



www.papsf.cat

ENTREVISTA CLÍNICA:

La MOTIVACIÓ per al CANVI

MANUAL de L'ALUMNE

Grup Comunicació i Salut

QUÈ FAN ELS PROFESSIONALS HABITUALMENT PER RECOLZAR O PROMOURE CANVIS EN ELS SEUS PACIENTS?

Per crear un marc idoni per a la negociació hem de tenir en compte 4 punts:

- 1.- L'anàlisi de la Comunicació No Verbal (C.N.V.) i de les interferències.
- 2.- El disseny d'un pla d'entrevista.
- 3.- Les tècniques que faciliten la narració.
- 4.- Les habilitats en les negociacions.

Exercici: Repassarem ara aquestes tècniques amb el cas pràctic:

Anota aquí les teves observacions:

-
-
-
-
-

Punts clau:

- Importància de la informació ben emesa.
- Resposta justificativa vs. avaluativa.
- Importància del clima.
- Habilitats de negociació.

ELEMENTS BÀSICS DE LA CONDUCTA

Sovint pensen que l'èxit de cada intent dependrà de la "**voluntat**" d'una persona quan, en realitat, aquella no és una altra cosa que la "**motivació**". La motivació entesa com el procés d'activació, direcció i persistència de la conducta. Que en certa forma, és el motor de l'actitud.

La motivació és com la gasolina del cotxe, fins i tot amb poca es pot arrancar amb força, però només si el dipòsit està ben ple s'arriba a la destinació.

Per començar a aprofundir en les habilitats negociadores que permeten incrementar la motivació per fer un canvi d'estil de vida, convé que repassem alguns conceptes bàsics.

En primer lloc, convé que ens aturem en allò que està justament subjacent a la conducta: les actituds.

LES ACTITUDS

Les actituds són predisposicions a respondre d'una determinada manera cap a un objecte o persona. Estan més consolidades que una motivació o una disposició d'ànim, però menys fixades que el temperament.

Exercici.- Vegem un exemple. Anota aquí les teves observacions:

-
-
-
-

Característiques de les actituds

Una actitud es pot dividir en tres variables o parts principals: l'objecte, la direcció i la intensitat.

- Objecte
- Direcció
- Intensitat o valència

A més, en una conducta determinada hi ha un nivell cognitiu o intel·lectual, un nivell afectiu o emocional i un nivell conatiu o conductual. Així, les actituds tenen tres components:

- Cognitiu
- Conductual
- Afectiu

En el manteniment de les actituds conflueixen diferents elements de caràcter emocional, cognitiu i conductual, que actuen conjuntament i amb un pes diferent en cada individu i hàbit, i sovint sense una aparent lògica que els sostingui.

La conducta humana es compon de ressorts condicionats i cecs que no tenen res a veure amb la voluntat de canvi, ni amb la racionalitat d'uns arguments. També es compon d'obscurs beneficis contradictoris i fins i tot absurds per a l'espectador que ignora la realitat profunda del pacient.

Repassem ara ràpidament, algunes teories que intenten aportar alguna explicació sobre els elements que intervenen constantment en el moment de prendre decisions (respecte temes de salut o altres).

TEORIA DE L'APRENTATGE SOCIAL (TAS)

La TAS suposa que la majoria de les conductes són apreses i que per tant, poden ser desapreses o alterades.

Exercici: Vegem un exemple. Anota aquí les teves observacions:

-
-
-
-
-
-

Des d'aquesta òptica, els determinants de la conducta són múltiples i amb interacció recíproca. Es considera que poden incloure quatre grups de factors:

- 1.- Característiques personals de l'individu (factors cognitius, de personalitat i culturals segons procedència).
- 2.- Influències de l'entorn social, cultural i/o econòmic, incloent la publicitat i la política.
- 3.- Altres conductes associades, com p.ex. prendre una tassa de cafè pot desencadenar la conducta de menjar un tros de pastís o fumar una cigarreta.
- 4.- Factors fisiològics i/o farmacològics que afecten a conductes addictives i/o habituals com el tabaquisme, els patrons d'alimentació, el consum d'alcohol i altres drogodependències.

La TAS suposa també que es produeix un **condicionant cognitiu**, és a dir, una unió de pensaments o sensacions a una conducta específica quan aquestes conductes es converteixen en hàbits.

P.ex. una persona pot menjar sempre que tingui un pensament que li causa ansietat perquè en el passat va observar (va aprendre) que el menjar li reduïa l'ansietat. Aquests desitjos poden aparèixer tan ràpidament que la persona no arribi a ser conscient de l'associació desencadenant.

Les estratègies de modificació de conducta hauran d'un tipus que ajudin el pacient a identificar els desencadenants, a trobar quins són els seus reforços de conducta, a comprendre com i quan actuen i com controlar aquests desencadenants, i a trobar reforços per a les conductes de prevenció.

- - - - -

Un altre dels sistemes que busca donar explicacions sobre els elements que intervenen constantment en el moment de prendre decisions sobre temes de salut és:

EL MODEL DE CREENCES SOBRE LA SALUT (MCS) o Health Belief Model (HBM).

El HBM o MCS observa què és el que fa la gent quan emprèn una acció preventiva. Suggerix que la motivació conductual i la consecució d'objectius està governada per dos factors principals. Un d'ells és la percepció per a la l'individu del valor d'aconseguir un objectiu de salut, i un altre, la seva creença que fer una acció específica per a la seva salut resultarà eficaç per preservar-la.

Exercici: Vegem ara un cas. Anota aquí les teves observacions:

-

-

Aquest model ens proposa quatre dimensions específiques:

1 Susceptibilitat percebuda, sentiment de vulnerabilitat respecte d'una condició donada: Quin és el nivell d'amenaça per a la seva salut?

2 Severitat percebuda, sentiment sobre la serietat de l'amenaça de malaltia: Fins que punt pot ser de seriosa la malaltia per a ell?

3 Beneficis percebuts, creences en els beneficis de l'acció: Quin beneficis obtindrà per deixar de fer coses que li agraden des de fa anys?

4 Barreres percebudes, al fer balanç entre els avantatges i desavantatges o obstacles d'una acció proposada: Pot fer el que se li demana?, pot esperar ajuda?

L'HBM o MCS apunta que certs punts "clau" provoquen que l'individu prengui la decisió de fer alguna cosa positiva sobre la seva salut. El senyal per a l'acció pot ser "intern", com una preocupació sobre la nostra salut o la malaltia d'algú proper; o "externa", responent a influències de l'entorn com els mitjans de comunicació, família, amics, clima social dominant o una invitació dels "proveïdors" d'atenció sanitària.

El pes més específic, més important, en el manteniment d'un hàbit és el seu component emocional. (Quant plaer obté en fer-ho o quant desplaer li causa no fer-ho).

Un altre dels sistemes que busca donar explicacions sobre els elements que intervenen constantment en el moment de prendre decisions sobre temes de salut és:

LOCUS DE CONTROL (L.C.)

És la creença que una persona té sobre si pot o no, i quant pot influir en les coses. S'accepta que si un individu no espera resultats positius de la seva acció, no actuarà. Si pensa que ell té el control dels resultats de les seves accions es diu que la persona té un "lloc de control internalitzat". Si per contra pensa que el control dels esdeveniments no està a les seves mans (sort, intercessió divina o d'uns altres, estat, ...) direm que la persona té un "lloc de control externalitat".

