

**CURS D'ENTREVISTA CLÍNICA:**  
**LA MOTIVACIÓ PEL CANVI**

MANUAL de l'ALUMNE

Grup Comunicació i Salut

**Guia d'autors**

Francesc Borrell Carrió (Coordinador del Grup Comunicació i Salut)

Josep M<sup>a</sup>. Bosch Fontcuberta

Ramon Casals Riera

Jordi Cebrià Andreu

Josep Massons Cirera

## ÍNDEx

PRESENTACIÓ DEL CURS	Pàgina
1.- Propòsits.....	1
2.- Metodologia i estructura del curs.....	1
3.- Objectius.....	3
Primera sessió: El marc negociador en l'Entrevista Clínica.....	4
Segona sessió: Elements que conformen la motivació.....	21
Tercera sessió: Ajudant el pacient a posicionar-se.....	39
Quarta sessió: Ajudant el pacient a decidir sobre el canvi.....	62
Cinquena sessió: Estratègies adaptades a cada estadi. El manteniment del canvi.....	85
Finalització del curs.....	108
Bibliografia.....	111

## **PRESENTACIO DEL CURS**

### **1. Propòsits del curs**

Aquest curs és una oferta de segon nivell per professionals que tenen coneixements d'Entrevista Clínica. Vol aprofundir en un dels camps del treball en Atenció Primària de Salut (APS) més habituals i a la vegada més ingrats: les tècniques de negociació per promoure canvis cap a estils de vida més saludables.

En el disseny del curs s'ha pretès mostrar als professionals de la salut una manera d'ajudar els pacients a desenvolupar la seva motivació pel canvi. S'ensenyen uns mitjans per dur a terme aquest objectiu- "Entrevista Motivacional"- aplicada en el contexte de la promoció de salut a l'APS. Tot i que aquest mètode té aplicacions en moltes altres àrees de salut i pot ser utilitzat en molts tipus de problemes, aquest curs es concentra en exemples i principis de l'APS. El text i mitjans audiovisuals proveeixen exemples pràctics sobre els que es treballarà en "temps real".

### **2.- Metodologia del curs**

La metodologia emprada en aquest curs serà familiar a tots aquells que hagin fet el d'Entrevista Clínica. Tots dos tenen un plantejament similar: Mostrar i assaijar maneres de comunicar-nos millor amb els nostres pacients.

Es preten durant aquestes vint hores aportar coneixements, però sobretot entrenar noves habilitats i també, un cert canvi d'actituds.

Això requereix un treball teòric de base i una pràctica constant en les sessions per tal d'enfrontar les situacions més compromeses o difícils, des d'un punt de vista comunicacional que tot professional d'atenció Primària es va trobant al llarg de les consultes quotidianes. Les habilitats per millorar la taxa d'èxits tenen molt a veure amb habilitats comunicacionals i aquestes s'han d'aprendre "vivint-les en la pell".

Pensem que actualment, aquestes situacions més complicades i ingrates són les que es relacionen amb fomentar canvis d'estils de vida en els nostres pacients.

Per això, tot i que hi haurà una part d'introducció teòrica necessària per enmarcar el tema, el curs serà eminentment pràctic en base a treball en grups petits, role playings, situacions videogrades a resoldre en temps real, rol modeling, etc.

Som conscients que la formació dels professionals que porten ja temps treballant en l'AP ha de tenir continguts que siguin d'aplicació immediata i alhora, per força, ha de ser interessant, dinàmica, agil i si es possible divertida.

Aquests han estat el motius en el moment de dissenyar aquest curs.

## **Estructura**

El curs consta de **cinc sessions de 2 hores cadascuna**, a distribuir segons conveniència.

Primera sessió: el marc negociador en l'entrevista clínica

Segona sessió: Elements que intervenen en la motivació

Tercera sessió: Estratègies de Entrevista Motivacional: Ajudant al pacient a posicionar-se

Quarta sessió: Ajudant al pacient a decidir el canvi

Cinquena sessió: Estratègies adaptades a cada estadi de canvi.

El format de totes les sessions serà comú:

Enunciació i objectius

Repàs de exercicis i conceptes

Elements teòrics

Visualització i explicació de tècniques

Descans

Practica dels tècniques apreses

### 3.- Objectius generals del curs

- Capacitar els professionals de l'atenció primària per incrementar en els seus pacients la motivació pel canvi.
- Capacitar els professionals de l'atenció primària per entendre les contradiccions entre els estils de vida de cadascú, i el desig de mantenir la salut.
- Desenvolupar les habilitats dels professionals per dur a terme estratègies de consulta centrades en el pacient.
- Ajudar els professionals a utilitzar i manejar estratègies del canvi.

### OBJECTIUS GENERALS D'APRENENTATGE

Al final del curs, l'alumne hauria de ser capaç de:

- 1.- Reconèixer i entendre els condicionants socials, ambientals i psicològics que operen en els individus i els seus estils de vida.
- 2.- Comprendre i explicar el Model dels Estadis de Canvi i la seva importància com a nucli per al procés de canvi conductual.
- 3.-Manejar i mantenir canvis conductuals mitjançant l'aplicació d'habilitats motivacionals en l'entrevista.
- 4.- Detectar i prioritzar les necessitats de salut individuals utilitzant eines de detecció i registre apropiades com el Registre de Salut Resumit (llista de condicionants i problemes en les tres esferes Bio-psico-social (BPS).
- 5.- Planificar i avaluar la intervenció utilitzant una aproximació sistemàtica basada en l'experiència personal del pacient, tal com diari de salut i full de balanç.

**S E S S I Ó**  
**P R I M E R A**

**SESSIÓ 1<sup>a</sup>: EL MARC NEGOCIADOR en l'ENTREVISTA CLÍNICA**

**GUIA DE LA SESSIÓ**

	Pàgina
Objectius.....	6
Introducció.....	6
Marc teòric.....	7
Exercicis.....	18



## **Objectius**

- Permetre fer la coneixença entre tots els participants, entre ells mateixos i respecte les seves motivacions i expectatives, pel que fa als temes a tractar en el desenvolupament del curs.
- Nivellar els coneixements dels participants respecte a habilitats d'emmarc, domini del clima de l'entrevista i d'habilitats en la negociació.
- Reflexionar sobre les diferents maneres que utilitzem per motivar canvis en les consultes.
- Possibilitar l'increment d'habilitats bàsiques per part dels participants remarcant la importància de la creació d'un clima terapèutic i col·laboratiu.

## **Introducció**

Clima i mètodes de treball en el curs:

- El curs com a marc per compartir i descobrir. No judicis.
- Espai, temps i ocasió d'aprendre i divertir-se.
- Intervencions breus, no confrontatives i eficaces
- Intentar un abordatge centrat en les necessitats i experiències del pacient.
- Analogia de l'aprenentatge de les habilitats motores i socials amb l'estudi i pràctica de la interacció personal, emfatitzant la participació.
- Metodologia participativa perquè és la que permet viure en un mateix el què es parla i treballa. Intentar, a més a més, recordar casos pròpis.
- Anàlisi de cintes d'entrevistes preparades.
- Realització àgil de grups de discussió i posta en comú.
- Posta en escena de representacions i anàlisi posterior

## EL MARC DE LA NEGOCIACIÓ

- 1.- La C.N.V. i les interferències.
- 2.- L'Entrevista semiestructurada
- 3.- Tècniques que faciliten la narració.
- 4.- Habilitats en les negociacions.
- 5.- Limitacions de les negociacions.

### 1.- La Comunicació No Verbal

- La CNV és la forma més antiga de comunicació, que encara que no la notem, la sentim: olors, males cares, tons en la veu, actituds, ...

- Característiques del bon comunicador:

Ser un bon escoltador i bon observador, concentració i respecte.

Cordialitat

Empatia

Assertivitat

Comunicació eficaç

Control de les pròpies variables.

Reactivitat

L'anàlisi:

La coherència o no de la CNV amb la verbal (p.ex.: mentre diu no m'importa amb tó d'enfado..., mentre diu tot va bé amb cara trista..., mentre parla de la seva dificultat de viure amb un somriure "profidén"...), i primacitat del missatge No Verbal en la interpretació final, sovint inconscient (no sabem perquè però pensem que alguna cosa no encaixa).

Proxèmica

Ocupació de l'espai: lloc i forma d'asseure's. Mirada i "bata".

Quinèsica:

Moviments dels braços, mans, dits, cames, peus, cos, cap.

Gestos reguladors, emblemes, adaptadors, il·lustradors.

Sincronia en els gestos, sintonia en les emocions.

Emocions bàsiques: de confort i de discomfort.

Mirar els moviments típics de la persona, quines parts mou i quan (quan s'esforcen s'acosten més i quan es relaxen o perden interès poden tendir a separar-se una mica). En general, tensió en allò important o dolorós i percebut como més greu; i relaxació en allò superficial i que consideren menys important.

Discriminar l'estil de conducta de cada persona, és a dir, l'aspecte extern, els moviments al parlar i la reactivitat.

L'expressivitat facial:

Les expressions facials i els seus components. Les microexpressions i les expressions filtrades.

En l'expressió de la cara: com i quan tensa certes parts (entrecel·la, barres, llavis), el somriure forçat, la mirada (quan la retira, brillantor si s'humiteja,...)

***Tot això ens indica els punts de la part verbal en què s'afecta i per tant, per on seguir la conversa.***

El paralenguatge:

El to, la modulació, el timbre i la intensitat de la veu transmeten interès, veracitat i assertivitat.

Les preguntes: l'encapçalament és tan important que si no està ben fet pot invalidar la resposta (Exemple: cóm..., quan... desde quan va començar?). L'entonació a l'acabament pot per si sola despertar actituds de confrontació en l'interlocutor. No incloure-hi la resposta (p.ex. "vosté **NO** en sap res d'això?" per comptes de "què en sap vosté d'això?").

L'aspecte i estil personals.

L'entorn, la decoració, la il·luminació, la distribució del mobiliari.

Les interferències:

Brogits, olors.

Cognoscitives

El primer minut i les estereotípies: identificar-les per deixar-les en "suspens".

La "curva de cansament" personal i les disonàncies emocionals/cognitives. L'entrevistador disfuncional.

***Cal desenvolupar l'anàlisi de la CNV per poder arribar a una comprensió més global del pacient.***

## **2.- L'Entrevista semiestructurada**

Dividim l'entrevista en dues parts per clarificar-ne l'esquema i les habilitats que cal desenvolupar. La dotem d'una semi-estructura perquè tingui un eix conceptual/formal que permeti un mínim ordre d'intervencions.

1<sup>a</sup>.- En la part exploratòria es fomenta un clima de cordialitat i individualitat amb

cada persona que permeti desenvolupar les condicions suficients per poder fer una atenció centrada en les necessitats i interessos del pacient. Encara que el problema sigui el mateix (p.ex.: hipertensió) cada vegada hi ha alguna cosa que cal fer diferent perquè l'abordatge resulti adequat a la persona.

- Rebuda cordial i pregunta oberta.
- Delimitem motiu de consulta i fem sumari.
- Facilitem la narració i recollim la informació específica.
- Actualitzem altres temes pendents (quan n'hi ha).
- Frase pont d'acompanyament a l'exploració física.

2<sup>a</sup>. - En la part resolutiva es proposa al pacient el nostre enfoc de la situació i les alternatives terapèutiques segons el cas, valorant informar-lo de forma que ens pugui entendre.

- Enunciació diagnòstica.
- Proposta d'acord.
- Informació ajustada a la persona i al cas.
- Negociar les resistències quan n'hi han.
- Comprovar l'assimilació.
- Invitació final.

*Un plà d'entrevista permet millorar la gestió del temps, evita improvisacions i preserva de situacions de desgast al professional.*

### **3.- Tècniques que faciliten la narració**

Veiem-ne uns exemples.

- Bidireccionalitat
- Empatia: mostrar-la respecte la complexitat d'eixos que vertebreren cada persona (pensaments, sentiments, actes) i cada situació (bio-psico-social[incloent: família, feina, amistats, aspectes lúdics, esports,...]).

- Expressió anímica i corporal d'escolta i d'atenció.
- Punt de fuga.
- Preguntes obertes indirectes.
- Facilitadors.
- Frases per repetició.
- Clarificació.
- Silenci funcional.
- Assenyalament.
- Sumaris.
- > **EVITAR:**
  - Antagonismes en forma de retrets, dubtes i/o desconfiances.
  - Seguretats prematures.
  - Estereotípies i prejudicis.
  - Precipitar-se en voler "resoldre".
  - Donar per sentat que tenen un problema.

Exercici: Repassarem ara aquestes tècniques amb un cas pràctic.

#### **4.- Habilitats en les negociacions**

Com defineix Francesc Borrell en el "Manual de Entrevista Clínica", la negociació és un procés de discussió amistosa, franca i honesta per tal d'augmentar el coneixement mutu i per reconvertir, si s'escau, les creences que impedeixen al pacient seguir les recomanacions del professional", des d'una actitud que ve definida per:

- Un clima no verbal adient.
- Disposició avaluativa: per què...?

- Reflexiva: ... i si tingues raó en el què diu?.
- Cooperadora: menys prepotent i sense buscar les seves falles.
- Possitivitzadora: utilitzar el **NO** el menys possible, més **Síes**. Intentar trobar allò que hi hagi de bó.
- Analitzadora: atenció als signes verbals i no verbals que puguin amagar resistències.
- Empatia
- Convenciment intern versus capacitat de convenciment extern
- Honestitat: interès genuí per les opinions dels pacients
- Assertivitat
- La participació de l'usuari

Les **habilitats més específiques** són:

- Resposta avaluativa (Veiem-ne uns exemples)
  - 
  - 
  -
- Domini del clima
  - 
  -

- Posicionament multidimensional i biopsicosocial (BPS): Mapa de creences i estratègies d'abordatge.

-

-

-

## **SITUACIÓ DE NEGOCIACIÓ**

Resposta avaluativa + Domini del clima

### **1<sup>er</sup>: POSICIONAMENT**

Definir la clau de negociació

- Creença errònia
- Demanda disfuncional
- Significat símptomes
- Actitud

### **1<sup>er</sup> ENQUADRAMENT INTERN**

IMPOSAR

NEGOCIAR

MOTIVAR

INFLUENCIAR

TÈCNiques D'  
ENTREVISTA CLÍNICA

TÈCNiques  
MOTIVACIONALS



A continuació treballarem quines són les situacions en les que fóra interessant un abordatge motivacional.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

### **Limitacions de les negociacions**

Fins aquí hem aplicat tècniques d'entrevista en la fase de negociació millorant la nostra habilitat negociadora. Reconvertim creences disfuncionals, reconduïm demandes poc adequades i negociem una bona pila de coses. No obstant, el model pot tenir limitacions quan es tracta d'ajudar la gent a canviar les seves actituds i hàbits de salut poc desitjables.

- Què passa quan és necessari que algú canviï un hàbit:

Els professionals són bastant escèptics respecte el seu poder real per aconseguir canvis de la gent. En general assenyalen algunes barreres a l'hora de fer intervencions per aconseguir canvis:

- Les intervencions no són eficaces
- Poc coneixement de les tècniques d'intervenció
- Creença de que el pacient no desitja ser educat quan es visita per altres temes
- El poc temps disponible
- A més a més, no aporta gratificació immediata

Això provoca un rerafons de frustració i/o resignació respecte de motivar canvis. No obstant, sembla ser que amb intervencions relativament breus i amb les de sempre però cuidant-ne el tó i la forma, es pot incrementar el nivell d'eficàcia i a més a més, ni que el pacient no modifiqui la seva conducta, se sent més satisfet. A l'APS normalment s'utilitzen estratègies més o menys efectives. I paradoxalment, cada cop més, el treball del professional de l'APS s'orienta en aquesta direcció. De les 10 primeres causes de mort, al menys 7 es poden reduir millorant hàbits i estils de vida individuals: tabaquisme, dieta, abús d'alcohol, sedentarisme i incompliment de la medicació.

Sembla clar doncs que les activitats de caire preventiu per ser realistes cal que tinguin 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 vers una millora de les habilitats comunicacionals en aquest terreny seria el considerar les condicions i forces que condueixen al canvi de conductes insanes per altres més saludables.

Exercici.- Treballarem ara quines coses ajuden la gent a adquirir, mantenir o canviar una determinada conducta:

- 
- 
- 
- 
-

<b>TIPUS D'ENTREVISTES PEL CANVI D'HÀBITS</b>	
<b>MODEL</b>	<b>NIVELL ACTITUDINAL</b>
COERCITIU ----->	Triple
INFORMATIU----->	Cognitiu Superficial Cognitiu profon +
ARGUMENTATIU----->	Conductual +
PERSUASSIU----->	Emocional superficial +
MOTIVACIONAL ----->	Emocional profon

Exercici.- Veiem ara uns cassos amb aquestes diferències.

-  
-  
-

### **ANÀLISI COMPARATIU ENTRE ELS MODELS INFORMATIU I MOTIVACIONAL**

No és possible motivar algú a sacrificar-se si no veu molt clar que en treurà 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 aixó, senyalem seguidament les diferències bàsiques entre l'aproximació de l'Entrevista Motivacional centrada en el pacient i l'Entrevista basada en el model

informatiu clàsic:

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

Sovint pensem que l'èxit de cada intent dependrà de la "**voluntat**" d'una persona quan, de fet, aquelles no és altra cosa que la "**motivació**". La motivació entesa com el procés comprès en l'activació, direcció i persistència de la conducta. En certa forma, és el motor de l'actitut.

*La motivació és com la benzina del cotxe: amb poca es pot arrancar amb força, però nomès si el dipòsit és ben ple s'arriba a destí.*

**EXERCICIS DE LA SESSIÓ 1<sup>a</sup>:**

A/

Veiem una negociació en una entrevista. Identifiqueu quines tècniques s'han utilitzat:

Pac.- Porto prenent aquestes pastilles molt de temps i la veritat és que ara estic molt bé de la pressió. Potser que no me les prengui més, doncs segur que ja estic curada.

Prof. - Ja li vaig dir que la hipertensió era una malaltia crònica, és a dir, que no es cura. Si deixés de prendre la medicació tornaria a posar-se pels núvols.

.....  
.....

Pac.- (*Gest de disgust*). Bé, potser descansar una temporada.

Prof.- Em dóna la sensació com si tingués problemes amb la medicació...

.....  
.....

Pac.- És que amb tanta medicació potser m'estic enverinant...

Prof.- I què més pensa sobre el fet de prendre la medicació de forma continuada?.

.....  
.....

Pac. - Doncs que perdran efecte i ja no em faran res.

Prof.- I està amoinada per aquesta eventualitat?.

.....  
.....  
Pac.- Sí, i a més a més noto que la sexualitat m'ha baixat.

Prof.- Comprenc..., potser aquest darrer punt és el més empipador per vostè...

.....  
.....

Pac.- La veritat és que sí.

Prof.- Miri, entenc que això sigui un problema seriós per vostè. Li proposo una cosa. Li donaré una medicació que no tingui aquest efecte indesitjable, però a canvi li prego que continuï amb la disciplina que vostè ha demostrat tenir amb els tractaments...

.....  
.....

B/

A continuació repassarem l'efecte dels pensaments automàtics de cara a l'autocontrol emocional i el domini del clima:

Professional: Passi el següent...*(i veu entrar la "coneguda" Sra. Maria)*  
*[Pensa amb expressió de disgust: Altre vegada aquí aquesta pesada].*

Sra. Maria.- Bon dia don Francisco...

Prof.- Què la porta per aquí?  
*[Pensa: Segur que vol que la pesi i a més a més s'haurà engreixat]*

Sra M.-Venia pel control de pes, però no es pensi, eh!, que aquesta vegada segur que he perdut pes. La faldilla m'està més ampla.

P.- També deu voler les receptes dels bolquers de l'àvia, no?

*[Pensa: Cada setmana el mateix rotllo...]*

M.- Sembla que li sapiga greu que els gastis. Pobre dona, quina culpa en té ella de no poder-se controlar i fer-se les necessitats a sobre 4 ó 5 cops cada dia... Si li donés alguna cosa per aguantar més...

P.- Pasi a la bàscula sense les sabates que la pesaré.

*[Pensa: Un dia no em podré aguantar i n'hi diré quatre de fresques]*

M.- He fet tot el que em va dir.

P.- *(Fent gestos de dubte amb el cap):* Ara ho veurem...!

*[Pensa: Sí, segur que sí...]*

*(Amb expressió irònica de satisfacció):* S'ha engreixat 2 kilos

M.- Ai!, doncs no ho entenc... amb tot l'esforç que he fet...

P.- Això és el que diu cada vegada.

*[Pensa: No s'ho creu ni ella...]*

M.- Estic cansada de verdures bullides i pollastre a la planxa...

P.- Alguna cosa deu haver fet malament...

*[Pensa: L'altre dia la vaig veure amb una bossa de pastes...]*

M.- Ai, no em digui això. El sacrifici que em costa quan vaig al forn no comprar-me cap pasta per mi, quan en compro per tota la família. I després ni les probó... I si em feia unes anàlisi per veure que no sigui un problema d'hormones...?

**S E S S I Ó**  
**S E G O N A**



**SESSIÓ 2<sup>a</sup>: ELEMENTS QUE CONFORMEN LA MOTIVACIÓ**

**GUIA DE LA SESSIÓ**

	Pàgina
Recordatori de conceptes anteriors.....	23
Objectius.....	24
Marc teòric.....	24
Exercicis.....	38

## RECORDATORI DE CONCEPTES ANTERIORS

### CONCEPTES FONAMENTALS

A continuació farem un repàs dels conceptes més importants comentats en la darrera sessió. Convè fer l'esforç de definir-los en l'espai de la dreta abans de posar-ho en comú amb el professor.

Concepte

Definició

Adaptador

Parallenguatge

Efecte sintonia-sincronia

Reactivitat

Calidesa

Empatia

Facilitadors

Frases per repetició

Assenyalament

Silenci

Resposta avaluativa

Plà d'entrevista

Emmarc intern

Característiques del model motivacional

## Objectius

- Repassar els elements que componen les nostres actituds i que condicionen la conducta.
- Reconèixer els diferents components que integren la motivació.
- Aproximar-nos a l'entrevista "*centrada en el pacient*".
- Repassar les teories que recolzen aquest abordatge terapèutic.
- Reflexionar sobre el "*canvi*" i per quins estadis transita.
- Introduir el model d'Entrevista Motivacional a l'A.P.S.

## ELEMENTS BÀSICS DE LA CONDUCTA: LES ACTITUDS

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

Primerament, convé que ens aturem en allò que està justament subjacent en la conducta: 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.- Farem ara una reflexió que ens permeti identificar-les personalment.

Veiem també un cas:

-

-

-

### **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, 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 hi conflueixen diferents elements de caràcter emocional, cognitiu i conductual, que actúen conjuntament i amb un pes diferent en cada individu i hàbit, i sovint sense una aparent lògica que els sostingui.

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

F.Borrell

Exercici.- Veiem-ne un cas.

-  
-  
-

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

## **TEORIA DE L'APRENENTATGE SOCIAL (TAS)**

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

Exercici: Veiem-ne un exemple.

-  
-  
-

Els determinants múltiples i amb interacció recíproca de la conducta, inclouen quatre grups de factors:

- 1.- Característiques personals de l'individu (factors cognitius, de personalitat i culturals segons la procedència).
- 2.- Influències de l'entorn (l'entorn social, cultural i econòmic, incloent la publicitat i la política).
- 3.- Altres conductes associades, com p.ex. prendre una tassa de café pot desencadenar la conducta de menjar un troç 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 esdevenen hàbits. P.ex. una persona pot menjar sempre que té un pensament que li causa ansietat perquè en el passat va observar (va aprendre) que el menjar li reduïa l'ansietat. Aquests desitgs poden aparèixer tan rapidament que la persona no arribi a ser conscient de l'associació desencadenant.

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

-----

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

### **EL MODEL DE CREENCES DE SALUT (MCS) o Health Belief Model (HBM).**

El HBM o MCS observa què és el que fa la gent que enpren una acció preventiva.

Suggereix que la motivació conductual i la consecució d'objectius està governada per dos factors principals. Un d'ells la percepció de l'individu del valor d'aconseguir un objectiu de salut, i un altre, la seva creença de que fer una acció específica per la seva salut resultarà eficaç per preservar-la.

Exercici: Veiem ara un exemple.

-

-

Això està explicat en quatre dimensions específiques:

- 1 **Susceptibilitat percebuda**, sentiment de vulnerabilitat cap a una condició donada.
- 2 **Severitat percebuda**, sentiment sobre la seriositat de l'amenaça de malaltia.
- 3 **Beneficis percebuts**, que són les creences en els beneficis de l'acció.
- 4 **Barreres percebudes**, que és fer balanç entre els avantatges i els desavantatges o obstacles a una acció proposada.

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

De fet, la conducta i abans la motivació o la seva manca, d'una persona determinada dependrà de la resposta que doni a una sèrie de preguntes:

-

-

-

-

*El pes més específic, més important, en el manteniment d'un hàbit és la seva component emocional. (Quan plaer obté en fer-la o quan desplaer li causa no fer-la).*

- - - - -

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

### **Locus de control (L.C.)**

S'accepta que si un individu no espera resultats positius de la seva acció, no actuarà. Si pensa que ell poseeix el control dels resultats es diu que la persona té un "**lloc de control internalitzat**". Si pel contrari pensa que els control dels aconteixements no està en les seves mans (sort, intercessió divina, altri, estat,...) direm que la persona té un "**lloc de control externalitzat**".

P.ex. si un alcohòlic afirma que beu perquè rep moltes pressions dels altres, que s'hi va trobar per casualitat, i que necessita medecines per deixar-ho, el seu "**lloc de control**" possiblement sigui extern en aquest camp, i el pronòstic d'èxit força ombrívol.

-

-

-

-

### **Expectatives d'autoeficàcia (A.E.)**



Hi ha una sèrie de factors que intervenen en el propi sentit d'autoeficàcia davant d'una tasca en cada persona: inclouria l'autoconfiança en la capacitat per canviar i el sentit d'autoeficàcia per lograr un canvi.

1.- Experiències d'èxits anteriors

2.- Experiència vicària

- 
- 
- 
- 

3.- Persuasió verbal

4.- Interferències emocionals

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

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

## LA MOTIVACIÓ

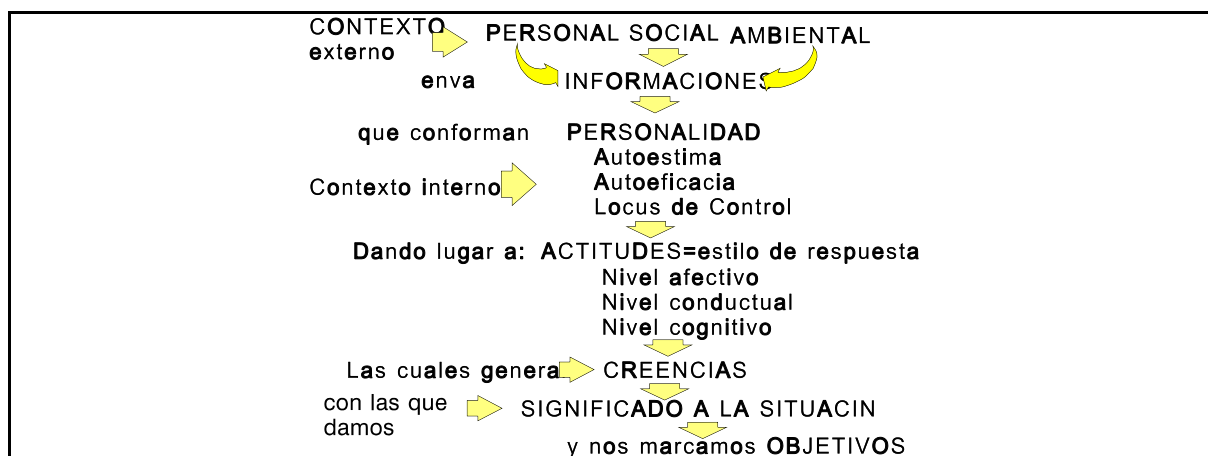
La motivació seria un estat intern de disposició o ansia per efectuar una conducta (p.ex. canviar un hàbit), pot fluctuar d'una situació a una altra, i pot ser modulada i influenciat per factors interns i externs.

En la majoria de les motivacions, el substracte emocional de l'actitud es fa

prevalent. Només en base a una forta motivació prèvia és possible enfrontar amb èxit la "*tentació*" i vèncer-la. La motivació és l'element necessari per posar en marxa el motor del canvi. Aquesta motivació "sobreneda en un mar" de motivacions subjacents:

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

- 
- 
- 
- 
-



*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.*

La motivació per a 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 dur a terme aquesta conducta.

-----

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 contrapostos respecte d'alguna cosa.

L'ambivalència està present en quasi tots els nostres actes i encara més en les conductes addictives. Si ignorant aquesta ambivalència el professional es llença a educar i persuadir al pacient de que el problema és seriós i ha de canviar, és força probable que aquesta estratègia provoqui resistències en el pacient i pot 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 vers el canvi. Sovint passa que l'anomenat problema de manca de motivació de molts pacients, no és més que un problema d'ambivalència.

-

-

-

Veiem altres conceptes relligats amb aquest.

### **Clau per actuar**

-

### **"Moment d'oportunitat"**

-

### **Disonància cognitiva**

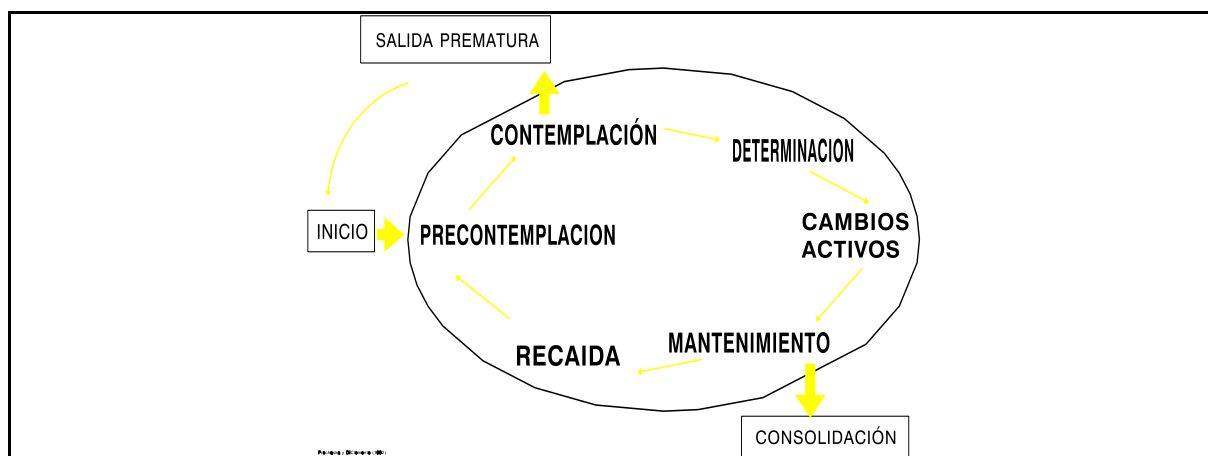
-

### **Reactància psicològica**

-

### **EL MODEL D'ESTADIS DEL CANVI**

És un dels conceptes més importants de l'EM. Definit per Prochaska i Di Clemente el 1989 i revisat el 1992 tal com aquí us el presentem.



### **Precontemplació**

La gent no veu cap problema en la seva conducta o en la seva manera de ser

-

### **Contemplació**

La persona està més oberta a considerar l'hàbit.

-

### **Determinació**

L'individu ja té certs dubtes sobre com està actuant i com hauria de fer-ho. Calen sentiments de confiança de ser capaç de controlar la nova conducta.

-

### **Canvis actius**

Estadi d'acció on les persones prenen el control de les seves vides per fer un canvi.

-

### **Manteniment**

El subjecte ha de concentrar-se activament en mantenir el canvi i consolidar-lo, ja que les "*tentacions*" (i atracció per la conducta antiga) encara que comencin a declinar hi són i continuen apareixen durant l'estadi de manteniment.

-

### **Recaiguda**

Es torna a les conductes anteriors.

-

Exercici.- A continuació, farem uns exemples per identificar els estadis en els que es troben una sèrie de persones respecte a un hàbit concret:

### **Cas 1**

### **Cas 2**

### **Cas 3**

### **Cas 4**

Els estadis descrits per Prochaska i Di Clemente funcionen tant si s'aplica teràpia com si els canvis són espontàniament realitzats per cada persona. Això significa que molta gent pot canviar els seus hàbits d'addicció sense una ajuda externa formal.

Quan els professionals d'Atenció Primària enfrontem el patiment dels pacients o de les seves famílies, hi ha la tentació d'anar directament a l'estadi d'acció i començar a prescriure objectius i estratègies pel canvi.

Si el pacient comença amb: "sí,... però..." típic de l'estadi de contemplació, probablement ho interpretem com una resistència. I si el professional comença a argumentar per vèncer-la immediatament es consolida la resposta de resistència, tancant-se un cercle que s'autoperpetua.

La resistència pot aparèixer quan el professional utilitza estratègies inadequades a l'estadi del pacient, o quan no s'utilitzen correctament.

Una vegada observats els fonaments, comencem ja l'aplicació pràctica a la consulta del professional d'Atenció Primària.

### **CONCEPTES GENERALS DE L'ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

**L'entrevista motivacional (E.M.)** consta d'una sèrie d'elements teòrics i pràctics que tracten d'enriquir les habilitats comunicacionals dels professionals d'Atenció Primària que treballen en un context epistemològic Biopsicosocial i que coneixen les tècniques de l'entrevista clínica semiestructurada.

#### **Característiques de l'entrevista motivacional**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>* Identifica fases de motivació</li><br/><li>* Persegueix que el paciente es posicioni</li></ul> |
|--|

\* Predomini del reenquadrament sobre elements informatius

\* Centrada en l'experiència del consultant

L'Entrevista Motivacional es basa en el Model bio-psico-social d'atenció, i permet al professional d'Atenció Primària l'aplicació d'una sèrie d'habilitats comunicacionals centrades en l'experiència del pacient sota un clima d'empatia, tolerància i cooperació mútua, respectant sempre les darreres decisions del consultant. Amb això traslladem el pes de la decisió cap el propi pacient. Ell és en última instància qui decidirà sobre el canvi o no canvi, i com el durà a terme: els professionals sanitaris poden ajudar recolzant el procés de presa de decisions del pacient, tenint en compte sempre quin és el nivell de motivació basal en cada cas.

No es tracta tant de fer una "**transfusió de voluntat**" com de provocar un "autotransplantament" de motivació dins del mateix individu.

Implica l'establiment del nivell de motivació en el que es troba el pacient i què és el que el motiva, per tal d'ajudar-lo a moure'l a través dels estadis, prenent decisions pel canvi. Implica escoltar els pacients, ajudar-los a parlar sobre els seus problemes i preocupacions, sobre els seus patrons de conducta, obtenint informació sobre ells i negociant objectius. Aquesta aproximació implica reconèixer que:

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

L'Entrevista Motivacional és més apropiada per la gent que es troba en estadi de Contemplació (que experimenten algun conflicte amb alguna de les seves conductes). Abans d'això 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 un clar escorament cap el canvi.

**L'entrevista motivacional es basa en cinc principis:**

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

## **EXERCICIS DE LA SESSIÓ 2<sup>a</sup>**

Frases per identificar components de les actituds

Frases per reconèixer LC i EA

Estadiar

**S E S S I Ó**  
**T E R C E R A**

**3a SESSIÓ : AJUDANT EL PACIENT A POSICIONAR-SE**

**GUIA DE LA SESSIÓ**

	Pàgina
Recordatori de conceptes anteriors.....	41
Objectius.....	43
Introducció.....	43
Marc teòric.....	43
Exercicis.....	59

## RECORDATORI DE CONCEPTES ANTERIORS

### CONCEPTES FONAMENTALS

A continuació farem un repàs dels conceptes més importants comentats en la darrera sessió. Convè fer l'esforç de definir-los en l'espai de la dreta abans de posar-ho en comú amb el professor.

Característiques de les actituds

Components de les actituds

Teoria de l'aprenentatge social

Model de Creences de salut

Susceptibilitat percebuda

Severitat percebuda

Beneficis percebuts

Barreres percebudes

Locus de control

Autoeficàcia

l'Ambivalència

Clau per actuar

Moment d'oportunitat

Disonància cognitiva

Reactància psicològica

Motivació

Estadi precontemplatiu

Estadi de determinació

Principis de l'entrevista Motivacional

## **Objectius**

Entendre i aplicar els principis i les habilitats bàsiques de negociació a la motivació dels pacients.

Aprendre i saber utilitzar habilitats concretes en el posicionament de la persona respecte l'hàbit a canviar

Reflexionar sobre les dificultats i trampes en aquesta fase de l'Entrevista Motivacional.

## **Introducció**

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

En aquesta fase pretenem que el pacient parli tant com pugui sobre els pros i contres de la seva conducta a tractar, i dels motius pels que pensa que hauria de canviar.

La principal dificultat representa tenir-ho que aconseguir amb l'estret marge de temps de que generalment disposem en les nostres consultes d'APS.

Per poder influir en el pacient ens cal establir on es troba, *posicionar-lo*. Per això és necessari que tingui l'oportunitat d'expressar tant clarament com pugui les seves preocupacions, i amb les seves pròpies paraules.

Per aquesta raó, és necessari començar amb una sèrie de criteris generals d'entrada a l'entrevista motivacional. Veiem-ne uns quants:

## **CONSELLS PER ENTRAR A L'ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

Elements esgronats precisos per a 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 (veure preguntes d'entrada i comodín).
6. Aplicar estratègies adaptades un cop el consultant ha estat estadiat.

En el posicionament del pacient el professional ha de plantejar-se tres tasques principals: Prioritzar l'hàbit a tractar, estadiar-lo i el·laborar un mapa de creences. També s'inicia paral·lelament una reflexió conjunta amb ell sobre els pros i contres de la conducta problema.

Tots tendim a creure'n's amb més força allò que ens sentim dir a nosaltres mateixos: Com més raons es posin en el costat del canvi, més poderoses seran les raons per intentar-ho.

Durant la consulta el pacient de vegades explica preocupacions o sentiments respecte 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 rutlla de la seva vida. Aquesta és una via d'entrada a la E.M.

Per exemple:

- 1.- "Fumar em limita la respiració"
- 2.- "Voldria aconseguir fer més exercici"
- 3.- "És superior a mí, ho reconec però tot i que em quedo intranquila no vaig a fer-me la revisió ginecològica quan hi estic citada".



Aquí és quan podem decidir ajudar el pacient. En aquesta fase, encoratgem 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.- Fer sumaris intentant destacar el més crucial del que s'ha dit.
- 4.- Destacar els aspectes positius del que s'ha dit i que no són preocupacions.
- 5.- Afavorir i provocar afirmacions d'automotivació.

Veiem-les una per una:

### **Preguntes obertes**

Les preguntes obertes són aquelles que no poden ser contestades només amb una o dues paraules, a diferència de les tancades. Les primeres inviten a un ampli ventall de respostes. Permeten i animen el pacient a explicar-se, tot augmentant la seva autopercepció del problema. La gent quan parla no sols recorda: bàsicament el·labora informació i emocions associades al que va dir.

Exemples:

"Com es sent fumant la quantitat que ara fuma?"

"Que el preocupa al veure aquestes anàlisi?"

Cap d'aquestes preguntes pot ser -en principi- contestada de manera senzilla.

Ajuden a que la persona s'obri, i l'encoratgem a que segueixi parlant.

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

Exercici.-A continuació farem una breu pràctica d'aquesta habilitat.

-  
-  
-  
-  
-

Les preguntes obertes són sobretot desbloquejadores i donen oportunitats durant l'entrevista d'utilitzar altres estratègies.

Tambè acostumen a ser una manera d'entrar a la E.M. des d'una consulta qualsevol dins el marc de l'APS, aleshores actúen com una mena de *preguntes "comodín"*.

La taula descriu algunes de les possibles preguntes d'entrada o comodín a la E.M.

**Frases d'entrada a l'entrevista motivacional:**

M'agradaria repassar amb vostè alguns aspectes de la seva salut que també són importants de tenir-los en compte...

Fent un repàs al seu historial hi veig alguns problemes preocupants per la seva salut...

Alguna vegada ha pensat en deixar algun... ?

Veig que aquest tema el preocupa...

En el seu cas aquest problema és força preocupant...

**Relació de l'individu amb l'hàbit:**

Explíquim més...

Què sap vostè de ... (l'hàbit a tractar)?

Pensa que..... (hàbit a tractar) pot perjudicar-lo?

Li preocupa per alguna altre raó?

Com afecta l'hàbit a la seva vida diària?

I vostè, còm ho veu?

Què opina la família/amics del seu hàbit?

En quins moments creu que el trobarà més a faltar?

**Profunditat de la motivació:**

Expliqui'm els motius que té per seguir fent... (l'hàbit)

S'havia plantejat alguna cop deixar-ho del tot?

Per què..... (ho va fer/no ho va fer?)

Si ho va intentar alguna vegada: Quins aspectes positius va notar aquell temps?

Està vostè disposat a que les coses segueixin així?

Ha pensat en els avantatges de deixar-ho?

