?") No necesariamente recibe el código Buscar. Se les pide a los evaluadores diferir el código Buscar si no pueden decidir si es meritorio.

Grabación#: _____ Codificador: _____ Fecha: ____/____/____

Puntajes Globales					
Componentes Técnicos					
Cultivando el Discurso de Cambio	1	2	3	4	5
Atenuando el Discurso Sostenido	1	2	3	4	5
Componentes Relacionales					
Asociación	1	2	3	4	5
Empatía	1	2	3	4	5

Meta de Cambio: _____

Conteo de Comportamientos		
		Total
Dar Información (DI)		
Persuadir (Persuadir)		
Persuadir con Permiso (Persuadir con)		
Pregunta (P)		
Reflexión Simple (RS)		
Reflexión Compleja (RC)		
Afirmar (AF)		
Buscando Colaboración (Buscar)		
Enfatizando Autonomía (Enfatizar)		
Confrontar (Confrontar)		

Tiempo de inicio y frase:

Tiempo de conclusión y frase: