

# La entrevista

## una técnica útil en la consulta de

SÍLVIA GRANOLLERS MERCADER

Diplomada en Enfermería. Institut Català de la Salut. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre • Profesora Asociada. Universitat de Barcelona. Escola Universitària d'Infermeria. Campus de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

**¿Alguna vez ha tenido la sensación de que su trabajo avanza menos de lo que el esfuerzo que le dedica se merece? Si a usted le ocurre lo que a mí, le invito a compartir algunas ideas.**

### **Mi consulta: un espacio para compartir**

Esta sensación de la que hablo la vivo especialmente ligada a dos actividades:

- a) cuando preparo algún manuscrito (p. ej., este texto).
- b) cuando día tras día trabajo de enfermera en atención primaria y visito año tras año a mis estimados pacientes.

En el primer caso no me detendré. Posiblemente esa lentitud tenga mucho de impaciencia. Algunos autores aseguran, y yo me inclino a escucharlos, que antes de escribir hay que recoger ideas en papelillos durante mucho tiempo, luego ordenarlos, pensar en ellos durante días e ir explorando profundamente en el tema. Por último, hay que dejar que todo ello madure. Correr es imposible.

¿Y qué sucede en la consulta, en la interrelación con mis pacientes?

Que esa sensación de lentitud, de no avanzar, aparece más de lo que desearía. Al final de la jornada laboral me pregunto “¿qué he conseguido?”. Es un buen ejercicio. El mismo que pedimos a los alumnos en su diario de prácticas: ¿qué he aprendido hoy?, ¿qué me ha sorprendido?, ¿qué necesito practicar más?, ¿de qué estoy satisfecho?

¿Y qué responde mi análisis de conciencia diaria? Tantas extracciones, un sondaje vesical, unas vacunas, algún tratamiento intramuscular, la toma de la presión arterial... Todas ellas actividades muy “contables”. Bien, pero ¿qué pasa con toda esa actividad que ocupa la mayor parte de mi tiempo? Esas valoraciones que, desengañémonos, son largas si se quiere llegar a un diagnóstico; esos planes de cuidados; esas evaluaciones. ¿Qué sensación tengo? Que son mucho menos contables, que así como en el primer caso la enfermera “hace por”, en el segundo se trata de

procesos en que el ciudadano está absolutamente implicado. La enfermera diagnostica conductas, y en los planes de cuidados el sujeto de los objetivos (quien debe hacer la acción) siempre es el paciente.

Pensemos en el gran océano llamado educación sanitaria. Los médicos y, especialmente, los enfermeros/as explicamos cómo cuidar la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la hipertensión arterial; asimismo insistimos en que los pacientes realicen ejercicio, que sigan una dieta más saludable, que no fumen y que beban con mucha moderación, así como en los accidentes de tráfico, las relaciones sexuales de riesgo y el cumplimiento de la medicación. En ocasiones uno tiene la sensación de que los medios de comunicación compiten con nosotros. Inundan páginas y páginas con los mismos consejos de consulta: accidentes infantiles, protección solar, evitar el estreñimiento... Ahora bien, ¿estamos hablando de lo mismo? Todos estamos convencidos de que es muy diferente. La radio, la televisión y las revistas informan, explican y proporcionan, con mayor

# *motivacional:* **enfermería**

o menor acierto, un consejo. En la consulta creamos una relación muy diferente, “hacemos” educación sanitaria.

Entonces, ¿por qué alguna vez me obsesiono y día tras día repito unos mismos consejos a esos mismos pacientes? ¿Qué me está ocurriendo? ¿En qué se diferencia mi intervención de la de las revistas? ¿Es eso la llamada educación sanitaria? A la Sra. María, diabética, le he explicado mil veces que no ha de comer magdalenas en el desayuno... ¿Puedo esperar que con ello deje de comerlas? No somos ingenuos y sabemos que no. Entonces me justifico con eso de que “la Sra. María no me hace caso”. Y ¡suerte que es así! ¡Dios me libre que mis pacientes tuvieran que hacerme caso! Decidir día tras día qué es mejor o peor para cada uno, y cargar con esa responsabilidad, me alteraría. Sin embargo, durante algún tiempo hemos ejercido ese papel y ahora estamos pagando las consecuencias: nos quejamos, y con razón, que hemos hecho de las personas sujetos dependientes del sistema. Las visitas se han medicalizado y las consultas de enfermería se nutren de los

mismos pacientes día tras día. Nos quejamos porque vemos a las mismas personas con demasiada frecuencia. Pero es natural. Parece que hayamos asumido nosotros su salud. Les hemos

aumento de cualquier valor analítico. Es como tener ingresada la pensión (salud) en el banco (centro de salud). El cliente quiere conocer el saldo (valores biológicos) pero, dado que el