Per què o per quí ho faria?

Ho veu difícil? per què?

De què diria que depèn més el deixar-ho, de vostè o dels altres?

*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 requereix molta concentració. Aquí el professional no es limita a "escoltar" el que el pacient diu, sino que va responent al que el pacient va dient. Per tant, no és un procés passiu: El professional és qui decideix què és el que reflecteix i què és el que ignora, què s'ha d'emfatitzar i desemfatitzar i quines paraules utilitzar.

Amb això es preté 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 clínica, una de poderosa és oferir una atenció empàtica i comprensiva sense emetre judicis ni donar seguretats prematures, ni donar solucions. És a dir, sense posar *barricades* al discurs del pacient.

El següent llistat defineix les respostes que NO són pròpies d'una escolta reflexiva:

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 què és 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. Tranquilitzar, donar mostres de simpatia o consolar
11. Interrogar o sondejar
12. Desentendre's, desconcertar, fer broma

(Gordon, 1970)

Aquests tipus de respostes són anomenades *barricades* perquè s'interposen en el camí del discurs del pacient. Tenen el mateix efecte que les barricades: Aturar, bloquejar, desviar, canviar de direcció el discurs del pacient que expressa

sentiments envers la seva conducta actual.

El professional que no utilitza l'escolta reflexiva el que fa és estar callat el temps necessari per trobar una resposta de la llista i després intervè hagi o no acabat de parlar el pacient. El missatge subjacent és "Escolta'm, jo ho sé millor". En lloc d'explorar i analitzar la seva situació, el pacient no té més remei que manejar-se amb la barricada.

Veiem-ne un exemple videogravat.

Barricades emprades pel professional.

1.
2.
3.
4.
5.
6.

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

Exercici de frases per reflexió i de preguntes obertes.

-  
-  
-

-

Les afirmacions d'escolta reflexiva poden ser bastant simples, o fer-se més complexes.

Es poden delimitar quatre nivells de profunditat:

1. Repetir. És la més simple. Es repeteix un element del que ha dit el pacient.
2. Refrasejar. El professional repeteix algun element dit pel pacient, utilitzant sinònims o alterant-lo lleugerament per tal de clarificar-lo.
3. Parafrasejar. Aquí el professional infereix el significat del que s'ha dit i ho reflecteix amb noves paraules, ampliant la perspectiva amb que ha estat comentat fins el moment.
4. Reflexió de sentiment. És la forma més profunda de reflexió. S'incorporen elements emocionals per fer que el pacient se n'adoni. (assenyalament emocional).

Generalment les reflexions més senzilles (1 i 2) es fan servir d'entrada quan encara no es coneix el sentit global de la conversa per aprofundir posteriorment quan la comprensió del problema va augmentant.

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

Registre d'observació de l'exercici:

-

-

-

-

-

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

### **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 cura i atenció i prepara el pacient per proseguir. A més a més, quan es fan afirmacions d'automotivació serveix perquè 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 endarrera 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 totes dues presents. Frases-nexe com "Per un costat...i per un altre" i/o "al mateix temps..." són útils.

Els sumaris s'han de fer de manera freqüent, utilitzant tant com sigui possible les expressions i metàfores del pacient.

*Els sumaris són espais per una descripció precisa d'allò que el pacient ens acaba de dir, no per exposar allò 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 a que el pacient en verbalitzi més. El problema és què fer amb les afirmacions que expresen raons de no canvi. Per aquestes últimes és fonamental no entrar a argumentar-les com ja s'ha comentat abans. Molts cops haurem de trobar la interpretació més positiva

que puguem.

Exercici.- Veiem un exemple videogravat.

-

-

En la fase de contemplació la gent sol tenir baixos nivells d'autoestima o poca confiança en les seves habilitats per canviar. Les reestructuracions positives serveixen per rehabilitar l'autoestima i el sentit d'autoconfiança del pacient. Si es fa amb habilitat aquesta tècnica pot movilitzar el procés cap endavant.

*Les paraules del professional tenen molt impacte en el sistema de creences del pacient:  
Cal escollir acuradament el què i el com es diuen les coses.*

### **Propiciar i provocar afirmacions d'automotivació**

Consisteix en què, mitjançant un conjunt de tècniques, el pacient es desenganxi de l'ambivalència i avanci cap a una decisió, tot resolent aquesta ambivalència. Aquest és un principi bàsic de l'Entrevista motivacional: ha de ser el pacient qui presenti els arguments per canviar. La tasca del professional és facilitar l'expressió d'aquests arguments.

Les argumentacions o afirmacions automotivacionals són de quatre categories:

Reconèixement del problema

Expressió de preocupació

Intenció de canvi

Optimisme

Veiem uns exemples de cada categoria.

- 
- 
- 
- 

Una manera directa de provocar afirmacions d'automotivació consisteix en preguntar. D'aquestes preguntes en diem **preguntes evocadores** i tenen la finalitat d'explorar les percepcions i preocupacions. Com a regla general s'assumeix que la persona se sent ambivalent i que per tant té motiu de preocupació.

Exercici.- Veiem uns exemples de preguntes per evocar afirmacions d'automotivació .

- 
- 
- 
- 

*Idealment s'ha d'aconseguir que el pacient arribi a voler convèncer-nos de la necessitat de que canviï.*

Per integrar aquestes habilitats fonamentals, ens exercitarem en un Rol Play: El Cas de la Maria:

Guia d'observació de l'alumne

TÈCNICA UTILITZADA PEL PROFESSIONAL	OPORTUNITAT PERDUDA



---

--	--

Un cop la persona tingui una actitud col.laboradora i s'hagi creat un clima de concentració, mitjançant les 5 tècniques comentades anteriorment, cal anar avançant cap a la determinació de canvi. L'estratègia general es basa en aprofundir en el nivell de conflicte. Per aconseguir-ho, existeixen diferents línies de treball durant l'entrevista.

**Explorar** el nivell d'autoestima i d'autoeficàcia i, si és possible, el nivell de locus de control intern.

**Reestructurar** les creences d'ineficàcia i els sentiments d'inferioritat o de falta de control intern, no en base a transfusions d'afalagaments sino de manera pràctica a partir de les seves experiències vitals (serà difícil trobar algú que no hagi tingut experiències d'èxit).

**Començar** per fites relativament fàcils d'assolir per tal d'enfortir aquest sentiment d'autoconfiança en les pròpies forces .

**Aportar** elements de resolució de situacions concretes. Mostrar com altres en les mateixes circumstàncies ho han aconseguit. Provocar la verbalització i consolidació dels elements més racionals.

**Mostrar** de la manera més nítida possible els objectius de salut respecte a la nova conducta.

Per tal que el diàleg sigui fluid i eficient, cal conèixer algunes tècniques concretes que permeten enllaçar la conversa i dirigir-la en la direcció del canvi. Aquestes darreres són més útils en les visites successives quan el pacient comença a incrementar la consciència respecte el seu hàbit.

### **Tècniques per incrementar el nivell de consciència respecte el canvi**

Són tècniques que es deriven dels principis explicats abans:

1.- Reforçar verbalment i no verbal les afirmacions d'automotivació.

.....  
.....

2.- Raonar els aspectes positius i negatius de la conducta antiga i de la nova a adquirir (Decissió balancejada)

.....  
.....

3.- Provocar l'elaboració demanant exemples específics, clarificant el cóm, quan, de quina manera, etc...

.....  
.....

4.- Utilitzant els extrems i altres tècniques d'influència (imaginar la pitjor de les conseqüències possibles, la reducció a l'absud, el comú dels mortals, etc...)

.....  
.....

5.- Mirar enrre: Visualitzar amb el pacient com era abans d'adquirir l'hàbit

.....  
.....

6.- Mirar endavant: Visualitzar amb el pacient com es trobarà després d'abandonar-lo

.....  
.....

7.- Explorar valors: Fer emergir els valors que són realment importants per la vida de l'individu

.....  
.....

8.- Paradoxa (Advocat del diable). És la més potent.  
Es tracta de col·locar el pacient en una posició en la que la resistència al professional resulti en la direcció correcta.  
També serveix per evitar el fenomen de "més del mateix"

És una tècnica bastant arriscada i requereix bastant ensinistrament. Cal utilitzar-la només quan altres estratègies no han funcionat.

.....  
.....

Exercici.- Treballarem un exercici per tal d'enllaçar tota la intervista amb les tècniques de recolçament narratiu pròpies de l'entrevista clínica semiestructurada (Empatia, facilitacions, clarificacions, asenyalaments, silencis, frases per repetició, ..)

***Atenció amb les trampes que sorgeixen en la entrevista!***

Les podríem definir com maneres d'encarar l'entrevista que generen resistències en el pacient

N'hi han de diferents tipus:

**LA TRAMPA DE LA PREGUNTA-RESPOSTA**

.....

.....

### LA TRAMPA DEL ENFRONTAMENT- NEGACIÓ

.....  
.....

### LA TRAMPA DE L'EXPERT

.....  
.....

### LA TRAMPA DE L' ETIQUETA

.....  
.....

### LA TRAMPA DE LA FOCALITZACIÓ PREMATURA

.....  
.....

### LA TRAMPA DE LA CULPABILIZACIÓ

.....  
.....

### **Exercicis de Rol Playing, utilitzant les tècniques anteriors**

A continuació, posarem en pràctica el màxim de tècniques explicades en casos habituals d'atenció primària.

Cal estar atents, tot apuntant en els quadres següents les observacions que fèu.

#### Rol-Play 1

CURS DE TÈCNiques MOTIVACIONALS A L'ENTREVISTA CLÍNICA

Afirmacions de preocupació	preguntes obertes	oportunitats perdudes

R-P 2

Afirmacions de preocupació	preguntes obertes	oportunitats perdudes

R-P 3

Afirmacions de preocupació	preguntes obertes	oportunitats perdudes

CURS DE TÈCNiques MOTIVACIONALS A L'ENTREVISTA CLÍNICA

---

Afirmacions de preocupació	preguntes obertes	oportunitats perdudes

R-P 4

Afirmacions de preocupació	preguntes obertes	oportunitats perdudes

Videograbacions de repàs

## **Resum i enquadrament del tema**

Una vegada hem decidit entrar a utilitzar estratègies motivacionals amb un pacient, la primera tasca a fer és posicionar-lo. Això vol dir començar a fer tres coses d'entrada:

- ajudar que el pacient prioritzi l'hàbit a parlar,
- estadiar aquest hàbit i paral·lelament
- elaborar un mapa de les creences de la persona respecte a l'hàbit en qüestió.

