

ENTREVISTA CLÍNICA:

La MOTIVACIÓN para el CAMBIO

MANUAL del ALUMNO

Grupo Comunicación y Salud

¿QUÉ HACEN LOS PROFESIONALES HABITUALMENTE PARA APOYAR O PROMOVER CAMBIOS EN SUS PACIENTES?

Para crear un marco idóneo para la negociación debemos tener en cuenta 4 puntos:

- 1.- El análisis de la Comunicación No Verbal (C.N.V.) y de las interferencias.
- 2.- El diseño de un plan de entrevista.
- 3.- Las técnicas que facilitan la narración.
- 4.- Las habilidades en las negociaciones.

Ejercicio: Repasaremos ahora estas técnicas con el caso práctico:

Anota aquí tus observaciones:

-
-
-
-
-

Puntos clave:

- Importancia de la información bien emitida.
- Respuesta justificativa vs. evaluativa.
- Importancia del clima.
- Habilidades de negociación.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA CONDUCTA

A menudo pensamos que el éxito de cada intento dependerá de la "**voluntad**" de una persona cuando, en realidad, aquella no es otra cosa que la "**motivación**". La motivación entendida como el proceso de activación, dirección y persistencia de la conducta. Que en cierta forma, es el motor de la actitud.

La motivación es como la gasolina del coche, incluso con poca se puede arrancar con fuerza, pero sólo si el depósito está bien lleno se llega al destino.

Para empezar a ahondar en las habilidades negociadoras que permiten incrementar la motivación para hacer un cambio de estilo de vida, conviene que repasemos algunos conceptos básicos.

En primer lugar, conviene que nos detengamos en aquello que está justamente subyacente en la conducta: las actitudes.

LAS ACTITUDES

Las actitudes son predisposiciones a responder de una determinada manera hacia un objeto o persona. Están más consolidadas que una motivación o una disposición de ánimo, pero menos fijadas que el temperamento.

Ejercicio.- Veamos un ejemplo. Anota aquí tus observaciones:

-

-

-

4-

Características de las actitudes

Una actitud se puede dividir en tres variables o partes principales: el objeto, la dirección y la intensidad.

- Objeto
- Dirección
- Intensidad o valencia

Además, en una conducta determinada hay un nivel cognitivo o intelectual, un nivel afectivo o emocional y un nivel conativo o conductual. Así, las actitudes tienen tres componentes:

- Cognitivo
- Conductual
- Afectivo

En el mantenimiento de las actitudes confluyen diferentes elementos de carácter emocional, cognitivo y conductual, que actúan conjuntamente y con un peso diferente en cada individuo y hábito, y a menudo sin una aparente lógica que les sostenga.

La conducta humana se compone de resortes condicionados y ciegos que no tienen nada que ver con la voluntad de cambio, ni con la racionalidad de unos argumentos. También se compone de oscuros beneficios contradictorios e incluso absurdos para el espectador que ignora la realidad profunda del paciente .

Repasaremos ahora, rápidamente, algunas teorías que intentan aportar alguna explicación sobre los elementos que intervienen constantemente en el momento de tomar decisiones (respecto temas de salud u otros).

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL (TAS)

La TAS supone que la mayoría de las conductas son aprendidas y que por tanto, pueden ser desaprendidas o alteradas.

Ejercicio: Veamos un ejemplo. Anota aquí tus observaciones:

-
-
-
-
-
-

Desde esta óptica, los determinantes de la conducta son múltiples y con interacción recíproca. Se considera que pueden incluir cuatro grupos de factores:

- 1.- Características personales del individuo (factores cognitivos, de personalidad y culturales según procedencia).
- 2.- Influencias del entorno social, cultural y/o económico, incluyendo la publicidad y la política.
- 3.- Otras conductas asociadas, como p.ej. tomar una taza de café puede desencadenar la conducta de comer un trozo de pastel o fumar un cigarrillo.
- 4.- Factores fisiológicos y/o farmacológicos que afecten a conductas adictivas y/o habituales como el tabaquismo, los patrones de alimentación, el consumo de alcohol y otras drogodependencias.

La TAS supone también que se produce un **condicionante cognitivo**, es decir, una unión de pensamientos o sensaciones a una conducta específica cuando estas conductas se convierten en hábitos. P.ej. una persona puede

comer siempre que tenga un pensamiento que le causa ansiedad porque en el pasado observó (aprendió) que la comida le reducía la ansiedad. Estos deseos pueden aparecer tan rápidamente que la persona no llegue a ser consciente de la asociación desencadenante.

Las estrategias de modificación de conducta deberán ser de un tipo que ayuden al paciente a identificar los desencadenantes, a encontrar cuáles son sus refuerzos de conducta, a comprender cómo y cuando actúan y cómo controlar estos desencadenantes, y a encontrar refuerzos para las conductas de prevención.

Otro de los sistemas que busca dar explicaciones sobre los elementos que intervienen constantemente en el momento de tomar decisiones sobre temas de salud es:

EL MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (MCS) o Health Belief Model (HBM).

El HBM o MCS observa qué es lo que hace la gente cuando emprende una acción preventiva. Sugiere que la motivación conductual y la consecución de objetivos está gobernada por dos factores principales. Uno de ellos es la percepción para el individuo del valor de conseguir un objetivo de salud, y otro, su creencia de que hacer una acción específica para su salud resultará eficaz para preservarla.

Ejercicio: Veamos ahora un caso. Anota aquí tus observaciones:

-

-

Este modelo nos propone cuatro dimensiones específicas:

- 1 Susceptibilidad percibida**, sentimiento de vulnerabilidad respecto de una condición dada: ¿Cual es el nivel de amenaza para su salud?

- 2 **Severidad percibida**, sentimiento sobre la seriedad de la amenaza de enfermedad: ¿Hasta que punto puede ser de seria la enfermedad para él?.
- 3 **Beneficios percibidos**, creencias en los beneficios de la acción: ¿Qué beneficios obtendrá por dejar de hacer cosas que le gustan desde hace años?.
- 4 **Barreras percibidas**, al hacer balance entre las ventajas y desventajas u obstáculos de una acción propuesta: ¿Puede hacer lo que se le pide?, ¿puede esperar ayuda?.

El HBM o MCS apunta que ciertos puntos "claves" provocan que el individuo tome la decisión de hacer alguna cosa positiva sobre su salud. La señal para la acción puede ser "**interna**", como una preocupación sobre nuestra salud o la enfermedad de alguien cercano; o "**externa**", respondiendo a influencias del entorno como los medios de comunicación, familia, amigos, clima social dominante o una invitación de los "proveedores" de atención sanitaria.

El peso más específico, más importante, en el mantenimiento de un hábito es su componente emocional. (Cuánto placer obtiene en hacerlo o cuánto desplacer le causa no hacerlo).

Otro de los sistemas que busca dar explicaciones sobre los elementos que intervienen constantemente en el momento de tomar decisiones sobre temas de salud es:

LOCUS DE CONTROL (L.C.)

Es la creencia que una persona tiene sobre si puede o no, y cuánto, influir en las cosas. Se acepta que si un individuo no espera resultados positivos de su acción, no actuará. Si piensa que él posee el control de los resultados de sus

acciones se dice que la persona tiene un "**lugar de control internalizado**". Si por el contrario piensa que el control de los acontecimientos no está en sus manos (suerte, intercesión divina o de otros, estado, ...) diremos que la persona tiene un "**lugar de control externalizado**".

P.ej. si un alcohólico afirma que bebe porque recibe muchas presiones de los otros, que empezó por casualidad, y que necesita medicinas para dejarlo, su "**lugar de control**" posiblemente sea externo en este campo, y el pronóstico de éxito bastante dudoso.

EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA (A.E.)

Es la creencia que una persona tiene sobre si puede tener o no, y cuánto éxito en un proyecto determinado. Incluiría:

- la autoconfianza en la capacidad para cambiar, y
- el sentido de autoeficacia para lograr un cambio.

Hay una serie de factores que intervienen en el propio sentido de AUTOEFICACIA delante de una tarea, para cada persona:

- 1.- Experiencias propias de éxitos anteriores
- 2.- Experiencia vicaria
 - diferencias entre el modelo y el observador
 - resultados claros del modelo
 - ver diferentes modelos
 - esfuerzo de los modelos para conseguirlo
- 3.- Persuasión verbal
- 4.- Interferencias emocionales

Los conceptos anteriores son como los indicadores económicos: buenos descriptores pero malos predictores de los cambios en la gente.

Cuando ya tenemos un panorama a vista de pájaro de los elementos que in-

tervienen en las decisiones que tomamos respecto de nuestra salud, pasaremos a profundizar en las estrategias de entrevista que pueden favorecer que la gente se motive en promover cambios en su vida.