---

*Preguntemos a nuestros pacientes si quieren hablar de lo que les ocurre, de la dieta, o de cualquier otro tema que en nuestra agenda profesional tengamos pendiente. Y sobre todo, “desangustiémonos”. No hay “que pasar todas las medidas preventivas” en una sola visita. Es más, si lo hacemos aumentarán las respuestas falsas o complacientes. Permitamos que el paciente escoja y ayudémosle a priorizar sobre lo que quiere conversar.*

liberado de esa responsabilidad. Por eso vienen a vernos. Sienten curiosidad por saber “cómo los llevamos, saber cómo van”. Saben que tendrán que escuchar unos consejos, los conocen bien, pero capearán el temporal: la excusa de los nervios o de la boda del vecino podrá justificar un

banquero (sanitario) sabe mucho más de números que él (paciente), espera que le gestione lo mejor posible su pequeño patrimonio. Hace algunas aportaciones económicas (cumple con la medicación) pero espera que el Banco de España (sistema nacional de salud) no le devalúe lo que tiene.

Naturalmente, es una concepción ridiculizada y sesgada de la situación. Pero me explica por qué no siempre estoy satisfecha con mis visitas. Cuando veo que en la lista figuran ciertos pacientes (los que “imagino” vienen a ver su saldo), asumo su atención como un momento para reponerme, me relajo y me esfuerzo poco en ayudarles en su proceso de cambio. Quiero pensar que uno y otro cumplimos un trámite y que esto nos hace sentir bien. Pero no es verdad, eso no me hace sentir bien a mí. Sé que la clave está en la educación para la salud, que he de devolverles la pelota. Pero, ¿cómo? Los expertos han dado en la clave: escuchando, escuchando a mi paciente genuinamente. Entiendo cuando un profesional con muy buenas palabras me dice que mi bronquitis empeorará si sigo fumando..., pero si no me da la oportunidad de reflexionar conmigo mismo en la consulta, de expresar la ambivalencia en la que vivo (con el tabaco me ahogo, pero con el tabaco consigo relajarme, relacionarme con los clientes...), saldré de la consulta pensando que tiene razón y esperando que el medicamento me cure. Y en la consulta dejaré a un profesional descorazonado (“¿cuándo conseguiré que deje de fumar?”), enfadado (¡así, cómo quieren que cumpla los objetivos de farmacia!), decepcionado (“con lo inteligente que es y la poca voluntad que demuestra”) o aburrido (“más de lo mismo, bronquitis tras bronquitis, ya no sé que hacer con él”).

La respuesta a todos estos dilemas está a nuestro alcance. Se llama entrevista motivacional. Vamos a dejar de rebuscar en nuestro cerebro alguna idea o varita mágica desconocida y vamos a fijarnos en nuestro paciente y a preguntarle: ¿qué le preocupa?, ¿qué podría conseguir si hiciera aquel cambio en su vida? Y vamos a relajarnos y a escuchar. Relajados, eso sí, pero muy atentos. No todo el mundo quiere dejar de fumar y, aunque todos lo quisieran, no lo harían igual, ni al mismo tiempo, ni con las mismas

dificultades ni, desde luego, con las mismas motivaciones. Cada persona es un ser único y así la tratamos. La consigna es: no esperes nada de tu paciente. Si no esperas nada, tu cara no reflejará angustia, decepción, esperanza..., sólo será el espejo de lo que ocurre en la cara del paciente, que se verá reflejado y eso le permitirá reflexionar con mayor profundidad.

Preguntemos a nuestros pacientes si quieren hablar de lo que les ocurre, de la dieta o de cualquier otro tema que en nuestra agenda profesional tengamos pendiente. Y sobre todo, “desangustiémonos”. No hay “que pasar todas las medidas preventivas” en una sola visita. Es más, si lo hacemos aumentarán las respuestas falsas o complacientes. Permitamos que el paciente escoja y ayudémosle a priorizar sobre lo que quiere conversar.