P. ex. si un alcohòlic afirma que beu perquè rep moltes pressions dels altres, que va començar per casualitat, i que necessita medicines per deixar-lo, el seu "lloc de control" possiblement sigui extern en aquest camp, i el pronòstic d'èxit bastant dubtós.

EXPECTATIVES D'AUTOEFICÀCIA (A.I.)

És la creença que una persona té sobre si pot tenir o no, i quant èxit en un projecte determinat. Inclouria:

- l'autoconfiança en la capacitat per canviar, i
- el sentit d'autoeficàcia per assolir un canvi.

Hi ha una sèrie de factors que intervenen en el propi sentit D'AUTOEFICÀCIA davant d'una tasca, per a cada persona:

1. Experiències pròpies d'èxits anteriors
2. Experiència vicaria
 - diferències entre el model i l'observador
 - resultats clars del model
 - veure diferents models
 - esforç dels models per aconseguir-ho
- 3.- Persuasió verbal
- 4.- Interferències emocionals

Els conspectes anteriors són com els indicadors econòmics: bons descriptors però mals predictors dels canvis en la gent.

Quan ja tenim un panorama a vista d'ocell dels elements que intervenen en les decisions que prenem respecte de la nostra salut, passarem a aprofundir en les estratègies d'entrevista que poden afavorir que la gent es motivi a promoure canvis en la seva vida.

LA MOTIVACIÓ

La motivació seria un estat intern de disposició o ànsia per efectuar una conducta (p.ex. canviar un hàbit), pot fluctuar d'una situació a una altra, i pot ser modulada i influenciada per factors interns i externs.

En la majoria de les motivacions, el substrat emocional de l'actitud es fa prevalent. Només en base a forta motivació prèvia és possible afrontar amb èxit la "*temptació*" i vèncer-la.

La motivació és l'element necessari per posar en marxa el motor del canvi.
Aquesta motivació "sobrenada en un mar" de motivacions subjacents:

Unes són **internes** (necessàries per a l'homeòstasi de l'organisme) i, altres, **externes** o secundàries i dependents d'un aprenentatge previ.

- Acceptació social
- Seguretat i/o protecció
- Confiança
- Amor propi i autoimatge
- Independència i responsabilitat

La motivació per realitzar una determinada conducta, especialment si aquesta s'ha de repetir de forma continuada, neix quan l'individu que fa una avaluació de la realitat (interna o externa), dibuixa amb suficient nitidesa un objectiu o finalitat per portar a terme aquesta conducta.

El significat que atorguem a les coses i a nosaltres mateixos fa que constantment se'ns vagin dibuixant objectius a tots els nivells.

Aquests objectius són en realitat els que marquen la intensitat de la motivació.

- - - - -

A continuació treballarem uns conceptes que acabaran de permetre una aproximació als fenòmens psicològics implicats en la motivació humana.

L'AMBIVALÈNCIA

L'ambivalència és un estat mental on coexisteixen sentiments contraposats respecte a alguna cosa.

L'ambivalència està present en gairebé tots els nostres actes i encara més en les conductes addictives. Si ignorant aquesta ambivalència el professional es llança a educar i persuadir el pacient que el problema és seriós i que ha de canviar, és més que probable que aquesta estratègia provoqui resistències en el pacient i pugui donar-se una situació paradoxalment antiterapèutica.

Treballar l'ambivalència equival a treballar el nucli del problema. Significa treballar perquè el pacient resolgui el conflicte i es mogui cap al canvi. Sovint succeeix que l'anomenat problema de manca de motivació de molts pacients, no és més que un problema d'ambivalència.

- Balança (bàscula) entre elements positius i negatius
- Balança entre costos i beneficis
- Balança entre elements racionals i irracionals

Lligats amb l'ambivalència podem repassar aquests altres conceptes:

Clau per actuar

Alguna cosa ha de succeir per disparar els estímuls i les percepcions necessàries, i conduir-nos al canvi.

"Moment d'oportunitat"

Saber-lo aprofitar quan aparegui.

Dissonància cognitiva

Entre coneixements/informacions i conductes "velles " que es mantenen.

Reactància psicològica

Reacció de rebuig. És un fenomen natural que hem de saber comprendre i acceptar si volem ajudar a augmentar la motivació per al canvi.



TIPUS D'ENTREVISTES PER AL CANVI D'HÀBITS

MODEL	NIVELL ACTITUDINAL
COERCITIU ----->	Triple
INFORMATIU----->	Cognitiu Superficial Cognitiu profund +
ARGUMENTATIU----->	Conductual +
PERSUASIU ----->	Emocional superficial +
MOTIVACIONAL ----->	Emocional profund

Anàlisi comparativa entre els models informatiu i motivacional

No és possible motivar ningú a sacrificar-se si no veu molt clar que traurà un benefici. Tampoc ningú comença un canvi si no té clar que "podrà amb ell ". La magnitud de la tasca és una percepció subjectiva que no té res a veure amb la realitat.

Per això, assenyalem seguidament les diferències bàsiques entre l'aproximació de l'Entrevista Motivacional centrada en el pacient i l'entrevista basada en el model informatiu clàssic:

<u>Model informatiu</u>	vs.	<u>Modelo motivacional</u>
Dóna consells experts----->		Estimula la motivació
Intenta persuadir ----->		Afavoreixen el posicionament
Repeteix els consells ----->		Resumeix els punts de vista del pacient
Actua amb autoritat ----->		Aproximació col·laboradora
És ràpid ----->		És d'aplicació progressiva