LA MOTIVACIÓN

La motivación sería un estado interno de disposición o ansia para efectuar una conducta (p.ej. cambiar un hábito), puede fluctuar de una situación a otra, y puede ser modulada e influenciada por factores internos y externos.

En la mayoría de las motivaciones, el substrato emocional de la actitud se hace prevalente. Sólo en base a una fuerte motivación previa es posible afrontar con éxito la "*tentación*" y vencerla.

La motivación es el elemento necesario para poner en marcha el motor del cambio. Esta motivación "sobrenada en un mar" de motivaciones subyacentes:

Unas son **internas** (necesarias para la homeostasis del organismo) y, otras, **externas** o secundarias y dependientes de un aprendizaje previo.

- Aceptación social
- Seguridad y/o protección
- Confianza
- Amor propio y autoimagen
- Independencia y responsabilidad

La motivación para realizar una determinada conducta, especialmente si ésta se ha de repetir de forma continuada, nace cuando el individuo que hace una evaluación de la realidad (interna o externa), dibuja con suficiente nitidez un objetivo o finalidad para llevar a cabo esta conducta.

El significado que otorgamos a las cosas y a nosotros mismos hace que constantemente se nos vayan dibujando objetivos a todos los niveles.

Estos objetivos son en realidad los que marcan la intensidad de la motivación.

- - - - -

A continuación trabajaremos unos conceptos que acabaran de permitir una aproximación a los fenómenos psicológicos implicados en la motivación humana.

LA AMBIVALENCIA

La ambivalencia es un estado mental donde coexisten sentimientos contrapuestos respecto a alguna cosa.

La ambivalencia está presente en casi todos nuestros actos y aún más en las conductas adictivas. Si ignorando esta ambivalencia el profesional se lanza a educar y persuadir al paciente de que el problema es serio y que ha de cambiar, es más que probable que esta estrategia provoque resistencias en el paciente y pueda darse una situación paradójicamente antiterapéutica.

Trabajar la ambivalencia equivale a trabajar el núcleo del problema. Significa trabajar para que el paciente resuelva el conflicto y se mueva hacia el cambio. A menudo sucede que el llamado problema de falta de motivación de muchos pacientes, no es más que un problema de ambivalencia.

- Balanza (báscula) entre elementos positivos y negativos
- Balanza entre costos y beneficios
- Balanza entre elementos racionales e irracionales

Religados con la ambivalencia podemos repasar estos otros conceptos:

Clave para actuar

Algo debe suceder para disparar los estímulos y las percepciones necesarias, y conducirnos al cambio.

"Momento de oportunidad"

Saberlo aprovechar cuando se dé.

Disonancia cognitiva

Entre conocimientos/informaciones y conductas "viejas " que se mantienen.

Reactancia psicológica

Reacción de rechazo. Es un fenómeno natural que hemos de saber comprender y aceptar si queremos ayudar a aumentar la motivación para el cambio.

.....

TIPOS DE ENTREVISTAS PARA EL CAMBIO DE HÁBITOS

MODELO	NIVEL ACTITUDINAL
COERCITIVO ----->	Triple
INFORMATIVO----->	Cognitivo Superficial Cognitivo profundo +
ARGUMENTATIVO----->	Conductual +
PERSUASIVO ----->	Emocional superficial +
MOTIVACIONAL ----->	Emocional profundo

Análisis comparativo entre los modelos informativo y motivacional

No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar un beneficio. Tampoco nadie empieza un cambio si no tiene claro que "podrá

con él". La magnitud de la tarea es una percepción subjetiva que no tiene nada que ver con la realidad.

Por esto, señalamos seguidamente las diferencias básicas entre la aproximación de la Entrevista Motivacional centrada en el paciente y la entrevista basada en el modelo informativo clásico:

<u>Modelo informativo</u>	vs.	<u>Modelo motivacional</u>
Da consejos expertos----->		Estimula la motivación
Intenta persuadir ----->		Favorece el posicionamiento
Repite los consejos ----->		Resume los puntos de vista del paciente
Actúa con autoridad ----->		Aproximación colaboradora
Es rápido ----->		Es de aplicación progresiva

-

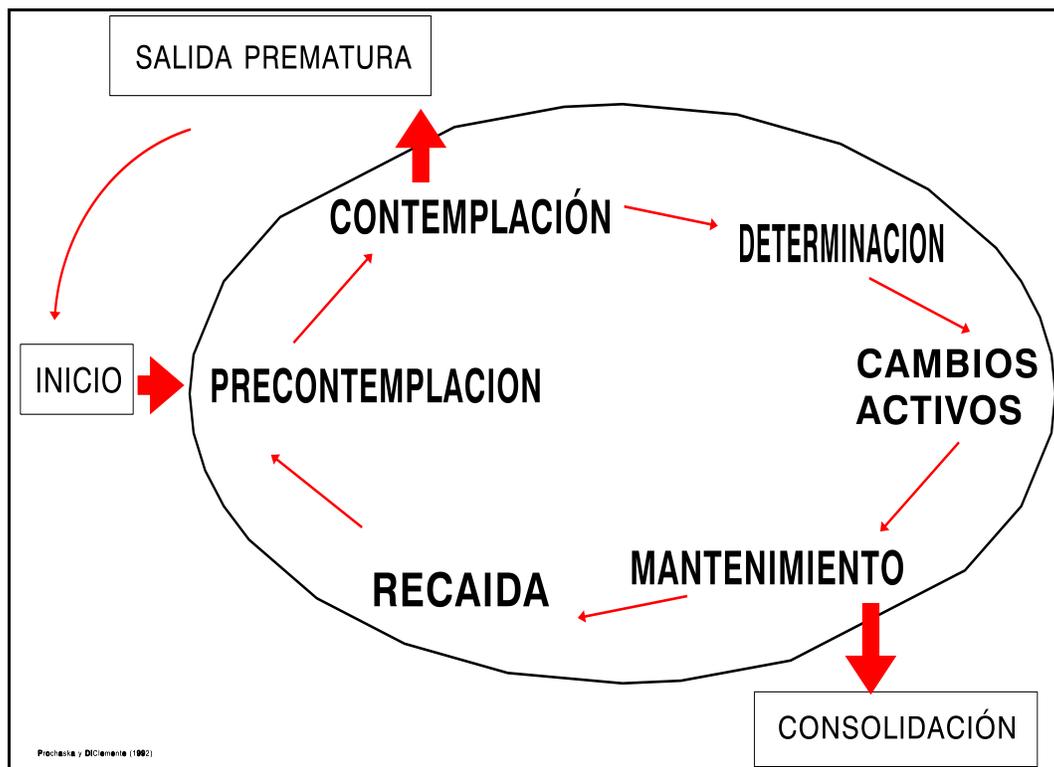
-

Parece claro pues que, y para ser realistas, las actividades de tipo preventivo deben tener en cuenta los motivos que mueven la activación y ejecución de conductas de salud y los procesos que intervienen en cada persona. En este sentido, un primer elemento en el camino hacia una mejora de las habilidades comunicacionales en este terreno sería considerar las condiciones y fuerzas que conducen al cambio de conductas insanas por otras más saludables.

EL MODELO DE ESTADIOS DEL CAMBIO

Es uno de los modelos teóricos más importantes de la E.M.

Estudiando procesos de cambio en la gente, Prochaska y Di Clemente, encontraron que las personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida, pasan a través de una serie de estadios de cambio. Cada estadio registra una actitud mental diferente y también implica un tipo de motivación diferente. Describieron los siguientes: Precontemplación, contemplación, determinación, cambio, mantenimiento y recaída.



Precontemplación

La gente no ve (o no quiere ver) ningún problema en su conducta o en su manera de hacer.

El paciente en este estadio afirma cosas cómo:

-
-

Contemplación

La persona está más abierta a considerar los problemas de su hábito. Comienza a sopesar los pros y los contras de su conducta, a pesar de no verse todavía con ánimo de intentar un cambio.

El paciente en este estadio afirma cosas como:

-
-

Determinación

En este momento de la rueda, el individuo, después de enfrentarse con el problema decide intentar un cambio. Requiere tener la confianza de poder controlar la nueva conducta.

El paciente en este estadio afirma cosas como:

-
-
-

Cambios activos

En el estadio de acción, las personas toman no solamente la decisión sino que la ponen en práctica..

El paciente en este estadio afirma cosas como:

-
-

Mantenimiento

El sujeto ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo, ya que las "tentaciones" (y atracción por la conducta antigua) a pesar de que comiencen a declinar todavía están presentes, y continúan apareciendo durante el estadio de mantenimiento.

El paciente en este estadio afirma cosas como:

-
-

Recaída

Se retorna a las conductas anteriores.

El paciente en este estadio afirma cosas como:

-
-

Concepto de la espiral del cambio.

-

Los estadios descritos por Prochaska i Di Clemente se dan tanto si los cambios son espontáneamente realizados por cada persona, como si son consecuencia de la ayuda de terceros. Esto significa que mucha gente puede cambiar sus hábitos adictivos sin una ayuda externa formal. También significa que el profesional tiene que estar muy atento a la comunicación verbal y no verbal del paciente para saber en que estadio se encuentra.

El modelo de estadios del cambio permite una perspectiva más global del paciente y del hábito, a la vez que facilita la aplicación práctica en la consulta del profesional de Atención Primaria, de estrategias adaptadas a cada estadio.

Desde este punto de vista, frecuentemente las resistencias aparecen cuando el profesional utiliza estrategias inadecuadas al estadio del paciente, o cuando no se utilizan correctamente.

Cuando los profesionales de Atención Primaria se enfrentan al sufrimiento de los pacientes o de sus familias, existe la tentación de intentar ir directamente al estadio de acción y comenzar a prescribir objetivos y recetas para el cambio.

Si el paciente comienza con el: "sí,... pero..." típico del estadio de contemplación, probablemente será interpretado como una resistencia, o como verdaderas excusas para no tener que intentarlo. Si el profesional comienza a argumentar para convencer, inmediatamente se consolida la respuesta de resistencia, cerrándose un círculo que tenderá a autoperpetuarse.

Este primer principio nos va conduciendo a introducirnos en las estrategias de negociación del cambio de hábitos que llamamos Entrevista Motivacional.

CONCEPTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La Entrevista Motivacional (E.M.) consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades comunicacionales de los profesionales de Atención Primaria

No pretende cambiar el estilo de trabajo propio de cada uno, sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleados en promover cambios de conducta en la gente.

Características de la entrevista motivacional

- * Identifica el estadio del cambio
- * Persigue que el paciente se posicione
- * Predominio del reencuadre sobre elementos informativos
- * Centrada en la experiencia del consultante

La Entrevista Motivacional, permite al profesional de Atención Primaria la aplicación de una serie de habilidades comunicacionales centradas en la experiencia del paciente, en un clima empático, tolerante y de cooperación mutua, respetando siempre sus últimas decisiones. Con esto trasladamos el peso de la decisión al propio paciente. El es, en última instancia quien decidirá sobre el cambio o no cambio, y como lo llevará a cabo: los profesionales sanitarios podemos ayudar apoyando el proceso de la toma de decisiones del paciente, teniendo en cuenta siempre cual es el nivel de motivación basal en cada caso.

Por consiguiente, no se trataría tanto de forzar una "**transfusión de voluntad**" como de provocar un "**autotransplante**" de motivación dentro del mismo individuo. Es decir, en parte, consistiría en internalizar el Locus de Control respecto a la conducta indeseada, a partir de la percepción de eficacia que tenga en otros aspectos de su vida en los que el paciente haya conseguido un éxito.

Esta aproximación implica que:

1. La motivación pertenece a cada uno, pero puede ser influenciada por conversaciones entre el profesional de la salud y el mismo paciente.
2. A pesar de ello, las decisiones pertenecen a cada persona, y cada uno tiene que vivir con ellas.

Implica el establecimiento del nivel de motivación en el que se encuentra el paciente y qué es el que lo motiva, para ayudarlo a moverse a través de los estadios, tomando decisiones para el cambio. Implica también escuchar a los pacientes, facilitándoles que hablen de sus problemas y preocupaciones, sobre sus patrones de conducta, obteniendo información sobre ellos y negociando objetivos. Todo ello con la finalidad de hacer emerger un nivel de conflicto o contradicción entre lo que piensa que tendría que hacer y lo que hace realmente.

La Entrevista Motivacional es más apropiada para la gente que se encuentra en estadio de Contemplación (y que por tanto ya experimenten algún conflicto

con alguna de sus conductas). Antes no hay conflicto: la balanza de la motivación (cambio o no cambio) está claramente inclinada del lado de no cambio. En el estadio de contemplación los brazos están equilibrados: sólo hay que incrementar el conflicto y conducirlo para producir un claro escoramiento hacia el cambio.

De forma académica, y para facilitar el estudio y la aplicación de estos principios, podemos dividir la E.M en varias fases. Esta división no siempre se cumple pero es recomendable tener presente este esquema:

ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
FASE:	TAREAS:
POSICIONAMIENTO	Priorizar Estadear Elaborar Mapa de creencias Elicitar: Locus de control, Ambivalencia Trabajar las contradicciones Evitar las resistencias Aumentar la autoeficacia Trabajar la automotivación
REFLEXIÓN	Incrementar el conflicto y/o las contradicciones
ACCIÓN	Verbalizar el compromiso de cambio Desarrollar un plan de actuación conjunto
MANTENIMIENTO	Prevención de recaídas
RECAÍDA	Incrementar la autoestima y la autoeficacia Proporcionar Feed-back

Al inicio de la entrevista motivacional, cuando ya se ha conseguido el clima colaborativo adecuado, hay que ayudar al paciente para que incremente su percepción sobre la conducta problema.

Para poder influir en el paciente es necesario establecer el punto motivacional donde se encuentra, es decir *posicionarlo*. Por esta razón, es necesario que tenga la oportunidad de expresar tan claramente como pueda sus preocupaciones, y a con sus propias palabras.

Para esta primera fase es preciso utilizar un estilo de entrevista basado en unos principios básicos:

La entrevista motivacional se basa en cinco principios:

- 1.- Expresar empatía
- 2.- Desarrollar la discrepancia
- 3.- Evitar argumentar
- 4.- Trabajar las resistencias
- 5.- Dar apoyo al sentido de autoeficacia

CONDICIONES PARA ENTRAR EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Elementos escalonados recomendables para establecer un buen inicio de entrevista motivacional:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Conseguir una buena relación terapéutica (habilidades de entrevista tanto de escucha como de habla)2. Uso de técnicas de entrevista para profundizar en el conocimiento del consultante3. Utilización de soporte escrito (especialmente la hoja de condicionantes y problemas de orientación Biopsicosocial al día) |
|--|

4. Elección de la persona y el momento adecuados en función de la carga de trabajo (Técnicas de gestión del tiempo)
5. Abordaje sistematizado (ver preguntas de entrada y comodín)
6. Aplicar estrategias adaptadas una vez el consultante ha sido estadiado.

La primera tarea en la E.M. es el posicionamiento del paciente. En la fase de posicionamiento, el profesional debe plantearse tres metas principales: a) Priorizar el hábito a tratar, b) estadiarlo y, c) elaborar un mapa de creencias. También se inicia paralelamente una reflexión conjunta sobre los pros y contras de la conducta problema.

Todos tendemos a creernos con mayor fuerza aquello que nos oímos decir a nosotros mismos: Como más razones se pongan en el lado del cambio, más poderosas serán las razones para intentarlo.

Durante la consulta el paciente, a veces, explica preocupaciones o sentimientos respecto hábitos de su vida. Hay que estar atentos a estas verbalizaciones espontáneas que nos indican la emergencia de una toma de consciencia del paciente respecto alguna cosa que no funciona de su vida. Esta es una vía de entrada a la E.M.

Por ejemplo:

- 1.- "Fumar me limita la respiración"
- 2.- "Quisiera conseguir hacer más ejercicio"
- 3.- "Es superior a mí, lo reconozco, pero a pesar de no quedarme tranquila, no voy a hacerme la revisión ginecológica cuando estoy citada".

Aquí es cuando podemos decidir ayudar al paciente. En esta fase, animamos a los pacientes para que expliquen más cosas sobre porqué quieren cambiar algún hábito.

Nos centraremos en cinco técnicas básicas llamadas de apoyo narrativo:

- 1.- Hacer preguntas abiertas sobre qué es el que los preocupa.
- 2.- Ejercitar la escucha reflexiva.
- 3.- Hacer sumarios intentando destacar lo más crucial de lo que se ha dicho.
- 4.- Destacar los aspectos positivos de lo que se ha dicho y que no son preocupaciones.
- 5.- Favorecer y provocar afirmaciones de automotivación.

Veámoslas una por una:

Preguntas abiertas

Las preguntas abiertas son aquellas que no pueden ser contestadas solamente con una o dos palabras a diferencia de las cerradas. Las primeras invitan a un amplio abanico de posibilidades en la respuesta. Permiten y animan al paciente a explicarse incrementando así su percepción del problema. La gente cuando habla no solo rememora: básicamente elabora información y emociones asociadas a lo que va diciendo.

Ejemplos

"¿Cómo se siente fumando la cantidad que consume?"

"¿Qué le preocupa al ver estos análisis?"

Ninguna de estas preguntas puede ser, en principio contestada de manera sencilla. Ayudan a que la persona se abra, y lo animan a que siga hablando. Una buena manera de comenzar una estrategia motivacional es con una pregunta abierta del tipo: "¿Que aspectos de su salud lo preocupan más?"

Las preguntas abiertas son básicamente desbloqueadoras y dan oportunidades durante la entrevista de utilizar otras técnicas. También acostumbran a ser el puente de entrada de una consulta cualquiera de APS a la E.M.

preguntas abiertas requieren una buena dosis de contención emocional y un estilo de entrevista de baja reactividad

Escucha reflexiva

Es una de las habilidades cruciales de la entrevista motivacional. Es un tipo de escucha que precisa de mucha concentración. Aquí el profesional no se limita a "escuchar" lo que dice el paciente, sino que se responde a lo que el paciente va diciendo, reflejándolo. No es por tanto un proceso pasivo. El profesional es quien decide que es lo que refleja y que es lo que ignora, que se ha de enfatizar y que palabras usar.

Con esto se pretende favorecer tantas afirmaciones de preocupación como sea posible. Una manera de conseguir que una conducta se repita es recompensarla. Las recompensas pueden ser de muchas clases, pero en el marco de la entrevista, una muy fuerte es ofrecer atención empática y comprensiva sin emitir juicios, sin dar seguridades prematuras, ni soluciones. Es decir sin poner "barricadas" al discurso del paciente.

El siguiente listado subraya las respuestas que NO son propias de una escucha profesional:

1. Ordenar, dirigir, imponer
2. Advertir o asustar
3. Dar consejos, hacer sugerencias o dar soluciones
4. Persuadir con la lógica, o con "argumentos de la ciencia"
5. Moralizar, sermonear o decir que lo que tendrían que hacer
6. Juzgar, mostrar desacuerdo, criticar o culpabilizar
7. Mostrar acuerdo, aprobar o alabar
8. Avergonzar, ridiculizar o etiquetar
9. Interpretar o analizar
10. Tranquilizar, dar muestras de simpatía o consolar
11. Interrogar o sondear
12. Desentenderse, desconcertar, hacer broma

(Gordon, 1970)

Este tipo de respuestas son llamadas "**barricadas**" porque se cruzan en el camino del discurso del paciente. Tienen el mismo efecto que las barricadas: parar, bloquear, desviar, cambiar de dirección.

El profesional lo que suele hacer es estar callado el tiempo necesario para encontrar una respuesta de las de la lista y luego soltarla. El mensaje subyacente es "Escúchame, yo lo sé mejor". En lugar de facilitarle que explore su situación, el paciente debe manejarse con la barricada.

La esencia de una escucha reflexiva es intentar adivinar qué intenta decir la persona. Se trata de decodificar el significado real de lo que realmente quiere decir.. Después se le retorna en forma de afirmación.

Las afirmaciones de escucha reflexiva pueden ser bastante simples, o hacerse más complejas. Se pueden definir cuatro niveles de profundidad:

- 1. Repetir.** Es la más simple, y el profesional repite un elemento de los que ha dicho el paciente.
- 2. Refrasear.** El profesional está próximo a lo que ha dicho el paciente pero substituye algunas palabras por sinónimos o altera ligeramente lo que se ha dicho clarificándolo.
- 3. Parafrasear.** Aquí el profesional infiere el significado de lo que se ha dicho y lo refleja con nuevas palabras. Con esto se añade y amplía todo lo dicho hasta el momento.
- 4. Reflexión de sentimiento.** Es la forma más profunda de reflexión. Es una paráfrasis con énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos etc. (señalamiento emocional)

En general las reflexiones mas sencillas (1 y 2) se usan primeramente cuando el sentido de la conversación es menos claro; para luego profundizar a medida que va aumentando la comprensión.

Las formulaciones de entrada son del tipo: Eso suena como si..., Parece que te sientes...., Así que tu...., Piensas que esto...., etc.

Las frases por reflexión son fáciles de entender, pero difíciles de practicar. Es preciso ejercitarse en su uso hasta conseguir un buen adiestramiento.

Ejercicio escucha reflexiva: A continuación nos ejercitaremos en habilidades de escucha reflexiva. Hay que hacer una frase para reflexionar a las afirmaciones que a continuación se muestran.

Con la situación que tengo ahora mismo en casa, dudo mucho que pudiera dejar el tabaco..

.....
.

Hasta cuando no bebo, parece que me olvido más de las cosas y que me cuesta pensar con claridad...

.....
.

Es inútil, sé que no me adelgazaré nunca. Pienso que si estoy gorda es porque me lo merezco..

.....
.

He dejado de pincharme otras veces, pero cuando vuelvo con los colegas es muy difícil no caer...

Hacer sumarios

Los sumarios pueden ser utilizados para poner en conjunto el material que se ha ido comentando. Refuerza todo lo que se ha dicho de importante, muestra que se ha escuchado con atención y prepara el paciente para proseguir. Asimismo, cuando se hacen afirmaciones de automotivación sirve para que el paciente las escuche por tercera vez.

Los sumarios ponen en evidencia esencialmente la ambivalencia del individuo. La típica experiencia de ambivalencia es oscilar adelante y atrás con las razones para cambiar y las razones para no hacerlo.

Un sumario es una manera de permitir que la persona examine **simultáneamente** las razones en pro y en contra viendo las dos como presentes. Frases-nexo como "Por un lado...y por otro" y/o "al mismo tiempo..." pueden ser útiles.

Los sumarios deben hacerse frecuentemente, utilizando tanto como sea posible las expresiones y metáforas del paciente.

Los sumarios son espacios para una descripción precisa de lo que el paciente nos acaba de decir, no para exponer lo que nosotros pensamos

Destacar los aspectos positivos de lo que ha dicho el paciente (reestructuración positiva).

Deben recompensarse las afirmaciones de preocupación para animar a que el paciente nos verbalice más. El problema es qué hacemos con las afirmaciones que expresan razones de no cambio. Para estas últimas es fundamental no entrar a argumentarlas como ya se ha comentado antes. Muchas veces deberemos buscar la interpretación más positiva que podamos.

En la fase de contemplación la gente suele tener bajos niveles de autoestima o poca confianza en sus habilidades para cambiar. Las reestructuraciones positivas sirven para rehabilitar la autoestima y el sentido de autoconfianza del paciente. Si se hace con habilidad esta técnica puede movilizar el proceso hacia delante.

***Las palabras del profesional tienen mucho impacto en el sistema de creencias del paciente:
Hay que escoger de forma precisa el qué y el cómo se dicen las cosas.***

Propiciar y provocar afirmaciones de automotivación

Consiste en que, mediante un conjunto de técnicas, el paciente se desprege de la ambivalencia y avance hacia una decisión, siempre resolviendo esta ambivalencia. Este es un principio básico de la Entrevista motivacional: tiene que ser el paciente el que presente los argumentos para cambiar. El trabajo del profesional es facilitar la expresión de estos argumentos.

Las argumentaciones o afirmaciones automotivacionales san de cuatro categorías:

Reconocimiento del problema

Expresión de preocupación

Intención de cambio

Optimismo

Una manera directa de provocar afirmaciones de automotivación consiste en preguntar. Las llamamos preguntas **evocadoras** y tienen la finalidad de explorar las percepciones y preocupaciones. Como regla general se asume que la persona se siente ambivalente y que por tanto tiene motivo de preocupación.

Idealmente se tiene que conseguir que el paciente llegue a querer convencernos de la necesidad de que él cambie.

Cuando la persona tenga una actitud colaboradora y haya creado un clima de concentración, mediante las 5 técnicas comentadas anteriormente, hay que ir avanzando hacia la determinación de cambio. La estrategia general se basa en profundizar en el nivel de conflicto. Para conseguirlo, existen diferentes líneas de trabajo durante la entrevista.

Explorar el nivel de autoestima y de autoeficacia y, si es posible, el nivel de locus de control interno.

Reestructurar las creencias de ineficacia i los sentimientos de inferioridad o de falta de control interno, no en base a transfusiones de alargamientos sino de manera práctica a partir de sus experiencias vitales (será difícil encontrar alguien que no haya tenido experiencias de éxito).

Empezar por propósitos relativamente fáciles de conseguir para poder fortalecer este sentimiento de autoconfianza en sus propias fuerzas .

Aportar elementos de resolución de situaciones concretas. Mostrar como otros en las mismas circunstancias lo han conseguido. Provocar la verbalización i consolidación de los elementos más racionales.

Mostrar de la manera más nítida posible los objetivos de salud respecto a la nueva conducta.

Para que el diálogo sea fluido y eficaz, hay que conocer algunas técnicas concretas que permitan unir la conversación y dirigirla en la dirección del cambio. Estas últimas son más útiles en las visitas sucesivas cuando el paciente empieza a incrementar la consciencia respecto a su hábito.

Técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio

Son técnicas que se derivan de los principios explicados antes:

- 1.- Reforzar verbalmente y no verbal las afirmaciones de automotivación.
- 2.- Razonar los aspectos positivos y negativos de la conducta antigua y de la nueva a adquirir (Decisión balanceada).
- 3.- Provocar la elaboración pidiendo ejemplos específicos, clarificando el cómo, cuándo, de qué manera, etc.
- 4.- Utilizando los extremos (imaginar la peor de las consecuencias posibles), y otras técnicas de influencia (la reducción al absurdo, el común de los mortales, etc.)
- 5.- Mirar atrás: Visualizar con el paciente cómo era antes de adquirir el hábito
- 6.- Mirar hacia delante: Visualizar con el paciente cómo se encontrará después de abandonarlo
- 7.- Explorar valores: Hacer emerger los valores que son realmente importantes para la vida del individuo
- 8.- Paradoja (Abogado del diablo). Es la más potente.
Se trata de situar al paciente en una posición en la que la resistencia hacia el profesional resulte en la dirección correcta.
También sirve para evitar el fenómeno de "más de lo mismo"

Atención en no caer en las trampas que surgen en la entrevista!

Las podríamos definir como maneras de encarar la entrevista que generan resistencias en el paciente. Hay de diferentes tipos:

LA TRAMPA DE LA PREGUNTA-RESPUESTA

LA TRAMPA DEL ENFRENTAMIENTO- NEGACIÓN

LA TRAMPA DEL EXPERTO

LA TRAMPA DE LA ETIQUETA

LA TRAMPA DE LA FOCALIZACIÓN PREMATURA

LA TRAMPA DE LA CULPABILIZACIÓN

Estas trampas o errores del entrevistador muchas veces llevan el diálogo hacia un estira y afloja estéril. Es fácil reconocer esta situación por las resistencias que el paciente en un momento dado empieza a demostrar.

RESISTENCIAS

Las resistencias están muy relacionadas con el tipo de interacción profesional-paciente. Las resistencias del paciente muestran la dificultad en conseguir hacer un cambio en profundidad. Aparecen solas, como epifenómeno de esta dificultad. Ahora bien, un abordaje erróneo las exagera y las alimenta, hasta el punto de disuadir el paciente de intentar nada.

Las resistencias aparecen siempre que se produce un proceso de cambio. Igualmente una estrategia inadecuada al estado motivacional del paciente o errores como los mostrados anteriormente, las fortalecen.

La resistencia puede ser verbal o no verbal. Y puede agruparse en diferentes categorías:

- Argumentar (desafiar, devaluar o agredir al profesional).
- Interrumpir (cortar o no dejar acabar)
- Negar (minimizar, excusar, pesimismo)
- Ignorar (no atención, no responder, cambiar de tema).

Estas resistencias son normales en las fases iniciales de la entrevista, pero su persistencia por falta de abordaje, puede estropear todo el trabajo de toma de decisiones por parte del paciente.

Estrategias delante las resistencias:

- Frases por reflexión
- Focalizar
- Empatizar y ceder en algunos aspectos.
- Enfatizar en la libertad y el control del paciente
- Reestructurar
- Paradoja Terapéutica

Resumen y encuadramiento del tema

Una vez hemos decidido empezar a utilizar estrategias Motivacionales con un paciente, la primera tarea a realizar es posicionarlo. Esto quiere decir empezar a hacer tres cosas de entrada:

- ayudar que el paciente priorice el hábito del que se va a hablar,
- estudiar este hábito y, paralelamente
- elaborar un mapa de las creencias de la persona respecto al hábito en cuestión.

Poco a poco se va produciendo un fenómeno: El paciente va adquiriendo consciencia sobre los factores que influyen en su conducta no deseada, y al mismo tiempo, va aumentando la percepción de que puede con ella. Va - como si dijéramos- cargando de gasolina el motor del cambio: la motivación.

Las preguntas abiertas y los sumarios estimulan las afirmaciones de preocupación del paciente: el profesional recompensa estas afirmaciones de preocupación con frases reflexivas.

En contrapartida cuando el paciente explica razones para no cambiar, el profesional sigue una escucha activa dirigiendo la conversación con técnicas que reestructuren las creencias, con el fin de estimular afirmaciones de preocupación.

Paralelamente, el profesional debe estar atento al nivel emocional del paciente para poder reforzar su autoestima y sentido de autoeficacia, al mismo tiempo que reconoce las resistencias que van saliendo .

EJERCICIO abogado del diablo. Construir respuestas a las afirmaciones siguientes, todo utilizando esta técnica. Procurar no despertar el antagonismo de vuestro paciente.

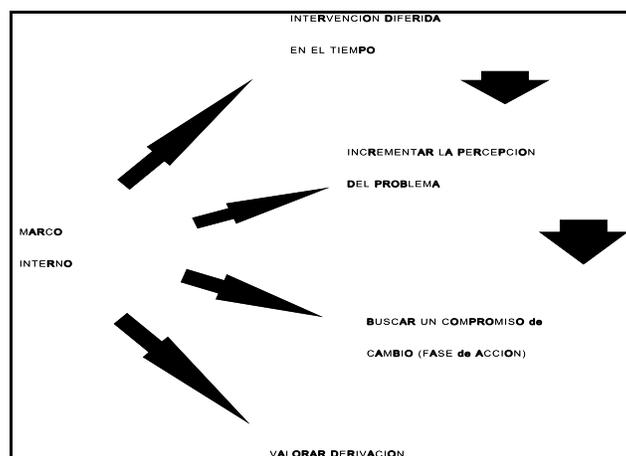
Soy una nulidad auténtica!. Ni que viviera cien años podría conseguir tener suficiente fuerza de voluntad para llevarme a hacer los ejercicios físicos.

No, si yo ya lo veo claro que he de poner atención con esta medicación. Lo que pasa es que usted no sabe el desastre que soy..., no me acuerdo nunca que tengo que tomarla.

De todo aquello que quedamos que haría, de dejar el tabaco, la verdad lo dejé porque no veía ninguna mejoría, al contrario empecé a toser aún más.

Fase reflexión/cambio

Una vez posicionado el paciente en su hábito, el profesional debe decidir como sigue la entrevista. Siendo realistas reconoceremos que no disponemos de todo el tiempo que desearíamos; que todos los pacientes no requieren la misma estrategia y que no tenemos los mismos conocimientos de todos los problemas. Ante un paciente que asume la necesidad de cambiar, el profesional establecerá su marco interno para definir como ha de abordar a este paciente.



¿Qué factores influyen en el marco interno?:

Fase de reflexión

Objetivo: Estudiar en profundidad el/los hábito/s a cambiar.

Se utiliza cuando:

- Según el tipo de conducta a cambiar
- No hay indicadores de cambio
- Tenemos tiempo
- Tenemos el soporte de otros profesionales entrenados

- El paciente no es plenamente consciente de su problema (alcohol, obesidad...) y especialmente de las circunstancias que se le relacionan.
- Los diferentes elementos motivacionales no se abordaron con suficiente amplitud
- Existen comprensión y colaboración suficientes

La finalidad es ayudar al paciente a ser consciente de todos los motivos para cambiar o para no hacerlo, consiguiendo una visión lo más objetiva posible para decidir o no cambiar.

Una de las razones para obtener información sistemática y observarla conjuntamente es que los patrones de conducta en estudio con frecuencia no son evidentes a la persona en toda su extensión. Por otro lado las personas tendemos a ser más conscientes de las cosas positivas habituales en nosotros; borrando los recuerdos desagradables.

Se utilizan con una actitud colaborativa que implica que el profesional no tiene una visión fija y que esta dispuesto a mirar hacia los dos lados (cambio/no cambio).

El tipo de información a obtener variará según la conducta a estudiar: tomar la presión arterial, pesar y llenar hojas de control de peso, hacer un perfil sobre la ingesta enólica, determinaciones analíticas (colesterol, \square gt,...), test de dependencia, etc.

En esta fase se pretende hacer más evidentes los patrones de conducta.

- - - - -

RECURSOS

Esta sesión se centra en dos fuentes de información: el diario de salud y la hoja de balance.

DIARIO DE SALUD

Es un registro sistemático de la frecuencia en que se produce una conducta y de otros aspectos relevantes relacionados con ella.

Se puede llamar automonitorización y puede ayudar a incrementar la autopercepción de lo que está pasando y en el momento en que pasa. Por ejemplo, se podría monitorizar la ingesta de grasas mediante la anotación de cada cosa que se come en una semana; posteriormente se revisa para comprobar qué comidas son altas o bajas en grasas.

Es mas útil y preciso recoger información diaria que semanal.

Proporciona información sobre aspectos de cómo conseguir el cambio, permite ver las pautas y el estilo de vida de la persona, sacando observaciones que nos permitan proponer cambios específicos en sus hábitos.

Tiene más utilidad si se refiere a cortos espacios de tiempo.

Es útil para monitorizar conductas que se quieren reducir (ej. fumar) o aumentar (ej. ejercicio).

El diario de salud puede ayudar a los pacientes a aumentar su percepción sobre sus patrones de conducta y sus consecuencias.

La estrategia de abordaje consiste tratar al paciente como alguien que puede tomar sus propias decisiones sobre su salud.

Se respetarán las opiniones del paciente y las decisiones que tome; ya que sean las que sean, le acompañaran y deberá convivir con sus consecuencias.

HOJA DE BALANCE

La hoja de balance sirve para clarificar al máximo las dificultades y los beneficios sobre aspectos concretos de una determinada conducta de salud y de cualquier cambio. En su forma más sencilla es una hoja de dos columnas con

CURSO DE TÉCNICAS MOTIVACIONALES en la ENTREVISTA CLÍNICA

razones para cambiar y razones para no cambiar. Es útil dividir la hoja en apartados sobre diferentes aspectos bio-psico-sociales.

<i>HOJA DE BALANCE</i>	En contra del cambio Razones para seguir igual	A favor del cambio, Razones para cambiar
Aspectos físicos		
Estado de ánimo		
Vida familiar		
Relaciones sociales		
Aspectos legales		
Trabajo		
Aspectos económicos		
Tiempo libre		
Aspectos lúdicos		
Efectos sobre la confianza		

Llenar una hoja de balance es una tarea colaborativa.

Estas técnicas, que son cruciales, permiten al paciente ampliar la consciencia sobre su hábito, incrementar el nivel de conflicto y comenzar a pensar seriamente en cambiar.

Para comentar con el paciente los resultados se utilizan las técnicas ya conocidas:

Preg. abiertas, escucha reflexiva, dar soporte, sumarios, facilitar afirmaciones de automotivación.

FASE DE ACCIÓN

Objetivos:

Ayudar al paciente a decidir el cambio.

Colaborar en la elaboración de un plan aceptable para el paciente.

La finalidad de esta fase es que el paciente haga acciones para producir un cambio en su estilo de vida. Debería acabar consiguiendo un compromiso de cambio decidido por el paciente, asumiendo lo que esto conlleva.

Aquí el primer problema es saber cuando el paciente ya está preparado para el cambio.

Reconocer cuando el paciente está preparado para el cambio es un punto muy delicado. En este punto, el paciente abre una ventana al cambio, pero no siempre estará abierta.

En este momento el profesional ha de estar muy atento a la aparición de elementos verbales y no verbales que sean indicadores de que el paciente está preparado para el cambio. (Ver tabla).

Aquí el profesional actuaría como un vendedor avezado que sabe detectar el momento adecuado para cerrar bien una venta, es decir que hay indicadores de que el paciente está preparado para el cambio, valorando aspectos verbales y no verbales:

INDICADORES DE CAMBIO
<ul style="list-style-type: none"> -Disminución de resistencia -Disminución de preguntas sobre el problema -Estado de disposición -Afirmaciones de automotivación -Incremento de preguntas sobre el cambio -Ver el futuro con la nueva conducta -Experimentación

Puede parecer que cuando el paciente quiere cambiar ya todo es muy sencillo, pero hay unos peligros que no podemos olvidar:

- Infraestimación de la ambivalencia
- Prescribir un plan inaceptable para el paciente
- Falta de dirección

En la fase de acción se han de desarrollar las siguientes tareas:

Tareas	Técnicas
1.- Verbalizar el cambio	Sumario + preg.activadora
2.- Negociar el plan Metas del paciente útiles inercia del cambio medibles Opciones Concretar el plan: fecha, seguimiento entorno	preg. abiertas frases por reflexión sumarios preg. activadoras

La estrategia de abordaje es empezar haciendo un resumen sobre la situación del paciente, que también tiene como efecto señalar que comienza esta fase de la entrevista. Este resumen debería incluir: Las percepciones del paciente, la ambivalencia y los riesgos del problema.

Después del sumario se utiliza una pregunta activadora, para que el paciente piense y hable sobre el cambio. (Ej.: ¿Qué ha de hacer?; ¿qué piensa que ha de cambiar?)

El paciente pide información

Es frecuente que en esta fase el paciente pida información u opiniones al profesional. Es importante no caer en el patrón "sí, pero..." que es una variación de la trampa de confrontación-negación, donde el profesional da un mensaje y el paciente contesta que no es correcto, o que para él no es válido. Para evitar esto, hay diferentes caminos:

- No precipitarse dando consejos ("Estoy encantado de darle algunas ideas, pero piense que usted es el experto en usted mismo").
- Cualificar las informaciones de lo que se puede hacer, presentándolas de forma no personal, ("Esto puede o no servirle, pero es una opción. Usted debe juzgar si le va bien...").
- No ofrecer una, si no varias opciones. Si el paciente escoge entre varias opciones siempre será más fácil que las siga.

Les preguntas activadoras pretenden que el paciente verbalice el cambio. Si no se siente preparado, deberíamos volver a explorar sus ideas o dudas, o precisaríamos de otra cita, dejando un período de tiempo para madurar su decisión.

NEGOCIAR EL PLAN

Una vez el paciente ha respondido a las preguntas activadoras, se empezará a elaborar y negociar un plan, que debería incluir:

- Las metas del cambio
- Las opciones para llegar a él
- Concretar el plan

Para conseguir esto se utilizarán las técnicas ya comentadas, preguntas abiertas, activadoras, sumarios así como otras técnicas de negociación, siendo esencial mantener un buen clima de entrevista.

Las metas del cambio

Lo primero es conocer claramente las metas o Objetivos hacia los que se dirige el paciente. Se utilizan preguntas activadoras, como:

"¿Cómo le gustaría que fueran las cosas para ser distintas?"

"¿Qué quiere cambiar?"

"¿Por dónde quiere empezar?"

Es posible que las metas del paciente no coincidan con las del profesional. (P. ej.: dejar o disminuir el consumo de alcohol).

Las metas deben ser: útiles, concretas y asumibles. El profesional debería ayudar al paciente a encontrarlas, pero sin imponerlas. Se puede dar un consejo pero siempre es el paciente el que ha de escoger. Si somos muy insistentes es más fácil provocar resistencia que acuerdos. Es preferible mantener una alianza de trabajo y comenzar por objetivos que motiven al paciente.

Pensemos que las metas mal dirigidas pronto serán insuficientes. También se debe valorar que pequeños cambios en un problema pueden producir beneficios en otras esferas de la vida del paciente, siendo incluso catalizadoras de cambios más profundos.

Cuando hay discrepancias entre dejar o reducir un hábito tóxico, antes de imponer un criterio es mejor proponer alternativas, como:

- Negociar un período de prueba de abstinencia
- Proceso gradual de disminución hacia la abstinencia
- Período de prueba de moderación

Opciones del cambio

Una vez definidas las metas, hablaremos de como conseguirlo. Se debe valorar:

- Es importante escoger un camino apropiado.
- A pesar de los esfuerzos del profesional, el paciente puede no escoger el camino que pensamos que es mejor para él.
- Debe prepararse al paciente para que esto no le desanime
- Se deben conocer los recursos disponibles

Al describir diferentes alternativas:

- Expresarse de forma comprensible.
- Evitar argot técnico
- Aclarar primero las opciones y negociar después
- Valorar con el paciente la viabilidad de las opciones

Concretar el plan

Para negociar el plan es preciso elaborar un camino para trabajar conjuntamente con el paciente. Para llegar a concretar dicho plan conviene que durante la entrevista el paciente se haya contestado con claridad a las siguientes preguntas:

- Cual es la principal razón para cambiar.
- Cual es la principal meta del cambio.
- Qué cosas planea hacer para conseguir los objetivos y cómo los prioriza.
- Qué personas le pueden ayudar.
- Cual es el primer paso que quiere hacer.
- Confía en su plan.

La base de la discusión es elaborar un plan que encaje con las metas, necesidades, intenciones y creencias del paciente.