Eso es centrarse en nuestros pacientes, y desde luego ellos agradecerán nuestro interés. Vale la pena probarlo. De momento “sólo” eso: aprendamos a que cuanto más nos esforcemos en convencer a alguien de la bondad de una dieta, con menos ahínco la seguirá; aunque por respeto o simpatía muestre cierto interés. Las personas hacemos aquello que nos oímos decir en voz alta, no aquello que nos dicen. En el fondo es cuestión de entender la naturaleza humana.

### **Entrevista motivacional o los secretos del genio de la lámpara maravillosa**

Confieso que siempre deseé encontrarme con el genio de la lámpara maravillosa para pedirle que me concediera al menos un deseo: el poder de convicción. Esperaba que con él mi ejercicio profesional sería más cómodo, más fácil y, sobre todo, mucho más gratificante. Creía que con él sería capaz de convertir a “mis” pacientes a la liga antitabaco, a la antialcohol, a la del ejercicio diario, la dieta mediterránea, y un largo etcétera. Acabaría moldeando un “cupó” ejemplar.

Desde luego que hay profesionales convincentes. Como vendedores. Uno entra en una tienda para preguntar el precio de un pañuelo y sale con el traje completo. Es la envidia de los compañeros y la gallina de los huevos de oro del empresario. En sanidad también los hay. Ahora bien, el cliente del traje, ¿sigue tan convencido de la compra días después? ¿Cuántas devoluciones generan esas ventas basadas en la persuasión?

Menos mal que nunca encontré al genio ni a nadie a quien pedir el don. Porque, ¿debemos los sanitarios persuadir a nuestros pacientes? Creo que no. Ésa no es la mejor estrategia para vender nuestro “producto”, llamémosle salud. ¿Me complace que pretendan venderme una entrada para el fútbol si a mí no me gusta? Por muy entretenido que digan los expertos que es, ¿voy a ir ver un partido? Yo no lo quiero ni intentar, lo tengo claro, aunque el resto de la humanidad piense lo contrario. Otros comprarán la entrada, verán el partido y se aficionarán. Pero, ¿es lo más frecuente? En sanidad tenemos un problema añadido: aunque los sanitarios nos esforzamos en conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil y atractiva, no siempre lo conseguimos. ¡No somos capaces ni de convencernos a nosotros mismos!

¿Qué sucede cuando entra un fumador en consulta? Que a menudo el sanitario intenta (aunque sabe que difícilmente lo conseguirá) informar de la evidencia científica contra el tabaco para conseguir que tire de una vez para siempre el paquete. Y (aunque ya sabía que su empeño tenía mal pronóstico) se siente frustrado cuando una tras otro los pacientes siguen fumando y saltándose a la torera todos sus buenos consejos.

Pero de todo ello se aprende. Se aprende que el poder de convicción es peligroso y que saber más y estar informado no es suficiente. ¿Cómo explicar sino que los neumólogos cirujanos sigan encendiendo cigarrillos? O los oncólogos o los enfermeros de las unidades de

hospitalización, como cardiología o patología vascular. Necesitamos la información porque para empezar a pensar en algo es imprescindible saber de su existencia. Uno no desea algo desconocido. Pero es necesario algo más. En las consultas lo vivimos cada día. No sólo hay que dar a conocer el producto, también hay que hacerlo deseable. Si sólo informamos puede ocurrir que cuanto más nos esforcemos en explicarle a un paciente lo bien que sienta media hora de ejercicio diario, más excusas nos ponga para no hacerlo. Al profesional le sienta fatal (“hay que ver lo que me tengo que esforzar, total para qué”) y al paciente le reafirman en su conducta (“he conseguido refutar con éxito todos los argumentos del médico/enfermero, está claro que tengo razón”). Por tanto, primera advertencia: hay pacientes que saben (o creen saber) mucho más que nosotros; es inviable pretender convencerlos.