-

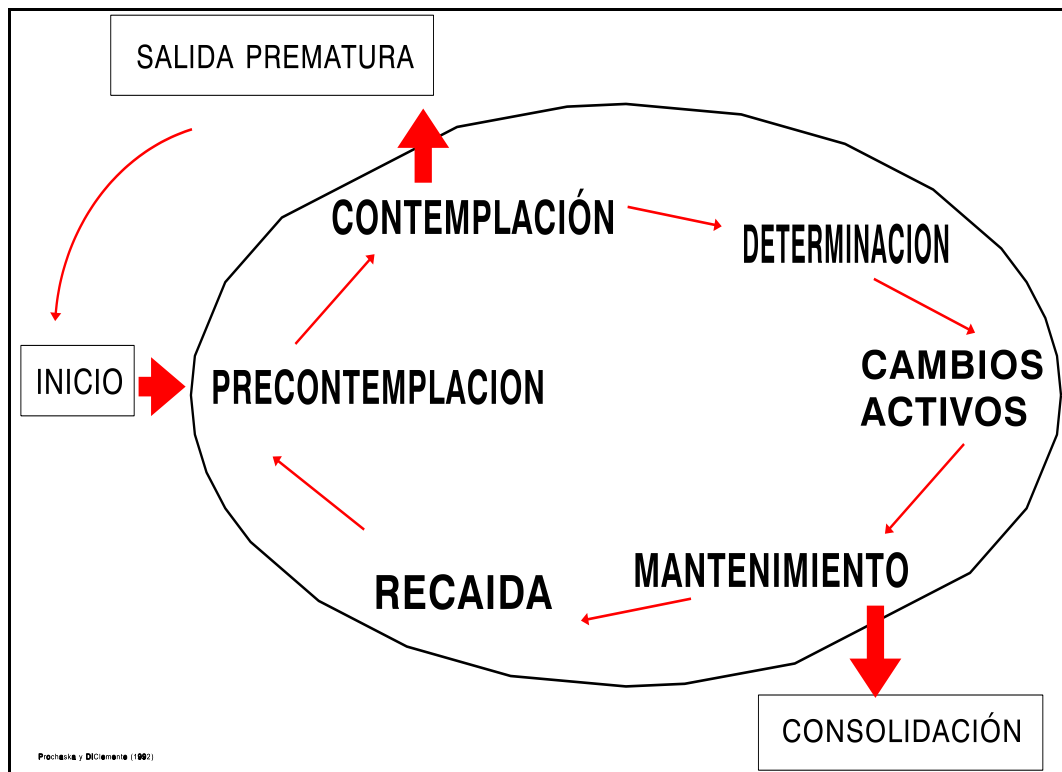
-

Sembla clar doncs que, i per ser realistes, les activitats de tipus preventiu han de tenir en compte els motius que mouen l'activació i execució de conductes de salut i els processos que intervenen en cada persona. En aquest sentit, un primer element en el camí cap a una millora de les habilitats de comunicació en aquest terreny seria considerar les condicions i forces que condueixen al canvi conductes insanes per altres més saludables.

EL MODELO D'ESTADIS DEL CANVI

És un dels models teòrics més importants de l'E.M.

Estudiant processos de canvi en la gent, Prochaska i Di Clemente, van trobar que les persones que aconseguen una millora en els seus estils de vida, passen a través d'una sèrie d'estadis de canvi. Cada estadi registra una actitud mental diferent i també implica un tipus de motivació diferent. Descriu els següents: Precontemplació, contemplació, determinació, canvi, manteniment i recaiguda.



Precontemplació

La gent no veu (o no vol veure) cap problema en la seva conducta o en la seva manera de fer.

El pacient en aquest estadi afirma coses com:

-
-

Contemplació

La persona està més obert a considerar els problemes dels seu hàbit. Comenci a sospesar els pros i els contres de la seva conducta, malgrat no veure's encara amb ànim d'intentar un canvi.

El pacient en aquest estadi afirma coses com:

-
-

Determinació

En aquest moment de la roda, l'individu, després d'enfrontar-se amb el problema decideix intentar un canvi. Requereix tenir la confiança de poder controlar la nova conducta.

El pacient en aquest estadi afirma coses com:

-
-
-

Canvis actius

En l'estadi d'acció, les persones prenen no només la decisió sinó que la posen en pràctica..

El pacient en aquest estadi afirma coses com:

-
-

Manteniment

El subjecte ha de concentrar-se activament a mantenir el canvi i consolidar-lo, ja que les "*temptacions*" (i atracció per la conducta antiga) malgrat que comencen a declinar encara estan presents, i continuen apareixent durant l'estadi de manteniment.

El pacient en aquest estadi afirma coses com:

-
-

Recaiguda

Es retorna a les conductes anteriors.

El pacient en aquest estadi afirma coses com:

-
-

Concepte de l'espiral del canvi.

-

Els estadis descrits per Prochaska i Di Clemente es donen tant si els canvis són espontàniament realitzats per cada persona, como si són conseqüència de l'ajut de tercers. Això significa que molta gent pot canviar els seus hàbits addictius sense ajuda externa formal. També significa que el professional ha d'estar molt atent a la comunicació verbal i no verbal del pacient per saber en quin estadi es troba.

El model d'estadis del canvi permet una perspectiva més global del pacient i de l'hàbit, a la vegada que facilita l'aplicació pràctica en la consulta del professional d'Atenció Primària, d'estratègies adaptades a cada estadi.

Des d'aquest punt de vista, freqüentment les resistències apareixen quan el professional utilitza estratègies inadequades a l'estadi del pacient, o quan no s'utilitzen correctament.

Quan els professionals d'Atenció Primària s'enfronten al patiment dels pacients o de les seves famílies, existeix la temptació d'intentar anar directament a l'estadi d'acció i començar a prescriure objectius i receptes per al canvi.

Si el pacient comença amb el: "sí,... però..." típic de l'estadi de contemplació, probablement serà interpretat com una resistència, o com a veritables excuses per no haver d'intentar-ho. Si el professional comença a argumentar per convèncer, immediatament es consolida la resposta de resistència, tancant-se un cercle que tendirà a autoperpetuar-se.

Aquest primer principi ens va conduint a introduir-nos en les estratègies de negociació del canvi d'hàbits que anomenen Entrevista Motivacional.

CONCEPTES GENERALS DE L'ENTREVISTA MOTIVACIONAL

L'Entrevista Motivacional (E.M.) consta d'una sèrie d'elements teòrics i pràctics que tracten de millorar les habilitats comunicacionals dels professionals d'Atenció Primària

No pretén canviar l'estil de treball propi de cadascú, sinó aportar eines que permetin afrontar situacions que no han pogut ser resoltes per les estratègies habituals utilitzades a promoure canvis de conducta en la gent.

Característiques de l'entrevista motivacional

- * Identifica l'estadi del canvi
- * Persegueix que el pacient es posicioni
- * Predomini del reenquadrament sobre elements informatius
- * Centrada en l'experiència del consultant

L'Entrevista Motivacional, permet al professional d'Atenció Primària l'aplicació d'una sèrie d'habilitats comunicacionals centrades en l'experiència del pacient, en un clima empàtic, tolerant i de cooperació mútua, respectant sempre les seves últimes decisions. Amb aquest traslladem el pes de la decisió al propi pacient. Ell és, en última instància qui decidirà sobre el canvi o no canvi, i com ho portarà a terme: els professionals sanitaris podem ajudar recolzant el procés de la presa de decisions del pacient, tenint en compte sempre quin és el nivell de motivació basal en cada cas.

Per consegüent, no es tractaria tant de forçar una "**transfusió de voluntat**" com de provocar un "**autotrasplantament**" de motivació dins del mateix individu. És a dir, en part, consistiria a internalitzar el Locus de Control respecte de la conducta indesitjada, a partir de la percepció d'eficàcia que tingui en altres aspectes de la seva vida en els que el pacient hagi aconseguit un èxit.

Aquesta aproximació implica que:

1. La motivació pertany a cadascun, però pot ser influenciada per converses entre el professional de la salut i el mateix pacient.
2. Malgrat això, les decisions pertanyen a cada persona, i cadascun ha de viure amb elles.

Implica l'establiment del nivell de motivació en el qual es troba el pacient i què es el que ho motiva, per ajudar-lo a moure's a través dels estadis, prenent decisions per al canvi. Implica també escoltar els pacients, facilitant-los que parlin dels seus problemes i preocupacions, sobre els seus patrons de conducta, obtenint informació sobre ells i negociant objectius. Tot això amb la finalitat de fer emergir un nivell de conflicte o contradicció entre el que pensa que hauria de fer i el que fa realment.

L'Entrevista Motivacional és més apropiada per a la gent que es troba en estadi de Contemplació (i que per tant ja experimenten algun conflicte amb alguna de les seves conductes). Abans no hi ha conflicte: la balança de la motivació (canvi o no canvi) està clarament inclinada del costat de no canvi. En l'estadi de contemplació els braços estan equilibrats: només cal

incrementar el conflicte i conduir-lo per produir una clara inclinació cap al canvi.

De forma acadèmica, i per facilitar l'estudi i l'aplicació d'aquests principis, podem dividir l'E.M en diverses fases. Aquesta divisió no sempre s'acompleix però és recomanable tenir present aquest esquema:

ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
FASE:	TASQUES:
POSICIONAMENT	Prioritzar Estadiar Elaborar Mapa de creences Elicitar: Locus de control, Ambivalència Treballar les contradiccions Evitar les resistències Augmentar l'autoeficàcia Treballar l'automotivació
REFLEXIÓ	Incrementar el conflicte i/o les contradiccions
ACCIÓ	Verbalitzar el compromís de canvi Desenvolupar un pla d'actuació conjunt
MANTENIMENT	Prevenió de recaigudes
RECAIGUDA	Incrementar l'autoestima i l'autoeficàcia Proporcionar <i>feed-back</i>

A l'inici de l'entrevista motivacional, quan ja s'ha aconseguit el clima col·laboratiu adequat, cal ajudar el pacient per què incrementi la seva percepció sobre la conducta problema.

Per poder influir en el pacient cal establir el punt motivacional on es troba, és a dir, *posicionar-lo*. Per aquesta raó, cal que tingui l'oportunitat

d'expressar tan clarament com pugui les seves preocupacions, i amb les seves pròpies paraules.

Per a aquesta primera fase cal utilitzar un estil d'entrevista basat en uns principis bàsics.

La entrevista motivacional es basa en cinc principis:

- 1.- Expressar empatia
- 2.- Desenvolupar la discrepància
- 3.- Evitar argumentar
- 4.- Treballar les resistències
- 5.- Donar recolzament al sentit d'autoeficàcia

CONDICIONS PER ENTRAR EN L'ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Elements escalonats recomanables per establir un bon inici d'entrevista motivacional:

1. Aconseguir una bona relació terapèutica (habilitats d'entrevista tant d'escolta com de parla)
2. Ús de tècniques d'entrevista per aprofundir en el coneixement del consultant
3. Utilització de suport escrit (especialment el full de condicionants i problemes d'orientació Biopsicosocial al dia)
4. Elecció de la persona i el moment adequats en funció de la càrrega de treball (Tècniques de gestió del temps)
5. Abordatge sistematitzat (vegeu preguntes d'entrada i comodí)
6. Aplicar estratègies adaptades un cop el consultant ha estat estadiat.

La primera tasca en l'E.M. és el posicionament del pacient. En la fase de posicionament, el professional ha de plantejar-se tres metes principals: a) Prioritzar l'hàbit a tractar, b) estadiar-lo i, c) elaborar un mapa de creences. També s'inicia paral·lelament una reflexió conjunta sobre els pros i contres de la conducta problema.

Tots tendim a creure'ns amb major força allò que ens sentim dir a nosaltres mateixos: Com més raons ens posin al costat del canvi, més poderoses seran les raons per intentar-ho.

Durant la consulta el pacient, de vegades, explica preocupacions o sentiments respecte als hàbits de la seva vida. Cal estar atents a aquestes verbalitzacions espontànies que ens indiquen l'emergència d'una presa de consciència del pacient respecte alguna cosa que no funciona de la seva vida. Aquesta és una via d'entrada a l'E.M.

Per exemple:

- 1.- "Fumar em limita la respiració"
- 2.- "Voldria aconseguir fer més exercici"
- 3.- "És superior a mi, ho reconec, però malgrat no quedar-me tranquil·la, no em faré la revisió ginecològica quan estic citada".

Aquí és quan podem decidir ajudar el pacient. En aquesta fase, animem els pacients perquè expliquin més coses sobre perquè volen canviar algun hàbit.

Ens centrarem en cinc tècniques bàsiques anomenades de recolzament narratiu:

- 1.- Fer preguntes obertes sobre què és el que els preocupa.
- 2.- Exercitar l'escolta reflexiva.
- 3.- Realitzar sumaris intentant destacar el més crucial del que s'ha dit.
- 4.- Destacar els aspectes positius del que s'ha i que no són preocupacions.
- 5.- Afavorir i provocar afirmacions d'automotivació.

Vegem-les una per una:

Preguntes obertes

Las preguntes obertes són aquelles que no poden ser respostes només amb una o dues paraules a diferència de les tancades. Les primeres conviden a un ampli ventall de possibilitats en la resposta. Permeten i animen al pacient a explicar-se incrementant així la seva percepció del problema. La gent quan parla no només rememora: bàsicament elabora informació i emocions associades al que va dient.

Exemples

"Com se sent fumant la quantitat que consumeix?"

"Què li preocupa al veure aquestes anàlisis?"

Cap d'aquestes preguntes pot ser, en principi resposta de manera senzilla. Ajuden que la persona s'obri, i l'animen que segueixi parlant.

Una bona manera de començar una estratègia motivacional és amb una pregunta oberta del tipus: "Quins aspectes de la seva salut li preocupen més?"

Les preguntes obertes són bàsicament desbloquejadores i donen oportunitats durant l'entrevista d'utilitzar altres tècniques. També acostumen a ser el pont d'entrada d'una consulta qualsevol d'APS a l'E.M.

Les preguntes obertes requereixen una bona dosi de contenció emocional i un estil d'entrevista de baixa reactivitat

Escolta reflexiva

És una de les habilitats crucials de l'entrevista motivacional. És un tipus d'escolta que necessita molta concentració. Aquí el professional no es limita a "escoltar " el que diu el pacient, sinó que es respon al que el pacient va dient, reflectint. No és per tant un procés passiu. El professional és qui decideix que és el que reflecteix i que és el que ignora, que s'ha d'emfatitzar i quines paraules utilitzar.

Amb això es pretén afavorir tantes afirmacions de preocupació com sigui possible. Una manera d'aconseguir que una conducta es repeteixi és recompensar-la. Les recompenses poden ser de moltes classes, però en el marc de l'entrevista, una mol forta és oferir atenció empàtica i comprensiva sense emetre judicis, sense donar seguretats prematures, ni solucions. És adir, sense posar "barricades" al discurs del pacient.

El següent llistat subratlla les respostes que NO són pròpies d'una escolta professional:

1. Ordenar, dirigir, imposar
2. Advertir o espantar
3. Donar consells, fer suggeriments o donar solucions
4. Persuadir amb la lògica, o amb "arguments de la ciència"
5. Moralitzar, sermonejar o dir que el que haurien de fer
6. Jutjar, mostrar desacord, criticar o culpabilitzar
7. Mostrar acord, aprovar o alabar
8. Avergonyir, ridiculitzar o etiquetar
9. Interpretar o analitzar
10. Tranquil·litzar, donar mostres de simpatia o consolar
11. Interrogar o sondejar
12. Desentendre's, desconcertar, fer broma

(Gordon,1970)

Aquest tipus de respostes són anomenades "**barricades**" perquè es creuen en el camí del discurs del pacient. Tenen el mateix efecte que les barricades: parar, bloquejar, desviar, canviar de direcció.

El professional el que acostuma a fer és estar callat el temps necessari per trobar una resposta de les de la llista i després y deixar-la anar. El missatge subjacent és "Escolta'm, jo sé el millor". En lloc de facilitar-li que explori la seva situació, el pacient ha de manejar-se amb la barricada.