Para finalizar, debe hacerse un resumen del plan, y conseguir un compromiso verbal del paciente. Pueden utilizarse estrategias de la primera fase de la entrevista para aclarar dudas o dificultades del paciente propias de la ambivalencia. Es aconsejable hacer público el compromiso a la pareja (o a otras personas), pero siempre con permiso del paciente. También es conveniente, si el paciente lo quiere, comunicarlo a otros profesionales que también lo controlen.

A pesar de que el paciente entre en estadio de cambio las estrategias de la entrevista motivacional no se han de dejar, entendiendo que la ambivalencia puede seguir presente.

ESTRATEGIAS ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DEL CAMBIO.

Ya hemos visto la importancia que tiene el conocimiento de los diversos estadios del cambio puesto que nos aproxima a la realidad del individuo en dicho proceso. El tránsito de un estadio a otro depende de diversos factores. A continuación se describen los más frecuentes.

- 1. Creencias y expectativas del paciente.**
- 2. Influencia o presión social.**
- 3. Duración de la conducta.**
- 4. Repercusiones físicas y/o psíquicas de la conducta.**
- 5. Presencia de un modelo prestigioso o influyente.**
- 6. Sentimientos de autoeficacia.**
- 7. Nivel de motivación para comprometerse a producir cambios.**

Merece la pena insistir de nuevo sobre el papel decisivo del profesional para ayudar a que los pacientes transiten en la rueda de los estadios del cambio desarrollada por Di Clemente i Prochaska.

En ocasiones los estadios del cambio no se presentan con fronteras nítidas sino que aparecen como un contínuum de un mismo proceso a través del cual todos nos movemos, aunque de manera individualizada. En algunos pacientes el tránsito por los diferentes estadios es muy marcado y sistemático hasta llegar a la acción, mientras que en otros es muy variable en el tiempo, e incluso por el mismo fenómeno de la ambivalencia, los encontramos inmersos en varios estadios casi simultáneamente.

El profesional de Atención Primaria deberá trabajar la motivación de los pacientes desde una perspectiva estadio-específica, y no solamente desde la consideración de un cambio hacia el estadio de acción.

ESTADIO DE PRECONTEMPLACION.

Los individuos en estadio de precontemplación respecto a una conducta adictiva no piensan en cambiarla. De hecho no observan dicha conducta como un motivo de preocupación, o al menos no creen que sea tan problemática como lo ven los demás.

Los pacientes en estadio precontemplativo, a menudo son individuos catalogados de resistentes o negadores de la realidad. Siguiendo a C. Di Clemente existen sin embargo, diversas razones para permanecer en el estadio de precontemplación, resumidas en las denominadas "cuatro R":

1. Reluctante.

2. Rebelión.

3. Resignación.

4. Racionalización.

Los precontempladores reluctantes son aquellos que por falta de conocimiento o por inercia no desean considerar el cambio, y no tanto por una actitud resistente al mismo. La estrategia más aconsejada para su abordaje es ofrecer feedback con empatía.

Los precontempladores rebeldes se muestran con una cierta hostilidad y resistencia al cambio. Hay una tendencia a argumentar mediante preguntas, resistiéndose a seguir cualquier recomendación.

En estos casos conviene proporcionar diversas alternativas para que puedan escoger si lo desean. Asimismo deberemos trabajar fundamentalmente con las resistencias.

Mucha cautela será la máxima a tener en cuenta a la hora de utilizar cualquiera de las estrategias que tenemos a nuestro alcance. Entre las mismas destacaríamos la aplicación de:

1. Reflexiones (simples, ampliadas, hacia ambos lados).
2. Evitar las resistencias.
3. Mostrarse de acuerdo con pequeños matices.
4. Enfatizar el control y la capacidad de elección personal.
5. Resumir la información proporcionada por el paciente.
6. Utilización de paradojas terapéuticas. (mediante la "prescripción del problema").

Los precontempladores resignados no ven ninguna posibilidad de cambio ya que se encuentran sobrepasados por el problema. Manifiestan una pérdida de confianza y de control sobre el problema. Un mensaje frecuente es que "han llegado demasiado tarde para cambiar". En estos casos conviene proporcionar mensajes esperanzadores, y explorar las barreras para el cambio si deseamos que el paciente muestre alguna motivación para llegar a un estadio contemplativo.

Finalmente los **precontempladores racionalizadores** desarrollan una gran cantidad de razones de porque el problema no es un problema, o lo es para los demás peor no para ellos. Las resistencias del precontemplador racionalizador aparecen fundamentalmente por sus creencias y no tanto en las emociones.

Sospecharemos su presencia cuando la interacción comience a parecerse más a un debate que a una entrevista clínica. Es importante distinguir durante el discurso del paciente aquellas razones para no cambiar "de momento" asumiendo los riesgos de su conducta, de las racionalizaciones para no hacerlo.

Las intervenciones que parecen más útiles en estos casos se basan en desarrollar una escucha empática (es decir, sin hacer juicios valorativos), y la aplicación de una escucha reflexiva. Particularmente recomendables son las reflexiones hacia ambos lados del problema.

Por tanto, las estrategias generales de actuación con los pacientes precontempladores se basan principalmente en: crear un clima adecuado, evitar las resistencias, incrementar el nivel de contradicción, proporcionar información si la precisa, evitar dar información y solicitar cambios prematuramente, y aprovechar el momento de oportunidad para actuar (*Teachable moment*).

Uno de los problemas observados en la atención de estos pacientes es pensar que "más siempre es mejor". Más educación, más tratamiento o más confrontación serán necesarios para producir más cambios. Nada más lejos de la realidad con los pacientes precontempladores. A más intervenciones a menudo obtendremos menos resultados. Conviene por tanto que "economicemos" esfuerzos (cognitivos y emocionales) si deseamos incrementar nuestra eficacia, así como aceptar las limitaciones existentes. A este fenómeno se le denomina también como "más de lo mismo".

El estadio precontemplativo debe ser observado no como una situación irresoluble, sino como una clara oportunidad para hacer aflorar motivos de preocupación. Una vez el paciente empiece a verbalizar motivos de preocupación ya podemos afirmar que entramos en el estadio de contemplación.

ESTADIO DE CONTEMPLACION.

La entrevista motivacional pivota en gran manera sobre el estadio de contemplación. El paciente se encuentra ya en un momento para considerar el problema y la posibilidad para cambiar. A pesar de ello, el fenómeno de la ambivalencia puede hacer de la contemplación un estadio cronificado, y por tanto, muy frustrante.

Mientras que en esta fase los pacientes están abiertos a recibir información y a balancear decisiones, no hemos de olvidar que la toma de decisiones se hace por el propio individuo y no tanto por la información recibida. Asimismo, y aunque el paciente parece muy interesado por el problema, ello no comporta un compromiso para el cambio.

Por tanto, un aspecto fundamental en esta fase, se centra en desarrollar estrategias adecuadas para mover a los individuos desde la contemplación hacia la determinación, así como estar preparados para ejecutar una acción determinada.

Las estrategias generales de actuación en estadio de contemplación pueden resumirse en:

1. Desarrollar una actitud de ayuda activa.
2. Empatizar.
3. Eliminar barreras.
4. Disminuir el deseo de la situación actual.
5. Proporcionar feedback.
6. Proporcionar información.
7. Clarificar objetivos.

8. Proporcionar alternativas.

Todas estas estrategias tienen como finalidad incrementar la disonancia cognitiva dentro de un clima empático.

Recordamos aquí la importancia que tiene la aplicación de las cinco estrategias iniciales de la entrevista motivacional: preguntas abiertas, escucha reflexiva, reestructurar positivamente, realizar sumarios y favorecer afirmaciones automotivacionales. Todas estas estrategias parecen las más adecuadas para ayudar al contemplador a moverse desde la consideración de cambio hacia un compromiso para la acción

La ambivalencia es la gran enemiga del compromiso para el cambio y una razón principal para contemplación crónica.

DETERMINACION: COMPROMISO PARA LA ACCION.

En el presente estadio el paciente ya se decide a iniciar un intento serio para modificar la conducta problema; mientras que algunos lo harán en un futuro muy próximo, otros ya han iniciado algunos cambios últimamente.

Los profesionales podemos pensar que las tareas a realizar aquí son más fáciles, sin embargo no debemos desestimarlas ni pensar que las estrategias motivacionales son superfluas. Conviene pues no "bajar la guardia" en esta fase, así como evaluar la intensidad y el nivel de compromiso del paciente.

Las estrategias de actuación en el estadio de determinación se centran en:

1. Realizar sumarios
2. Desarrollar preguntas activadoras.
3. Proporcionar información y consejo.
4. Negociar un plan de actuación.