Pero también se producen situaciones diametralmente opuestas: el paciente que viene convencido de lo malo que es el tabaco y el profesional (en la misma línea anterior de la evidencia científica) le insiste en lo malo que es. ¿Qué hemos conseguido? El profesional ha actuado con la mejor de las voluntades, lo sé porque yo lo he hecho muchas veces, pero, ¿cuáles eran las necesidades reales del paciente? ¿más información? Posiblemente buscaba en el profesional algún truco práctico para dejarlo o... ¿no le deberíamos haber preguntado?

Segunda advertencia: no todo el mundo llega a la consulta con las mismas expectativas. Preguntemos. Las estrategias que funcionan a unos no funcionan en otros. La situación parece difícil.

### **¿Hay algún método que pueda ayudarme a saber como tratar a cada paciente?**

Prochaska y DiClemente formularon en los ochenta un modelo para explicar el proceso que siguen las personas cuando realizan un cambio

en su estilo de vida. Hablan de diversos estadios a través de los cuales las personas avanzan hacia el cambio. Cada estadio refleja una actitud mental y una motivación diferente: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. ¿Puede ayudarnos a atender a nuestros pacientes? Muchísimo, porque si somos capaces de entender e identificar en qué momento del cambio se encuentra nuestro paciente, podemos individualizar su atención.

Definamos primero cada estadio y contemos a continuación qué podemos ofrecer a nuestro paciente:

Las personas en estadio de precontemplación no se plantean cambiar. Son felices fumando o sentados en un sofá; no buscan soluciones porque ellas no tienen ningún problema. En consulta decimos que son las que no

• Y finalmente el racionalizador. Éste tiene un sinnúmero de argumentos para demostrar que lo que para otros es un problema para él no lo es.

Creo que todos hemos compartido entrevista con estas personas y hemos “tropezado” con su dialéctica: encontrarse discutiendo con un paciente sobre la evidencia científica, o contraargumentando, o sin saber qué hacer ante alguien que ha tirado la toalla. La situación nos resulta más cómoda ante un paciente desinformado. En este último caso la visita se resuelve ofreciendo información. ¿Cuánta? La que precise el paciente, la que pueda asimilar y utilizar. No es sencillo, pero en todo caso estamos más preparados para informar que para “lidiar” con un paciente rebelde o racionalizador.

¿Qué hacer en estos últimos casos? La respuesta está en la denominada entrevista motivacional. Hablaremos

---

***Durante una entrevista motivacional no deben utilizarse las “barricadas de Gordon”: hacer broma, felicitar, aconsejar..., es decir, todo lo que actúa distrayendo la atención. El paciente está “trabajando”, reflexionando sobre un posible cambio, y el profesional no puede permitirse interrumpir ese monólogo.***

cambiarán en los próximos 6 meses. No hay conciencia del porqué del cambio.

Podemos establecer 4 categorías de precontempladores:

- El reluciente: no cambia porque no sabe, le faltan pues los conocimientos (“nunca nadie me había dicho que debía...”).
- El rebelde: muestra cierta hostilidad (“mucho predicar que deje de fumar, pero ¿y la contaminación qué?, ¿quién se preocupa de que no me muera intoxicada?”).
- El resignado (“es demasiado tarde”): el problema le sobrepasa y ya ha perdido cualquier esperanza.

de ella más adelante. Ahora nos interesa destacar que a un paciente precontemplador hay que sorprenderlo, con nuestra forma de “conversar” con él (escuchándole) o bien con alguna información novedosa que podamos aportarle. A ese trocito de información le podemos llamar *cookie*, y debe relacionar algo que sí le preocupa al paciente con el problema de conducta que preocupa al profesional (“esa tos matutina, ¿no cree que pueda estar relacionada con el hábito de fumar?”). Y no insistir más. Dejar la *cookie* en el aire y esperar que el paciente la recoja.

Alguna vez lo hará en consulta, pero frecuentemente estas *cookies* actúan días después. En cualquier caso jamás hay que lanzarse a un debate científico. Está abocado al fracaso. Siempre gana el paciente, ya sea porque le dedicará más energías (al profesional todavía le quedan unas cuantas visitas y algún domicilio) o porque sus argumentos son más divertidos (“fumo porque si no fumo no escribo, si no escribo no como y prefiero morir por el tabaco que por no comer”).