L'essència d'una escolta reflexiva és intentar endevinar què intenta dir la persona. Es tracta de descodificar el significat real del que realment vol dir. Després se li retorna en forma d'afirmació.

Les afirmacions d'escolta reflexiva poden ser bastant simples, o fer-se més complexes. Es poden definir quatre nivells de profunditat:

1. Repetir. És la més simple, i el professional repeteix un element dels que ha dit el pacient.

2. Refrasejar. El professional està pròxim al que ha dit el pacient però substitueix algunes paraules per sinònims o altera lleugerament el que s'ha dit clarificant-ho.

3. Parafrasejar. Aquí el professional infereix el significat del que s'ha dit i ho reflecteix amb noves paraules. Amb això s'afegeix i amplia tot el que s'ha dit fins al moment.

4. Reflexió de sentiment. És la forma més profunda de reflexió. És una paràfrasi amb èmfasis en l'aspecte emocional mitjançant frases que mostrin sentiments etc. (assenyalament emocional).

En general les reflexions més senzilles (1 i 2) l'utilitzem primerament quan el sentit de la conversa és menys clar; per després aprofundir a mesura que va augmentant la comprensió.

Les formulacions d'entrada són del tipus: Això sona com si..., Sembla que et sents..., Així que tu..., Penses que això..., etc

Les frases per reflexió són fàcils d'entendre, però difícils de practicar. És precís exercitar-se en el seu ús fins aconseguir un bon ensinistrament.

Exercici escolta reflexiva: A continuació ens exercitarem en habilitats d'escolta reflexiva. Cal fer una frase per reflexionar a les afirmacions que a continuació es mostren.

Amb la situació que tinc ara mateix a casa, dubto molt que pugui deixar el tabac

.....
.....

Fins i tot quan no bec, sembla que m'oblido més de les coses i que em costa pensar amb claredat

.....
.....

És inútil, sé que no m'aprimaré mai. Penso que si estic gorda és perquè m'ho mereixo

.....
.....

He deixat de punxar-me altres vegades, però quan torno amb els amics és molt difícil no caure.

Fer sumaris

Els sumaris poden ser utilitzats per posar en conjunt el material que s'ha anat comentant. Reforça tot el que s'ha dit d'important, mostra que s'ha escoltat amb atenció i prepara el pacient per prosseguir. Així mateix, quan es fan afirmacions d'automotivació serveix per què el pacient les escolti per tercera vegada.

Els sumaris posen en evidència essencialment l'ambivalència de l'individu. La típica experiència d'ambivalència és oscil·lar endavant i endarrere amb les raons per canviar i les raons per no fer-ho.

Un sumari és una manera de permetre que la persona examini **simultàniament** les raons en pro i en contra veient les dues com a presents. Frases - nexes com "Per una banda...i per l'altra" i/o "al mateix temps..." poden ser útils.

Els sumaris han de fer-se freqüentment, utilitzant tant com sigui possible les expressions i metàfores del pacient.

Els sumaris són espais per a una descripció precisa del que el pacient ens acaba de dir, no per exposar el que nosaltres pensem

Destacar els aspectes positius del que ha dit el pacient (reestructuració positiva).

S'han de recompensar les afirmacions de preocupació per animar que el pacient ens verbalitzi més. El problema es què fem amb les afirmacions que expressen raons de no canvi. Per a aquestes últimes és fonamental no entrar a argumentar-les como ja s'ha comentat abans. Moltes vegades haurem de buscar la interpretació més positiva que puguem.

Aquestes tècniques, que són crucials, permeten al pacient ampliar la consciència sobre el seu hàbit, incrementar el nivell de conflicte i començar a pensar seriosament a canviar.

Per comentar amb el pacient els resultats s'utilitzen les tècniques ja conegudes:

Preguntes obertes, escolta reflexiva, donar suport, sumarís, facilitar afirmacions d'automotivació.

FASE D'ACCIÓ

Objectius:

Ajudar al pacient a decidir el canvi.

Col·laborar en l'elaboració d'un pla acceptable per al pacient.

La finalitat d'aquesta fase és que el pacient faci accions per produir un canvi en el seu estil de vida. Hauria d'acabar aconseguint un compromís de canvi decidit pel pacient, assumint el que això comporta.

Aquí el primer problema és saber quan el pacient ja està preparat per al canvi.

Reconèixer quan el pacient aquesta preparat per al canvi és un punt molt delicat. En aquest punt, el pacient obre una finestra al canvi, però no sempre estarà oberta.

En aquest moment el professional ha d'estar molt atent a l'aparició d'elements verbals i no verbals que siguin indicadors que el pacient està preparat per al canvi. (Vegeu taula).

Aquí el professional actuaria com un venedor avesat que sap detectar el moment adequat per tancar bé una venda, és a dir, que hi ha indicadors que el pacient està preparat per al canvi, valorant aspectes verbals i no verbals:

INDICADORS DE CANVI
-Disminució de resistència
-Disminució de preguntes sobre el problema
-Estat de disposició
-Afirmacions d'automotivació
-Increment de preguntes sobre el canvi
-Veure el futur amb la nova conducta
-Experimentació

Pot semblar que quan el pacient vol canviar ja tot és molt senzill, però hi ha uns perills que no podem oblidar:

- Infra-estimació de l'ambivalència
- Prescriure un pla inacceptable per al pacient
- Manca d'adreça

En la fase d'acció s'han de desenvolupar les següents tasques:

Tasques	Tècniques
1.- Verbalitzar el canvi	Sumari + preg. activadora
2.- Negociar el pla Metes del pacient útils inèrcia del canvi mesurables Opcions Concretar el pla: data, seguiment entorn	preg. obertes frases per reflexió sumaris preg. activadores

L'estratègia d'abordatge és començar fent un resum sobre la situació del pacient, que també té com a efecte assenyalar que comença aquesta fase de l'entrevista. Aquest resum hauria d'incloure: Les percepcions del pacient, l'ambivalència i els riscos del problema.

Després del sumari s'utilitza una pregunta activadora, perquè el pacient pensi i parli sobre el canvi. (Ex.: Què ha de fer?; què pensa que ha de canviar?)

El pacient demana informació

És freqüent que en aquesta fase el pacient demani informació o opinions al professional. És important no caure en el patró "sí, però..." que és una variació del parany de confrontació-negació, on el professional dóna un missatge i el pacient contesta que no és correcte, o que per a ell no és vàlid.

Per a evitar això, hi ha diferents camins:

-No precipitar-se donant consells ("Estic encantat de donar-li algunes idees, però pensi que vostè és l'expert en vostè mateix").

-Qualificar les informacions del que es pot fer, presentant-les de forma no personal, ("Això pot o no servir-li, però és una opció. Vostè ha de jutjar si li va bé...").

-No oferir una, si no diverses opcions. Si el pacient escull entre diverses opcions sempre serà més fàcil que les segueixi.

Les preguntes activadores pretenen que el pacient verbalitzi el canvi. Si no se sent preparat, hauríem de tornar a explorar les seves idees o dubtes, o necessitaríem una altra cita, deixant un període de temps per madurar la seva decisió.

NEGOCIAR EL PLA

Les metes del canvi

El primer és conèixer clarament les metes o objectius cap als quals es dirigeix el pacient. S'utilitzen preguntes activadores, com:

"Com li agradaria que fossin les coses per ser diferents?"