Aunque a menudo resulta tentador insistir en ésta fase del cambio tan avanzado, hemos de evitar las prisas. Pensar que si no lo vemos suficientemente decidido para llevar a cabo su compromiso para la acción, será mejor darle un tiempo a que reflexione y se decida. Recordemos sin embargo, la importancia que tiene aprovechar la llamada "ventana de cambio" (o momento adecuado para actuar), y por tanto, no dejar que se nos escape (por ejemplo, recordándole las visitas de control, etc.).

Los mejores indicadores de compromiso para el cambio por parte del paciente son: una valoración realista de las dificultades presentes, así como una dedicación seria a su proceso de cambio.

Asimismo conviene ver la determinación como un estadio donde los pacientes a menudo no han resuelto totalmente la ambivalencia. El compromiso para el cambio no nos garantiza que éste se producirá indefectiblemente, que las estrategias que utilizamos serán eficaces, o que el éxito, si se produce, se mantendrá a largo plazo.

ESTADIO DE ACCION: IMPLEMENTANDO EL PLAN.

En este estadio el paciente ya ha tomado una determinación para el cambio. El paciente observa como el proceso de cambio se realiza fundamentalmente por uno mismo, siendo frecuentes las ausencias a las visitas de control por dicho motivo.

Tanto en el presente estadio como en el de mantenimiento deberemos estar muy atentos en su seguimiento, con objeto de proporcionar apoyo y minimizar la frecuencia de las recaídas, muy frecuentes durante las primeras cuatro semanas.

El estadio de acción tiene una duración aproximada de 3 a 6 meses para completarse, a pesar de que éste período puede variar según el tipo de conducta en cuestión, así como por las características del individuo.

Las tareas más convenientes en éste estadio se resumen en:

1. Incrementar el sentido de autoeficacia de los pacientes.
2. Proporcionar información sobre otros modelos que hayan tenido éxito.

ESTADIO DE MANTENIMIENTO

Definimos como estadio de mantenimiento aquel en el que el paciente continúa observando la nueva conducta de forma estable. El verdadero cambio conductual, y especialmente en el caso de las conductas adictivas, se puede establecer con confianza cuando observamos un período de abstinencia de algunos años de duración.

En éste estadio, y de forma progresiva, la nueva conducta está firmemente establecida, mientras que las amenazas de recaída o el retorno a conductas antiguas cada vez son menos frecuentes e intensas.

Al estadio de mantenimiento se le ha dedicado menos estudio cuando se revisan los diferentes programas de cambios conductuales, mientras que paradójicamente, el fenómeno de las recaídas es muy frecuente.

Conviene pues, ver como la evolución natural del proceso de cambio de conductas comporta, en la mayoría de los casos recaídas, y por tanto, el volver nuevamente a otro punto de la rueda del cambio (precontemplación, contemplación, etc.).

MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Las recaídas pueden presentarse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Pueden ser debidas a factores externos al individuo (trabajo, relaciones sociales, familia, etc.) como a factores intraindividuales (estados

emocionales negativos como la ira, la tristeza, etc.), o los mismos efectos que producen la sustancia adictiva (de placer al tomarla, o de malestar por la aparición de un síndrome de abstinencia).

En cada caso nos encontraremos unos determinados factores favorecedores que aparecen bajo la forma de las denominadas situaciones de alto riesgo de recaída.

A menudo, las recaídas aparecen por una sensación de fuerte tentación o urgencia que imposibilita afrontarla con éxito. En otras ocasiones, las recaídas aparecen cuando el individuo "baja la guardia" o se pone "a prueba" con la antigua conducta.

Hemos de distinguir entre una caída ocasional de una recaída mantenida; generalmente el proceso de recaída no se desarrolla automáticamente sino que lo hace paulatinamente una vez aparece el primer traspies.

Las recaídas han de entenderse como un fenómeno frecuente y normal en el proceso del cambio, e incluso necesario en un contexto de aprendizaje como es el cambio de hábitos arraigados.

Las recaídas pueden inducir la aparición de sentimientos de incapacidad, y por tanto, favorecer el volver de manera continuada a la conducta previa. Frases conocidas serían: "no me veo capaz de dejarlo", "es demasiado difícil para mí", "no tengo suficiente voluntad, esto no es para mí", "nunca lo conseguiré, son demasiadas veces intentándolo", etc.

La valoración de las experiencias previas respecto a la conducta en cuestión es necesaria si deseamos trabajar nuevas pautas de actuación más adaptativas (más sanas en términos de salud). Conviene evaluar los intentos previos de cambio, así como los sentimientos asociados en la aparición de la conducta (pueden aparecer de cualquier tipo, desde sentimientos de culpa y/o enfado, hasta sentimientos placenteros o de confort porque alivian situaciones de estrés o de malestar).

Pensar también durante la recaída en la presencia de problemas no evaluados respecto al nivel de compromiso para el cambio, problemas en la capaci-

dad para afrontar la nueva conducta (por una falta de desarrollo de habilidades generales o específicas), o la presencia de situaciones estresantes del entorno que son críticas para un mantenimiento exitoso del cambio.

En el presente esquema se describe a modo de resumen el modelo de prevención de recaídas:

Las estrategias generales de actuación para incrementar la eficacia del mantenimiento a largo plazo son:

1. Mantener la accesibilidad.
2. Desarrollar un estilo de entrevista empático.
3. Evaluar las situaciones de alto riesgo.
4. Desarrollar conjuntamente con el paciente nuevas habilidades de afrontamiento.
5. Proporcionar información y feedback.

Mientras que las estrategias motivacionales tienen un papel más relevante en los primeros estadios del cambio (precontemplación, contemplación, determinación), el desarrollo de habilidades de afrontamiento y un adecuado sentimiento de autoeficacia son los aspectos fundamentales de los últimos estadios del cambio (acción y mantenimiento).

Si los pacientes muestran suficientes habilidades y están capacitados para afrontar el cambio, entonces sólo será preciso atenderles mediante estrategias motivacionales. En otros casos precisaremos la colaboración de profesionales expertos en el entrenamiento de habilidades sociales o de un abordaje psicoterapéutico más profundo, cuando las limitaciones del paciente así nos lo indiquen.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL BREVE.

Cada día tiene mayor relevancia para la Atención Primaria de Salud la aplicación de los principios de la entrevista motivacional en el contexto de nuestro trabajo diario, caracterizado por un escaso tiempo de consulta y la presencia de un amplio abanico de situaciones que requieren cambios conductuales profundos para su resolución.

Dos principios básicos centran este planteamiento: de una parte desarrollar una **entrevista que evite la confrontación con el paciente**, situación frecuentemente observada cuando el profesional centra su estrategia en proporcionar información y el paciente no está seguro si desea realizar un cambio. En segundo lugar, **facilitar que verbalice motivos de preocupación** por la conducta desarrollada por el paciente.

Estos dos principios favorecen una mayor concienciación del paciente respecto su conducta al tiempo que se incrementan los niveles de autorresponsabilización en la toma de decisiones. Esta aproximación se compatibiliza con la importante tarea de proporcionar información personalizada.

Los profesionales debemos alcanzar en primer lugar un equilibrio entre intervenir activamente y escuchar, favoreciendo que sea el paciente quien haga la tarea de decidir lo que considere más conveniente. La entrevista motivacional breve puede desarrollarse toda ella en una misma sesión. Comporta cuatro momentos diferenciados:

1. Apertura de la entrevista.
2. Exploración de motivos de preocupación.
3. Elección de opciones para el cambio.
4. Finalización de la entrevista.

A modo de resumen, la denominada entrevista motivacional breve puede desarrollarse siguiendo una serie de habilidades de forma cíclica:

- 1º Se introduce un tema/problema mediante una pregunta abierta.

2º Ello comporta que el paciente empiece a elaborar sobre el mismo.

3º La elaboración se mantiene y se desarrolla de manera más eficaz a través de la escucha reflexiva y la utilización de más preguntas abiertas.

4º Si deseamos cambiar de dirección o introducir otro tema/problema, deberemos realizar un sumario de lo que se ha dicho y posteriormente añadir una nueva pregunta abierta.

5º La entrevista puede continuarse reiniciando el ciclo de pregunta abierta - escucha reflexiva - más preguntas abiertas - sumario - nueva pregunta abierta.

Siguiendo la filosofía de un continuum por los diferentes estadios de cambio, consideraremos que se ha desarrollado una adecuada entrevista motivacional, si conseguimos que el paciente haya transitado (por poco que pudiera parecer aparentemente) a través de este proceso, hacia una toma de decisiones.

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: Manual 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.

CURSO DE TÉCNICAS MOTIVACIONALES en la ENTREVISTA CLÍNICA

- 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.