Una gran parte de la población que atendemos está en una situación que denominamos de contempladores. El estadio de contemplación es el de la ambivalencia. Podemos entenderlo muy bien porque es consustancial a la naturaleza humana. ¿Me compro los zapatos negros o los marrones?

el lugar por excelencia donde sopesar las distintas alternativas de salud. Ofrecámosle a nuestro paciente esta oportunidad.

El paciente en estadio de contemplación hará un cambio en los próximos 6 meses. Empezará a interesarse por los gimnasios de su barrio, se impondrá fumar un cigarrillo cada hora, sólo comerá helados los días festivos... Cuando esta persona prevé hacer el cambio definitivo durante el próximo mes está en fase de preparación (“Dejo de fumar el día X, me faltan pues 23 días”). La ambivalencia no ha desaparecido pero los argumentos a favor del cambio que el individuo se ha ido formulando tienen ya mucho más peso que los del no cambio. Es posible que sienta miedo o mucha ilusión. De nosotros debería esperar

A esa situación se le denomina recaída. Forma parte del proceso y en muchas ocasiones se vive con gran frustración y pérdida del sentimiento de autoeficacia. Sin embargo, las recaídas son fuente de un aprendizaje insustituible. ¿Quién sabe mejor cómo dejar de fumar que una persona que ya lo ha intentado? ¿Qué necesita el fumador que sufre una recaída? Preguntémosle. Seguramente agradecerá una escucha que le permita recuperar las estrategias útiles y las que, en un próximo intento, debe desestimar. De las recaídas se puede aprender mucho y es muy rentable cuando el profesional ayuda a trabajarlas.

Por otra parte, Prochaska y DiClemente han insistido mucho en otro concepto: el modelo del cambio es una espiral. Recorrer las distintas estaciones nos acerca cada vez más a la consolidación de una nueva conducta. Jamás el haber intentado un cambio y haber recaído nos conduce a etapas anteriores. Siempre avanzamos. Siempre aprendemos. El profesional debe ser capaz de transmitir estos valores a su paciente. Así favorece un nuevo intento.

---

*En síntesis, en el proceso del cambio de actitud y de conducta el “le falta voluntad” es una etiqueta que no sólo despista al profesional sino que estigmatiza al paciente. La consulta debe entenderse como un verdadero espacio para compartir. Si realmente se cree en ello, podrá aprovecharse toda la riqueza que esto conlleva.*

### **Estrategias de la entrevista motivacional**

Tal como se ha comentado, la entrevista motivacional, desarrollada por Miller y Rolnick, es una forma de estar en consulta muy potente en las primeras etapas del cambio: precontemplación y contemplación, cuando el individuo o no quiere cambiar o está en un mar de dudas.

Si pudiéramos resumir cuál es la estrategia de una entrevista motivacional en consulta, incluiríamos de 5 etapas:

**1. Compartir la agenda con el paciente.** Es decir, después de resolver el motivo de la visita hay que preguntar “¿quiere que hablemos del ejercicio?”. Le estamos pidiendo permiso para tratar un tema que a nosotros nos preocupa, pero que no sabemos si a él le interesa. Cuando nos olvidamos de preguntar (“¿quiere que hablemos?”), la entrevista se vive

Dudamos y barajamos los pros y los contras de cada una de las opciones. En consulta son los pacientes del “sí... pero”. Es curioso, cuando empiezan nos sentimos “descargados” (“hemos conseguido ganarlos para la causa: dejarán de fumar”), pero en décimas de segundo nos “aplastan”. Nos tomamos su “pero” como una resistencia contra nosotros y nuestros argumentos. En cambio, no es más que lo que hacemos todos ante cualquier decisión. La ambivalencia es saludable. El paciente necesita poder contrastar con su profesional las ventajas y los inconvenientes de toda decisión. Deberíamos sentirnos orgullosos de haber provocado esa respuesta. El espacio de consulta es

ayuda en forma de escucha, de consejos prácticos y de abanico de posibilidades terapéuticas.

Llega el día X y el paciente acude por primera vez al gimnasio o deja de fumar. Ha entrado en la fase de acción. A partir del sexto mes de cambio diremos que está en fase de mantenimiento. ¿Resulta fácil? Cualquier persona que haya intentado una modificación de su conducta sabe que no. Conseguir afianzar una conducta cuesta, generalmente, más de un intento. Y si no, que le pregunten a los gerentes de gimnasios. Cada septiembre y enero las clases se llenan (período cima) para luego descender hasta su nivel habitual (período valle).

como una intromisión, y no hay nada más incómodo que esas visitas forzadas. Se asemejan más a un interrogatorio que a una relación terapéutica.