"Què vol canviar?"

"Per on vol començar?"

És possible que les metes del pacient no coincideixin amb les del professional. (P. ex.: deixar o disminuir el consum d'alcohol).

Les metes han de ser: útils, concretes i assumibles. El professional hauria d'ajudar el pacient a trobar-les, però sense imposar-les. Es pot donar un consell però sempre és el pacient el que ha d'escollir. Si som molt insistents és més fàcil provocar resistència que acords. És preferible mantenir una aliança de treball i començar per objectius que motivin el pacient.

Pensem que les metes mal dirigides aviat seran insuficients. També s'ha de valorar quins petits canvis en un problema poden produir beneficis en altres esferes de la vida del pacient, sent fins i tot catalitzadores de canvis més profunds.

Quan hi ha discrepàncies entre deixar o reduir un hàbit tòxic, abans d'imposar un criteri és millor proposar alternatives, com:

- Negociar un període de prova d'abstinència
- Procés gradual de disminució cap a l'abstinència
- Període de prova de moderació

Opcions del canvi

Una vegada definides les metes, parlarem de com aconseguir-lo. S'ha de valorar:

- És important escollir un camí apropiat.
- Malgrat els esforços del professional, el pacient pot no escollir el camí que pensem que és millor per a ell.
- Ha de preparar-se al pacient perquè això no el desanimi
- S'han de conèixer els recursos disponibles

Al descriure diferents alternatives:

- Expressar-se de forma comprensible.
- Evitar argot tècnic
- Aclarir primer les opcions i negociar després
- Valorar amb el pacient la viabilitat de les opcions

Concretar el pla

Per negociar el pla cal elaborar un camí per treballar conjuntament amb el pacient. Per arribar a concretar aquest pla convé que durant l'entrevista el pacient s'hagi contestat amb claredat a les següents preguntes:

- Quina és la principal raó per canviar?
- Quina és la principal meta del canvi?
- Quines coses planeja fer per aconseguir els objectius i com els prioritza?

- Quines persones el poden ajudar?
- Quin és el primer pas que vol fer?
- Confia en el seu pla?

La base de la discussió és elaborar un pla que encaixi amb les metes, necessitats, intencions i creences del pacient.

Per finalitzar, ha de fer-se un resum del pla, i aconseguir un compromís verbal del pacient. Poden utilitzar-se estratègies de la primera fase de l'entrevista per aclarir dubtes o dificultats del pacient pròpies de l'ambivalència. És aconsellable fer públic el compromís a la parella (o a altres persones), però sempre amb permís del pacient. També és convenient, si el pacient ho vol, comunicar-ho a altres professionals que també ho controlin.

Malgrat que el pacient entre en estadi de canvi, les estratègies de l'entrevista motivacional no s'han de deixar, entenent que l'ambivalència pot continuar present.

ESTRATÈGIES ADAPTADES ALS ESTADIS DEL CANVI.

Ja hem vist la importància que té el coneixement dels diversos estadis del canvi ja que ens aproxima a la realitat de l'individu en aquest procés. El trànsit d'un estadi a un altre depèn de diversos factors. A continuació es descriuen els més freqüents.

1. Creences i expectatives del pacient.
2. Influència o pressió social.
3. Durada de la conducta.
4. Repercussions físiques i/o psíquiques de la conducta.
5. Presència d'un model prestigiós o influent.
6. Sentiments d'autoeficàcia.
7. Nivell de motivació per comprometre's a produir canvis.

Val la pena insistir una altra vegada sobre el paper decisor del professional per ajudar que els pacients transitin en la roda dels estadis del canvi desenvolupada per Di Clemente i *Prochaska.

De vegades els estadis del canvi no es presenten amb fronteres nítides sinó que apareixen com un contínuum d'un mateix procés a través del qual tots ens movem, encara que de manera individualitzada. En alguns pacients el trànsit pels diferents estadis és molt marcat i sistemàtic fins a arribar a l'acció, mentre que en uns altres és molt variable en el temps, i fins i tot pel mateix fenomen de l'ambivalència, els trobem immersos en diversos estadis gairebé simultàniament.

El professional d'Atenció Primària haurà de treballar la motivació dels pacients des d'una perspectiva estadi específica, i no solament des de la consideració d'un canvi cap a l'estadi d'acció.

ESTADI DE PRECONTEMPLACIÓ

Els individus en estadi de precontemplació respecte a una conducta addictiva no pensen a canviar-la. De fet no observen aquesta conducta com a un motiu de preocupació, o almenys no creuen que sigui tan problemàtica com ho veuen els altres.

Els pacients en estadi precontemplatiu, sovint són individus catalogats de resistents o negadors de la realitat. Seguint a C .Di Clemente, existeixen no obstant això, diverses raons per romandre en l'estadi de precontemplació, resumides en les denominades "quatre R":

- 1. Reluctant.**
- 2. Rebel·lió.**
- 3. Resignació.**
- 4. Racionalització.**

Els precontempladors reluctants són aquells que per manca de coneixement o per inèrcia no desitgen considerar el canvi, i no tant per una actitud resistent al mateix. L'estratègia més aconsellada per al seu abordatge és oferir *feedback* amb empatia.

Els precontempladors rebels es mostren amb una certa hostilitat i resistència al canvi. Hi ha una tendència a argumentar mitjançant preguntes, resistint-se a seguir qualsevol recomanació.

En aquests casos convé proporcionar diverses alternatives perquè puguin escollir si ho desitgen. Així mateix hauríem de treballar fonamentalment amb les resistències.

Molta cautela serà la màxima a tenir en compte a l'hora d'utilitzar qualsevol de les estratègies que tenim al nostre abast. Entre les mateixes destacaríem l'aplicació de:

1. Reflexions (simples, ampliades, cap a ambdós costats).
2. Evitar les resistències.
3. Mostrar-se d'acord amb petits matisos.
4. Emfatitzar el control i la capacitat d'elecció personal.
5. Resumir la informació proporcionada pel pacient.
6. Utilització de paradoxes terapèutiques (mitjançant la "prescripció del problema").

Els precontempladores resignats no veuen cap possibilitat de canvi ja que es troben sobrepassats pel problema. Manifesten una pèrdua de confiança i de control sobre el problema. Un missatge freqüent és que "han arribat massa tard per canviar". En aquests casos convé proporcionar missatges esperançadors, i explorar les barreres per al canvi si desitgem que el pacient mostri alguna motivació per a arribar a un estadi contemplatiu.

Finalment els **precontempladors racionalitzadors** desenvolupen una gran quantitat de raons de perquè el problema no és un problema, o ho és per als altres però no per a ells. Les resistències del precontemplador racionalitzador apareixen fonamentalment per les seves creences i no tant en les emocions.

Sospitarem la seva presència quan la interacció comenci a semblar-se més a un debat que a una entrevista clínica. És important distingir durant el discurs del pacient aquelles raons per no canviar "de moment" assumint els riscos de la seva conducta, de les racionalitzacions per no fer-lo.

Les intervencions que semblen més útils en aquests casos es basen a desenvolupar una escolta empàtica (és a dir, sense fer judicis valoratius), i l'aplicació d'una escolta reflexiva. Particularment recomanables són les reflexions cap a ambdós costats del problema.