Poc a poc es va produint un fènomen: El pacient va adquirint consciència sobre els factors que influeixen en la seva conducta no desitjada, i alhora va augmentant la percepció de que pot amb ella. Va -com si diguéssim- carregant de benzina el motor del canvi: la motivació.

Les preguntes obertes i els sumaris estimulen les afirmacions de preocupació del pacient: el professional recompensa aquestes afirmacions de preocupació amb frases reflexives.

En contrapartida quan el pacient explica raons per no canviar, el professional segueix una escolta activa dirigint la conversa cap a tècniques que reestructurin les creences, en ordre a estimular afirmacions de preocupació.

### EXERCICIS DE LA SSESSIÓ 3<sup>a</sup>

A/

A continuació anem a analitzar un diàleg entre una pacient ambivalent respecte a la seva relació de parella. El professional, en lloc d'explorar la situació de la pacient mitjançant escolta reflexiva, li posa barricades. La pacient s'ha de manejar amb aquestes barricades. Cal identificar quin tipus de barricada s'empra en cada interacció.

Pac.- La veritat és que no sé si deixar-lo o no..

Prof. Hauries de fer allò que et sembli més correcte

.....  
.....

Pac.- Aquesta és la qüestió! No ho sé pas el què és més correcte!

Prof.- Sí que ho saps. En algun lloc, dins teu, ho saps.

.....  
.....

Pac.- Bé, em trobo atrapada, ofegada amb aquesta relació...

Prof.- Potser et tindries que separar una temporada i veure com et sents

.....  
.....

Pac.- Però jo l'estimo, i sé que li podria fer molt mal si el deixo.

Prof.- De tota manera si no ho fas, et faràs mal a tu mateixa i et pot arribar a destruir la teva vida.

.....  
.....

Pac.- Però si el deixo així, no serà alguna classe d'egoïsme per la meva part?

Prof.- Només és el que has de fer per cuidar de tu mateixa.

.....



.....

Pac.- Tanmateix no tinc idea ni de com fer-ho...

Prof.- Estic segur que després et trobaràs millor.

.....

.....

B/

A continuació anem a exercitar-nos en habilitats d'escolta reflexiva. Cal fer una frase per reflexió 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...

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....



C/

Exercitarem ara la tècnica de l'advocat del diable. Construiu respostes a les afirmacions següents, tot utilitzant aquesta tècnica. Procureu no despertar l'antagonisme del vostre pacient.

Soc una nul.litat autèntica!. Ni que visqués cent anys podria aconseguir tenir prou força de voluntat per llevar-me a fer el exercicis físics.

.....  
.....

.....  
.....

No, si jo ja ho veig clar que he de posar atenció amb aquesta medicació. El que passa és que vosté no sap el desastre que sóc..., no me n'enrecordo mai que l'haig de prendre.

.....  
.....

.....  
.....

De tot allò que vàrem quedar que faria, de deixar el tabac, la veritat ho vaig deixar porque no hi veia cap millora, al contrari vaig començar a estossegar encara més.

.....  
.....

.....  
.....

**S E S S I Ó**  
**Q U A R T A**

**QUARTA SESSIÓ: AJUDANT EL PACIENT A DECIDIR SOBRE EL CANVI**

**GUIA DE LA SESSIÓ**

	Pàgina
Recordatori de conceptes anteriors.....	64
Objectius.....	65
Introducció.....	65
Marc teòric.....	66
Exercicis.....	79

## RECORDATORI DE LA SESSIÓ ANTERIOR.

### CONCEPTES FONAMENTALS

A continuació farem un repàs dels conceptes més importants comentats en la darrera sessió. Convè fer l'esforç de definir-los en l'espai de la dreta abans de posar-ho en comú amb el professor.

Concepte	Definició
----------	-----------

Pregunta oberta	
-----------------	--

Frase reflexiva	
-----------------	--

Sumari	
--------	--

Reestructuració positiva	
--------------------------	--

Advocat del diable	
--------------------	--

Frase barricada	
-----------------	--

Pla d'entrevista	
------------------	--

Trampa enfrontament-negació	
-----------------------------	--

Trampa de la focalització prematura	
-------------------------------------	--

Trampa de la culpabilització	
------------------------------	--

Preguntes evocadores	
----------------------	--

Explorar valors	
-----------------	--

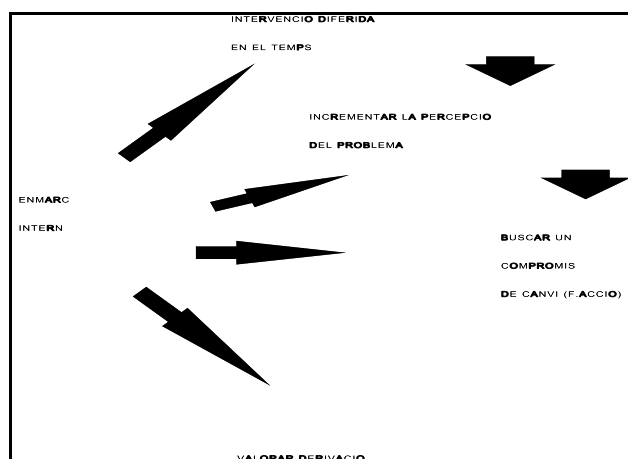
El·laboració del pacient	
--------------------------	--

## OBJECTIUS

- Consolidar les tècniques d'entrevista ja apreses.
- Incrementar el nivell de preocupació i de reflexió del pacient respecte la seva conducta.
- Practicar eines de reflexió de la conducta. (diari de salut, full de balanç).
- Desenvolupar habilitats en la negociació del canvi.
- Aplicar habilitats per ajudar el pacient a decidir sobre el canvi.

## Introducció

Una vegada posicionat el pacient en el seu hàbit, el professional ha de decidir com seguir l'entrevista. Siguent realistes hem de reconèixer que no disposem de tot el temps que voldriem; que tots els pacients no requereixen la mateixa estratègia i que no tenim els mateixos coneixements sobre tots els problemes. Davant d'un pacient que assumeix la necessitat de canviar, el professional ha d'establir el seu marc intern per definir en quin grau ha de seguir l'abordatge d'aquest pacient.



Seguidament farem una pràctica per reconèixer els factors que influeixen en l'emmarc intern:

- 
- 

En aquesta sessió discutirem quan i com intentar incrementar la percepció del problema i quan buscar un compromís de canvi. Sempre tenint en compte el nivell d'ambivalència, les resistències, tot intentant intuir quan apareixen indicadors de canvi.

### **Fase de reflexió**

**Objectiu:** Estudiar en profunditat el/s hàbit/s a canviar.

#### **S'utilitza quan:**

- Segons el tipus de conducta a canviar
- No hi ha indicadors de canvi
- Disposem de temps suficient
- Tenim el suport d'altres professionals entrenats
- Un pacient no és plenament conscient del seu problema (alcohol, obsessat...) i sobretot de les circumstàncies que s'hi relacionen.
- Els diferents elements motivacionals no han estat abordats amb suficient amplitud
- Existència de comprensió i de col.laboració suficients

La finalitat és ajudar el pacient a estar el més atent possible a tots els motius per canviar o per no fer-ho, ajudant-lo a aconseguir una visió el més objectiva possible per decidir o no el canvi.

Una de les raons per obtenir informació sistemàtica i observar-la conjuntament és que els patrons de conducta en estudi molt sovint no són evidents a la persona en tota la seva extensió. Per altra part la gent tendim a donar-nos més compte de les coses positives habituals en nosaltres; mentre que els records desagradables tendeixen a esborrar-se, a no recordarse.

S'han d'utilitzar amb una actitud col.laborativa que presuposa que el professional no té una visió fixa i que està disposat a mirar cap a les dues bandes (canvi/no



canvi).

El tipus d'informació que ens cal obtenir variarà segons la conducta a estudiar: prendre la tensió arterial, pesar i omplir fulls de control de pes, fer un perfil sobre la ingesta enèrica, determinacions analítiques (colesterol, gammaGT,...), test de dependència, etc...

Exercici.- El·laborar conjuntament amb el pacient la informació obtinguda.

-

-

-

*En aquesta fase es preté fer més evidents els patrons de conducta.*

-----

## **RECURSOS**

Aquesta sessió es centra en dos fonts d'informació: el diari de salut i el full de balanç.

### **DIARI DE SALUT**

Registre sistemàtic de la freqüència amb què succeix una conducta i d'altres aspectes rellevants.

També es pot anomenar automonitorització i pot ajudar a incrementar l'autopercepció de què està passant, en el moment en què passa. Per exemple hom podria monitoritzar la seva ingesta de grasses mitjançant l'anotació de cada cosa que ha menjat en una setmana, posteriorment pot revisar-se per comprovar quantes de les menjades són altes o baixes en grasses.

És més útil i precís recollir informació de forma diària que setmanal.

Proporciona informació sobre aspectes de com aconseguir el canvi, permet veure les pautes i l'estil de fer de la persona i treure'n observacions que ens permetin proposar canvis específics en els seus hàbits.

És més útil si és referit a curts espais de temps.

És útil per monitoritzar tant les conductes que hom vol reduir (ex. fumar) com les que vol augmentar (ex. exercici).

*El diari de salut pot ajudar els pacients a augmentar la seva percepció sobre patrons de conducta i les seves conseqüències.*

Exercici.- Veiem a continuació un exemple.

-  
-  
-

L'estratègia és tractar el pacient com algú que pot prendre les seves pròpies decisions respecte a la seva salut.

S'ha de ser respectuós amb les opinions del pacient. Sigui quina sigui la decisió que prengui, anirà amb ell, i haurà de conviure amb les seves conseqüències.

## **FULL DE BALANÇ**

El full de balanç serveix per arribar a tenir el més clar possible en tots els àmbits les dificultats i els beneficis sobre aspectes concrets d'una determinada conducta de salut i de qualsevol canvi.

En la seva forma més senzilla és un full de dues columnes amb raons per canviar i raons per no canviar.

Es útil dividir el full en renglons de diferents fets biopsicosocials associats per assegurar-nos que no oblidem res important.