## 2. Intercambiar información y permitir que el paciente la interprete.

El profesional debe formularse 3 preguntas:

- ¿Qué sabe el paciente?
- ¿Qué quiere saber el paciente?
- ¿Qué necesita saber el paciente?

## 3. Escuchar al paciente.

Para poder trabajar con el paciente hay 3 aspectos que pueden tratarse:

- ¿Qué *importancia* tiene para él hacer una dieta sin sal?
- ¿Se siente con fuerza para incorporar el cambio, caminar media hora cada día, por ejemplo?

Es la *confianza*.

- ¿Expresa el paciente que está preparado para hacerlo? Es decir, ¿muestra *disponibilidad*?

## 4. Resumir la entrevista:

- ¿Qué le preocupa al paciente?
- ¿Qué significa para él el cambio?

## 5. Preguntar, por ejemplo, “¿piensa que puedo ayudarle?”, y ofrecer un seguimiento.

Para realizar una entrevista motivacional el profesional debe interesarse por el paciente sin que se note que quiere que el paciente cambie, respetar las decisiones, ser tolerante con la duda, flexible, devolverle la responsabilidad del cambio y, sobre todo, tener paciencia. Los cambios requieren

tiempo, y algunas veces mucho tiempo. Cuanto más quiera correr el profesional, más resistente encontrará al paciente. Y viceversa, cuanto menos quiera el profesional un cambio, con más ahínco lo intentará el paciente. Rollnick lo expresa muy gráficamente: la entrevista motivacional requiere que el profesional sepa bailar con el paciente. Baile en contraposición a lucha.

¿Y cómo se consigue bailar con el paciente? Hay técnicas que pueden ayudar. La principal es saber escuchar. Pero debe ser una escucha muy activa. Una escucha en la que el profesional recoge y escoge una serie de conceptos para luego devolvérselos al paciente. Es la *escucha reflexiva*.

Otra estrategia son las *preguntas abiertas*: ¿qué piensa usted sobre el ejercicio? Me gustaría saber, ¿por qué...? ¿cómo cree que...? También debemos utilizar los *sumarios*. Permiten recoger los puntos cruciales del discurso del paciente: “Así, entiendo que por un lado el fumar le ayuda..., pero en cambio le preocupa porque...” y destacar los *puntos positivos*. Y desde luego conseguir *expresiones de automotivación* del paciente.

Ésa es la técnica motivacional más potente: conseguir que el paciente exprese en voz alta su interés por cambiar. Cuando uno se oye decir “he de dejar de fumar” empieza a interesarse por el cambio. De poco sirve haber oído mil veces “has de dejar de fumar”. El secreto del cambio está en quien formula el deseo.

Durante una entrevista motivacional no deben utilizarse las “barricadas de Gordon”: hacer broma, felicitar, aconsejar..., es decir, todo lo que actúa distrayendo la atención. El paciente está “trabajando”, reflexionando sobre un posible cambio, y el profesional no puede permitirse interrumpir ese monólogo. La distracción obliga a que el paciente deje de explorar su situación, interrumpa su trabajo, y deba dedicar sus energías a asimilar lo que le dice el profesional y a responder. Lo que en otras circunstancias sería positivo (¿a quién no le ha funcionado el humor en consulta?), en una entrevista motivacional deja de serlo.

En síntesis, en el proceso del cambio de actitud y de conducta el “le falta voluntad” es una etiqueta que no sólo despista al profesional sino que estigmatiza al paciente. La consulta debe entenderse como un verdadero espacio para compartir. Si realmente se cree en ello, podrá aprovecharse toda la riqueza que esto conlleva. [ae](#)

### BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1993.
- Hudson W, Weiner-Davis M. En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós, 1989.
- Millar RM, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós, 1999.

### Correspondencia:

Silvia Granollers Mercader.  
Comte d'Urgell, 264, 4.º 3.ª.  
08036 Barcelona. España.  
Correo electrónico: sgranollersm@inicia.es