Per tant, les estratègies generals d'actuació amb els pacients precontempladors es basen principalment en: crear un clima adequat, evitar les resistències, incrementar el nivell de contradicció, proporcionar informació si la precisa, evitar donar informació i sol·licitar canvis prematurament, i aprofitar el moment d'oportunitat per actuar (*Teachable moment*).

Un dels problemes observats en l'atenció d'aquests pacients és pensar que "més sempre és millor". Més educació, més tractament o més confrontació seran necessaris per produir més canvis. Res més lluny de la realitat amb els pacients precontempladors. A més intervencions sovint obtindrem menys resultats. Convé per tant que "economitzem" esforços (cognitius i emocionals) si desitgem incrementar la nostra eficàcia, així com acceptar les limitacions existents. A aquest fenomen se li denomina també com "més del mateix".

L'estadi precontemplatiu ha de ser observat no com una situació irresoluble, sinó com una clara oportunitat per fer aflorar motius de preocupació. Un cop el pacient comenci a verbalitzar motius de preocupació ja podem afirmar que entrem en l'estadi de contemplació.

ESTADI DE CONTEMPLACIÓ

L'entrevista motivacional pivota en gran mesura sobre l'estadi de contemplació. El pacient es troba ja en un moment per considerar el problema i la possibilitat per canviar. Malgrat això, el fenomen de l'ambivalència pot fer de la contemplació un estadi cronificat, i per tant, molt frustrant.

Mentre que en aquesta fase els pacients estan oberts a rebre informació i a balancejar decisions, no hem d'oblidar que la presa de decisions es fa pel propi individu i no tant per la informació rebuda. Així mateix, i encara que el pacient sembla molt interessat pel problema, això no comporta un compromís per al canvi.

Per tant, un aspecte fonamental en aquesta fase, se centra a desenvolupar estratègies adequades per moure als individus des de la contemplació cap a la determinació, així com estar preparats per executar una acció determinada.

Les estratègies generals d'actuació en estadi de contemplació poden resumir-se en:

1. Desenvolupar una actitud d'ajuda activa.
2. Empatitzar.
3. Eliminar barreres.
4. Disminuir el desig de la situació actual.
5. Proporcionar *feedback*.
6. Proporcionar informació.
7. Clarificar objectius.
8. Proporcionar alternatives.

Totes aquestes estratègies tenen com a finalitat incrementar la dissonància cognitiva dintre d'un clima empàtic.

Recordem aquí la importància que té l'aplicació de les cinc estratègies inicials de l'entrevista motivacional: preguntes obertes, escolta reflexiva,

reestructurar positivament, realitzar sumaris i afavorir afirmacions automotivacionals. Totes aquestes estratègies semblen les més adequades per ajudar al contemplador a moure's des de la consideració de canvi cap a un compromís per a l'acció.

L'ambivalència és la gran enemiga del compromís per al canvi i una raó principal per a la contemplació crònica.

DETERMINACIÓ: COMPROMÍS PER A L'ACCIÓ

En el present estadi el pacient ja es decideix a iniciar un intent seriós per modificar la conducta problema; mentre que alguns ho faran en un futur molt pròxim, uns altres ja han iniciat alguns canvis últimament.

Els professionals podem pensar que les tasques a realitzar aquí són més fàcils, no obstant això no hem de desestimar-les ni pensar que les estratègies motivacionals són supèrflues. Convé doncs no "baixar la guàrdia" en aquesta fase, així com avaluar la intensitat i el nivell de compromís del pacient.

Les estratègies d'actuació en l'estadi de determinació se centren en:

1. Realitzar sumaris
2. Desenvolupar preguntes activadores.
3. Proporcionar informació i consell.
4. Negociar un pla d'actuació.

Encara que sovint resulta temptador insistir en aquesta fase del canvi tan avançat, hem d'evitar les presses. Pensar que si no el veiem suficientment decidit per portar a terme el seu compromís per a l'acció, serà millor donar-li un temps que reflexioni i es decideixi. Recordem, no obstant això, la importància que té aprofitar l'anomenada "finestra de canvi"(o moment adequat per actuar), i per tant, no deixar que se'ns escapi (per exemple, recordant-li les visites de control, etc.).

Els millors indicadors de compromís per al canvi per part del pacient són: una valoració realista de les dificultats presents, així com una dedicació seriosa al seu procés de canvi.

Així mateix convé veure la determinació com un estadi on els pacients sovint no han resolt totalment l'ambivalència. El compromís per al canvi no ens garanteix que aquest es produirà indefectiblement, que les estratègies que utilitzem seran eficaces, o que l'èxit, si es produeix, es mantindrà a llarg termini.

ESTADI D'ACCIÓ: IMPLEMENTANT EL PLA.

En aquest estadi el pacient ja ha pres una determinació per al canvi. El pacient observa com el procés de canvi es realitza fonamentalment per un mateix, sent freqüents les absències a les visites de control per aquest motiu.

Tant en el present estadi com en el de manteniment haurem d'estar molt atents en el seu seguiment, a fi de proporcionar suport i minimitzar la freqüència de les recaigudes, molt freqüents durant les primeres quatre setmanes.

L'estadi d'acció té una durada aproximada de 3 a 6 mesos per completar-se, a pesar que aquest període pot variar segons el tipus de conducta en qüestió, així com per les característiques de l'individu.

Les tasques més convenients en aquest estadi es resumeixen en:

1. Incrementar el sentit d'autoeficàcia dels pacients.
2. Proporcionar informació sobre altres models que hagin tingut èxit.

ESTADI DE MANTENIMENT

Definim com estadi de manteniment aquell en el qual el pacient continua observant la nova conducta de forma estable. El veritable canvi conductual, i especialment en el cas de les conductes addictives, es pot establir amb confiança quan observem un període d'abstinència d'alguns anys de durada.

En aquest estadi, i de forma progressiva, la nova conducta està fermament establerta, mentre que les amenaces de recaiguda o la tornada a conductes antigues cada vegada són menys freqüents i intenses.

A l'estadi de manteniment se li ha dedicat menys estudi quan es revisen els diferents programes de canvis conductuals, mentre que paradoxalment, el fenomen de les recaigudes és molt freqüent.

Convé doncs, veure com l'evolució natural del procés de canvi de conductes comporta, en la majoria dels casos recaigudes, i per tant, el tornar novament a un altre punt de la roda del canvi (precontemplació, contemplació, etc.).

MODEL DE PREVENCIÓ DE RECAIGUDES

Les recaigudes poden presentar-se tant en l'estadi d'acció com en el de manteniment. Poden ser degudes a factors externs a l'individu (treball, relacions socials, família, etc.) com a factors intraindividuals (estats emocionals negatius com la ira, la tristesa, etc.), o els mateixos efectes que produeixen la substància addictiva (de plaer al prendre-la, o de malestar per l'aparició d'una síndrome d'abstinència).

En cada cas ens trobarem uns determinats factors afavoridors que apareixen sota la forma de les denominades situacions d'alt risc de recaiguda.

Sovint, les recaigudes apareixen per una sensació de forta temptació o urgència que impossibilita afrontar-la amb èxit. En altres ocasions, les recaigudes apareixen quan l'individu "baixa la guàrdia" o es posa "a prova" amb l'antiga conducta.

Hem de distingir entre una caiguda ocasional d'una recaiguda mantinguda; generalment el procés de recaiguda no es desenvolupa automàticament sinó que ho fa a poc a poc una vegada apareix la primera ensopegada.