Exemple de full de balanç d'ingesta enòlica:

<i>FULL DE BALANÇ</i>	En contra del canvi Raons per seguir igual	A favor del canvi, ó Raons per canviar
Aspectes físics	Els canvis corporals <b>són normals</b> a aquesta edat  Mandra de fer esport	m'estic engreixant digestions llargues i pesades cansanci, mal humor tremolor de mans inestabilitat
Estat d'ànim	Poc animat: Millor no intentar-ho	més irritable menys pacient
Vida familiar	No crec que millorin gaire les coses	una mica desatessos l'esposa i fills, els hi sembla que bec massa
Relacions socials	em sento com tots, surto amb els amics	no donaré la nota com quan bec massa
Aspectes legals	Fins ara només he tingut un entrebanc	retirada carnet multa
Treball	vaig tirant segons les costums i rutines	Potser recuperi la fermessa del pols
Aspectes econòmics	Anem justos però no falta res important	Gasto molts diners, podria comprar...
Temps lliure	surto fins de setmana amb la família i els amics	podria fer esport i sortir en bici amb la família
Aspectes lúdics	m'agrada beure, és un plaer que m'ajuda	Hauré de trobar altres plaers i relaxants
Efectes sobre	Tinc dubtes respecte si ho	inseguretat, tremolors,

CURS DE TÈCNIQUES MOTIVACIONALS A L'ENTREVISTA CLÍNICA

<i>FULL DE BALANÇ</i>	En contra del canvi Raons per seguir igual	A favor del canvi, ó Raons per canviar
la confiança	lograré	inestabilitat

Omplir un full de balanç és una tasca col.laborativa.

Primer s`ha d`animar el pacient a treure`n conclusions per si mateix.

Sovint les conclusions del costat positiu solen ser immediates i/o temporals, mentre que les dels aspectes negatius solen tardar més en aparèixer però duren més.

Exercici.- Fer i analitzar un full de balanç. Omplir el següent full de balanç:

FULL DE BALANÇ	A FAVOR	EN CONTRA
Aspectes físics		
Aspectes psíquics		
Aspectes econòmics		
Aspectes legals		
Aspectes familiars		
Aspectes socials		
Aspectes laborals		
Aspectes lúdics		
Temps lliure		

Autoconfiança		
Altres		

Comentaris

-

-

-

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 en canviar.

Per comentar amb el pacient el resultat s'utilitzaran les tècniques ja conegudes: Preg. obertes, escolta reflexiva, donar suport, fer sumaris, facilitar afirmacions d'automotivació.

## FASE D'ACCIÓ

Objectius:

Ajudar el pacient a decidir el canvi.

Col.laborar en l'elaboració d'un pla acceptable pel pacient.

Abordar el maneig de situacions de resistència al canvi.

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 implicarà per ell i el seu entorn.

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

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

Exercici.- Anotar indicadors de canvi de la següent entrevista:

- 
- 
- 
- 

Indicadors de que el pacient està preparat pel canvi, tenint en compte aspectes verbals i no verbals.

- Disminució de resistència
- Disminució de preguntes respecte el problema
- Estat de disposició
- Afirmacions de automotivació
- Increment de preguntes respecte el canvi
- Veure el futur amb la nova conducta
- Experimentació

Pot semblar que una vegada el pacient vol canviar ja tot és molt senzill, però això realment no és així. Hi ha uns perills que no poden menysprear-se:

- Infraestimació de l'ambivalència
- Prescriure un pla inacceptable pel pacient
- Manca de direcció

En la fase d'acció cal desenvolupar una sèrie de tasques mitjançant unes tècniques:

Tasques	Tècniques
1.- Verbalitzar el canvi	Sumari + preg.activadora

<p>2.- Negociar el pla  Fites del pacient  útils  inèrcia del canvi  medibles  Opcions  Concretar el plan: data, seguiment,  i entorn</p>	<p>preg. obertes  frases per reflexió  sumaris  preg. activadores</p>
---	---

L'estratègia és començar fent un resum sobre la situació del pacient, que també té com 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, que és una qüestió perquè el pacient pensi i parli respecte el canvi. (Ex.: Què ha de fer?; què pensa que ha de canviar?)

Exercici.-Observar preguntes activadores en aquestes entrevistes

- 
- 
- 

### **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 de la trampa de confrontació-negació, on el professional dona un missatge i el pacient contesta que no és correcte, o que per ell no és vàlid. Per evitar això, hi ha diferents camins:

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

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

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

*Les preguntes activadores pretenen que el pacient verbalitzi el canvi. Si no es sentís preparat, hauriem de tornar a explorar les seves idees o dubtes, o caldria una altre cita, deixant un període de temps perquè maduri la seva decisió.*

Exercici.-El pacient que no vol canviar. Comentaris.

-

-

## RESISTÈNCIES

Les resistències estan molt relacionades amb el tipus d'interacció professional-pacient.

*Des de la perspectiva Teoria dels estadis del Canvi, la resistència significa que no s'està aplicant l'estratègia adequada a l'estadi del pacient.*

Exercici.- Observar la següent entrevista. Comentaris.

-

-

-



-

La resistència pot ser verbal o no verbal. I pot agrupar-se en diferents categories:

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>-Argumentar (desafiar, devaluar o agredir al professional).</li><li>-Interrompre (tallar o no deixar acabar)</li><li>-Negar (minimitzar, excusar, pesimisme)</li><li>-Ignorar (no atenció, no respondre, canviar de tema).</li></ul> |
|--|

Aquestes resistències són normals en les fases inicials de l'entrevista, però la seva persistència representa un greu problema.

Estratègies davant les resistències:

- Frases per reflexió
- Focalitzar
- Empatitzar i cedir en alguns aspectes.
- Emfatitzar en la llibertat i el control del pacient
- Reestructurar
- Paradoxa Terapèutica

### **NEGOCIAR EL PLA**

Exercici.-Comentar l'entrevista del professional que dóna el seu pla.

-  
-  
-  
-

Un cop el pacient ha respost a les preguntes activadores, s'ha de començar a el·laborar i negociar un pla, que hauria d'incloure:

- Les fites del canvi
- Les opcions per arribar-hi
- Concretar el pla

Per aconseguir això s'utilitzaran les tècniques ja comentades de preguntes obertes, activadores, sumaris així com altres tècniques de negociació, essent de cabdal importància el mantenir un clima adient d'entrevista.

### **Les fites del canvi**

El primer punt és conèixer clarament les fites o objectius cap a on es mou el pacient. S'utilitzen preguntes activadores, com són:

"Cóm li agradaria que anessin les coses per ser diferents?"

"Què vol canviar?"

"Per on començar?"

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

Exercici.-Comentar el següent rol-play: un pacient que no vol deixar del tot el seu hàbit:

-  
-  
-  
-

Les fites haurien de ser: útils, concretes i assumibles. El professional hauria d'ajudar el pacient a trobar-les, però de fet no es poden imposar. Es pot donar un consell però és sempre el pacient qui ha d'escollir. Si som molt insistents és fàcil

que provoquem resistències més que acords. És preferible mantenir una aliança de treball i començar pels objectius pels que el pacient està motivat.

S`ha de tenir en compte que les fites mal dirigides aviat es fan insuficients. També s`ha de valorar que petits canvis en un problema poden produir beneficis en altres esferes de la vida del pacient, siguent inclús catalitzadores de canvis més profunds.

Quan hi ha discrepàncies entre deixar o reduir un 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 fites es passarà a parlar de com conseguir-ho. S`ha de tenir en compte que:

- És important escollir un camí apropiat.
- Malgrat els esforços del professional, el pacient pot no escollir el camí que hom pensi que és millor per ell.
- S`ha de preparar el pacient perquè no el desanimi això.
- S`han de conèixer els recursos disponibles.

Exercici.- Un pacient que escull opcions "incorrectes":

- 
- 
- 

Al descriure les diferents alternatives:

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

### **Concretar el pla**

Per negociar el pla cal el·laborar un camí per treballar conjuntament amb el pacient. És important que el pacient s'hagi contestat les següents qüestions:

- Quina és la principal raó per canviar.
- Quina és la principal fita del canvi.
- Quines coses planeja fer per assolir els objectius i com les prioritza.
- Quines persones el poden ajudar.
- Quin és el primer pas que vol fer.
- Espera que el seu pla tingui resultats positius.?

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

Per acabar, s'ha de fer un resum del pla. Cal aconseguir un compromís verbal del pacient. Pot ser útil utilitzar estratègies de la primera fase de l'entrevista per aclarar dubtes o dificultats del pacient pròpies de la ambivalència. És aconsellable fer públic el compromís a la parella (o altres persones), però sempre amb permís del pacient. També és convenient, si el pacient ho vol, comunicar-ho a altres professionals que també s'ocupin d'ell.

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

Exercici.- Rol-play comentant la informació amb la parella.

1<sup>a</sup> entrevista

-

-

2<sup>a</sup> entrevista

-

-

Pràctica: comentar les següents entrevistes.

1<sup>a</sup>

2<sup>a</sup>

3<sup>a</sup>

## EXERCICIS DE LA SESSIÓ 4<sup>a</sup>.

Fer els següents exercicis per la propera sessió

A/

Comentar el tipus d'estratègies en les respostes del professional:

En Joan porta un diari de consum enòlic força elevat:

Professional.- Cari, déu-n'hi dó el què beu, no li sembla?

-

La mateixa situació:

Professional.- Aquesta és la quantitat total que beu. Què li sembla?

-

B/

El·laborar un sumari i una pregunta activadora en els següents casos.

Drogaddicte que fa algun temps que vol deixar l'heroína, però tot al seu entorn l'empeny al consum. Ara ha viscut la mort d'un col·lega per SIDA i vol començar.

-

-

-

Dona de 65 a. que no ha anat mai al ginecòleg però ha viscut un cas familiar d'un càncer i està ambivalent, amb idees cancerofòbiques, que sembla que es vol decidir.

-

-

-

C/

Tracteu d'esbrinar els tipus de problemes que poden sorgir de la següent entrevista:

PROF.-Després de comentar que vol deixar l'alcohol, hauria de decidir com fer-ho. Què en pensa al respecte?

PAC.- (pensatiu) Doncs no ho sé, a vosté que li sembla?.

PROF.-Jo crec que lo millor, en el seu cas, és que ho deixi de cop.

PAC.- (creuant les cames, i desviant la mirada). Si ja veig que seria lo millor, però en el meu cas... així de cop, jo no crec que pugui (Negant amb el cap).

-

-

-

El·laborar una alternativa:

-

-

-

D/

Tracteu d'esbrinar els problemes que poden sorgir d'aquesta entrevista.

Teresa és una pacient de 55 a, diabètica i amb un sobrepès important (IMC:35) que es visitada pel seu nou sanitari. Després de parlar de la dieta ella està d'acord en que l'ha de fer i ha de perdre pes. Es produeix la següent interrelació:

PROF.- Teresa d'una part hem estat parlant dels problemes que li produeix el seu pes, tant per la D.M. com per la salut en general; però per l'altra part vostè em comenta que li agrada molt menjar i que li és molt difícil fer exercici. A partir d'això què vol fer?