Les recaigudes han d'entendre's com un fenomen freqüent i normal en el procés del canvi, i fins i tot necessari en un context d'aprenentatge com és el canvi d'hàbits arrelats.

Les recaigudes poden induir l'aparició de sentiments d'incapacitat, i per tant, afavorir el tornar de manera continuada a la conducta prèvia. Frases conegudes serien: "no em veig capaç de deixar-lo", "és massa difícil per a mi", "no tinc suficient voluntat, això no és per a mi", " mai ho aconseguiré, són massa vegades intentant-ho", etc.

La valoració de les experiències prèvies respecte a la conducta en qüestió és necessària si volem treballar noves pautes d'actuació més adaptatives (més sanes en termes de salut). Convé avaluar els intents previs de canvi, així com els sentiments associats en l'aparició de la conducta (poden aparèixer de qualsevol tipus, des de sentiments de culpa i/o enuig, fins a sentiments agradables o de confort perquè alleugen situacions d'estrès o de malestar).

Pensar també durant la recaiguda en la presència de problemes no avaluats respecte al nivell de compromís per al canvi, problemes en la capacitat per afrontar la nova conducta (per una manca de desenvolupament d'habilitats generals o específiques), o la presència de situacions estressants de l'entorn que són crítiques per a un manteniment exitós del canvi.

En el present esquema es descriu a manera de resum el model de prevenció de recaigudes:

Les estratègies generals d'actuació per incrementar l'eficàcia del manteniment a llarg termini són:

1. Mantenir l'accessibilitat.
2. Desenvolupar un estil d'entrevista empàtic.
3. Avaluar les situacions d'alt risc.
4. Desenvolupar conjuntament amb el pacient noves habilitats d'enfrontament.
5. Proporcionar informació i *feedback*.

Mentre que les estratègies motivacionals tenen un paper més rellevant en els primers estadis del canvi (precontemplació, contemplació, determinació), el desenvolupament d'habilitats d'enfrontament i un adequat sentiment d'autoeficàcia són els aspectes fonamentals dels últims estadis del canvi (acció i manteniment).

Si els pacients mostren suficients habilitats i estan capacitats per a afrontar el canvi, llavors només caldrà atendre'ls mitjançant estratègies motivacionals. En altres casos precisarem la col·laboració de professionals experts en l'entrenament d'habilitats socials o d'un abordatge psicoterapèutic més profund, quan les limitacions del pacient així ens ho indiquin.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL BREU

Cada dia té més rellevància per a l'Atenció Primària de Salut l'aplicació dels principis de l'entrevista motivacional en el context de la nostra feina diària, caracteritzat per un escàs temps de consulta i la presència d'un ampli ventall de situacions que requereixen canvis conductuals profunds per a la seva resolució.

Dos principis bàsics centren aquest plantejament: per una banda desenvolupar una entrevista que eviti la confrontació amb el pacient, situació freqüentment observada quan el professional centra la seva estratègia a proporcionar informació i el pacient no està segur si desitja realitzar un canvi. En segon lloc, facilitar que verbalitzi motius de preocupació per la conducta desenvolupada pel pacient.

Aquests dos principis afavoreixen una major conscienciació del pacient respecte a la seva conducta al mateix temps que s'incrementen els nivells de autorresponsabilització en la presa de decisions. Aquesta aproximació es compatibilitza amb la important tasca de proporcionar informació personalitzada.

Els professionals hem d'arribar a, en primer lloc, un equilibri entre intervenir activament i escoltar, afavorint que sigui el pacient qui faci la tasca de decidir el que consideri més convenient. L'entrevista motivacional breu pot desenvolupar-se tota ella en una mateixa sessió. Comporta quatre moments diferenciats:

1. Obertura de l'entrevista.
2. Exploració de motius de preocupació.
3. Elecció d'opcions per al canvi.
- 4 . Finalització de l'entrevista.

A manera de resum, la denominada entrevista motivacional breu pot desenvolupar-se seguint una sèrie d'habilitats de forma cíclica:

- 1º S'introdueix un tema/problema mitjançant una pregunta oberta.
- 2º Això comporta que el pacient comenci a elaborar sobre el mateix.
- 3º L'elaboració es manté i es desenvolupa de manera més eficaç a través de l'escolta reflexiva i la utilització de més preguntes obertes.
- 4º Si desitgem canviar d'adreça o introduir un altre tema/problema, hauríem de realitzar un sumari del que s'ha dit i posteriorment afegir una nova pregunta oberta.
- 5º L'entrevista pot continuar-se reiniciant el cicle de pregunta oberta escolta reflexiva més preguntes obertes sumari nova pregunta oberta.

Continuant la filosofia d'un continuum pels diferents estadis de canvi, considerarem que s'han desenvolupat una adequada entrevista motivacional, si aconseguim que el pacient hagi transitat (per poc que pugui semblar aparentment) a través d'aquest procés, cap a una presa de decisions.

BIBLIOGRAFIA

- Borrell, F. Manual de Entrevista Clínica. Ed. Doyma. Barcelona. 1989
- Borrell F. Estrategias para el cambio. Ponencia presentada en el Simposium Internacional sobre el Modelo Biopsicosocial. Córdoba. 1992
- Bosch, Casals, Cebrià y Massons. Entrevista Motivacional. Ponencia presentada en el XIV Congreso de la SEMFYC. Libro de ponencias. Madrid. Nov. 1994.
- Burón, J. Motivación y aprendizaje. Ed. Mensajero. Bilbao 1994
- Carnwath, T. Psicoterapia conductual en Asistencia Primaria: Manuel práctico. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martinez Roca. Barcelona, 1989.
- Correll, W. Psicología de las relaciones humanas. Ed. Herder nº.90. Barcelona. 1981.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Ajudeu el vostre pacient a deixar de fumar. Barcelona, 1993.
- Gracia, José Luis. Conductas adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento. ed. Debate. Madrid 1994.
- Maklatt, G.A. y Gordon, J.R. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press. New York, 1985.
- Mayor, L. y Tortosa, F. Ambitos de aplicación de la psicología motivacional. Ed. DDB, Bilbao. 1990
- Miller, W.R. y Rollwick, S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. The Guilford Press. New York. 1991.
- O'Hanlon, W.H. En busca de soluciones. Col. Terapia familiar. Ed. Paidós. Barcelona.
- Ockene, J.K. y Ockene, I. Prevención de la cardiopatía coronaria. Ed. Omega. Barcelona. 1993.
- Papp, P. El proceso del cambio. Col. Terapia familiar. Ed. Paidós. Barcelona, 1991.
- Prochaska, J. y Di Clemente, C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Counseling and clinical Psych 1983; 51:390-5.
- RCGP. Cours for change on primary health care. Tutor guide. London. 1991.
- Rodriguez Martos, A. Papel de la Atención Primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo del alcohol. Motivación para el cambio. Atención Primaria, 14 nº 4:743-751.
- Rodriguez Martos, A. Manual de alcoholismo para el Médico de cabecera. Ed. Salvat. Barcelona, 1989.
- Tizon, J.L. Componentes psicológicos de la práctica médica. Ed. Doyma. Barcelona.
- Watzlawick, P. et al. Cambio. Ed. Herder nº35. Barcelona. 1978.