PAC.- He de perdre pes, així no puc seguir.

PROF.- Bé, doncs ara li explicaré el que farem, li sembla bé?

PAC.- Sí, sí. Vostè dirà.

PROF.- Miri el que hem d'aconseguir és que el seu pes s'apropi el més possible al seu pes ideal, que és... (consultant unes taules) 57 Kg.

PAC.-(Interrumpint) Ooh..., què diu, si això no ho he pesat mai.

-

-

-

-

E/

Llegir la següent entrevista, observant les tècniques emprades .

Situació: Isabel és una pacient diabètica i obesa de 55 anys, amb un control metabòlic deficient i que ha fet diferents dietes sense aconseguir mai perdre pes d'una forma permanent. Va anar a la consulta del seu nou professional fa una setmana per un control analític (HbA1c 8.5). Van abordar els diferents aspectes de la seva dieta quedant per una posterior visita per analitzar el full de balanç que es va comprometre a realitzar. Es produeix la següent interacció:

1-PROF.- Hola Sra. Isabel, vostè dirà...

2-PAC.- Hola. Vinc per allò del sucre.



3-PROF.-Molt bé. I com ha anat aquests dies?

4-PAC.- He tornat a començar a fer la dieta, però és molt pesat i estic marejada com sempre que començo un règim.

5-PROF.-Així ha tornat a fer la dieta? Excel·lent, veig que s'està esforçant!

6-PAC.-Sí però noto que no m'aprimo gens per la gana que passo.

7-PROF.-És a dir, que malgrat l'esforç que vosté ha fet, pensa que no ha servit per res.

8-PAC.-Home tant com això no! Fixi's la faldilla em va més ampla.

9-PROF.- I tot això en una setmana!

10-PAC.-És veritat. Sí que n'estic satisfeta.

11-PROF.- Me'n alegro!. Aquell full que li vaig donar, se l'ha mirat?

12-PAC.- Ui, és molt enrabessat, només he fet això. (li ensenya un paper tot arrugat).

13-PROF.- Ah! està molt bé (tot estirant el paper amb les dues mans). Què li suggereix?

Comentar les tècniques utilitzades en:

3 -----

5 -----

7 -----

9 -----

13 -----

F/

Comentar els tipus de resistència i la tècnica utilitzada pel professional:

PAC.- Ui, doctor, és que jo tinc molta gana, i (*Negant amb el cap*) a mi això de les dietes ....

PROF.- És a dir, que vosté pensa que no pot seguir una dieta.

Tipus de resistència:

.....  
.....

Tècnica utilitzada

.....  
.....

PAC.- Miri que jo n'he començat de dietes, però no m'hi veig capaç.

PROF.- Doncs potser en el seu cas lo millor serà no fer res més.

Tipus de resistència:

.....  
.....

Tècnica utilitzada

.....  
.....

Comentar el tipus de resistència i el·laborar la resposta del professional:

PAC.-Home, una mica de pes sí que em sobra, però tampoc n'hi ha per tant. De fet jo sempre he estat fort i a més a més, em trobo bé.

Tipus de resistència:

.....  
.....

Resposta del professional

.....  
.....

PAC.- (Aixecant una mica el to de veu) Jo per perdre pes necessito ajuda.

PROF.- Ajuda?

PAC.- Sí, algun medicament. És que vosté té molta mania en no donar res per fer perdre la gana, en canvi a les farmàcies diuen que hi ha coses que van molt bé.

Tipus de resistència:

.....  
.....

Resposta del professional

.....  
.....

**S E S S I Ó**  
**C I N Q U E N A**

**SESSIO 5<sup>a</sup>: ESTRATÈGIES ADAPTADES A CADA ESTADI .**  
**EL MANTENIMENT DEL CANVI.**

**GUIA DE LA SESSIÓ**

	Pàgina
Recordatori de conceptes anteriors.....	87
Objectius.....	88
Introducció.....	88
Marc teòric.....	89

## RECORDATORI DE LA SESSIÓ ANTERIOR

### CONCEPTES FONAMENTALS

A continuació farem un repàs dels conceptes més importants comentats en la darrera sessió. Convè fer l'esforç de definir-los en l'espai de la dreta abans de posar-ho en comú amb el professor.

Concepte	Definició
----------	-----------

Diari de salut	
----------------	--

Full de balanç	
----------------	--

Preguntes activadores	
-----------------------	--

Indicadors de canvi	
---------------------	--

Patrò "si, però..."	
---------------------	--

Elements d'un pla d'acció	
---------------------------	--

Característiques de les fites del canvi	
---	--

Resistència argumentativa	
---------------------------	--

Resistència negant	
--------------------	--

Paradoxa Terapèutica	
----------------------	--

Reestructuració	
-----------------	--

Focalitzar	
------------	--

Cessió	
--------	--

Respecte per la darrera decisió del pacient

## **Objectius**

- Sistematitzar els coneixements i habilitats adquirits durant el curs.
- Aplicar les eines d'entrevista motivacional adaptades a cadascun dels estadis de canvi.
- Avaluar els factors d'alt risc de recaigudes i aplicar les estratègies més adients pel manteniment del canvi.
- Desenvolupar el model d'entrevista motivacional en el marc d'intervencions breus.
- Valorar entre tots els participants situacions difícils plantejades.

## **Introducció**

Aquesta darrera sessió preté donar una visió de conjunt de l'entrevista motivacional pel canvi d'hàbits; i, en especial per l'estadi de manteniment. Al llarg de les darreres sessions hem anat construint amb cura, i pas a pas, com si d'una peça d'artesanía es tractés, cadascun dels elements necessaris de l'entrevista motivacional. Això ha de facilitar tenir un coneixement profund de les diverses habilitats que la componen, així com una certa pràctica de les mateixes.

El que tractarem a continuació és integrar tota aquesta informació per utilitzar-la de forma còmoda i pràctica a la nostra realitat assistencial.

Som conscients de que algunes de les estratègies a desenvolupar tenen una certa complexitat i que, per tant, els professionals que vulguin aplicar-les amb profunditat hauran de practicar d'una manera continuada. La finalitat última del curs és, per tant, proporcionar eines per treballar sistemàticament un model



d'entrevista per l'educació per la salut dels pacients, així com en tots aquells casos on es consideri prioritari el desenvolupament de canvis.

Exercici: Anoteu en el requadre les diferències més significatives que trobeu entre ambdúes interaccions.

1º versió	2º versió
-	-
-	-
-	-
-	-

*La motivació no es pot considerar una característica de la personalitat de l'individu que es posseeix o no; sino més aviat, el resultat d'interaccions amb altres persones significatives.*

### ESTADIS DEL CANVI

Recordem de nou que els individus es mouen de: 1) no ser conscients o no desitjar fer quelcom sobre un problema, a 2) considerar la possibilitat de canvi, 3) arribar a prendre una determinació i estar preparats per realitzar un canvi, i 4)

finalment , executar una acció i mantenir aquest canvi a través del temps.

*El coneixement dels estadis del canvi és clau en l'entrevista motivacional.*

*La tasca prioritària del professional és ajudar a que el pacient transiti dins d'aquest cercle cap el canvi d'hàbits i el seu manteniment.*

## **ESTRATÈGIES ADAPTADES ALS ESTADIS DEL CANVI.**

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

1. Creences i expectatives del pacient.
2. Influència o pressió social.
3. Duració 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.

Cal insistir sobre el paper decisor del professional per ajudar a que els pacients transitin en la roda dels estadis del canvi desenvolupada per Di Clemente i Prochaska.

Els estadis del canvi sovint no es presenten amb fronteres nítides, sino que apareixen com un continuum d'un mateix procés a través del qual tothom es mou,

però de manera individualitzada. En alguns pacients el trànsit pels diferents estadis és molt marcat i sistemàtic fins arribar a l'estadi d'acció mentre que en altres és molt variable en el temps, i inclús pel mateix fenomen de l'ambivalència, els trobem immersos en diferents estadis quasi simultàniament.

Exercici: intenteu descriure d'aquestes seqüències de vídeo per quin estadi va transitant el pacient.

	ESTADI
Seqüència n° 1	
Seqüència n° . 2	
Seqüència n° . 3	

Com hem vist, aquests trànsits, de vegades molt ràpids en el temps, comporten per part del professional estar molt atent sobre quin serà el nivell d'actuació més indicat a cada situació, així com aprofitar aquelles finestres terapèutiques que facilitin el compromís del pacient pel canvi.

***El professional d'Atenció Primària haurà de treballar la motivació dels pacients des d'una perspectiva estadi-específica, i no solsament 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 en canviar-la. De fet no veuen aquesta conducta com un motiu de preocupació o al menys no creuen que sigui tan problemàtica com ho veuen els demés.

-

-

**EXERCICI: el cas d'en Jaume**, un jove de 18 anys que mante una conducta sexual de risc. Les finalitats d'aquest exercici son:

\* Estadiar

\* Aplicar estratègies específiques a l'estadi.

-

-

Els pacients en estadi precontemplatiu, sovint són individus catalogats de resistents o negadors de la realitat. Seguint a C. Di Clemente existeixen però, diverses raons per romandre en l'estadi de precontemplació, resumides en les anomenades "quatre R":

**1. Reluctància.**

**2. Rebelió.**

**3. Resignació.**

#### **4. Racionalització.**

**Els precontempladors reluctants** són aquells que per manca de coneixement o per inèrcia no desitgen considerar el canvi, més que no per una actitud resistent al canvi. L'estratègia més aconsellada pel seu abordatge és oferir feed-back de forma empàtica.

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

En aquests casos convé proporcionar diverses alternatives perquè pugui escollir, si ho desitgen. Tantmateix, caldrà treballar amb les resistències. Caldrà tenir molta cautela a l'hora d'utilitzar qualsevol de les estratègies que tenim a l'abast. Entre elles destacar l'aplicació de:

1. Reflexions (simples, ampliades, cap els dos sentits)
2. Evitar les resistències.
3. Mostrar-se d'acord amb petits matissos.
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 precontempladors resignats no hi 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 cal proporcionar esperança, i explorar les barreres pel canvi si volem que el pacient mostri quelcom de motivació per 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 altres persones però no per ells. Les resistències del precontemplador racionalitzador apareixen fonamentalment en les seves creences i no tant en les emocions.

Sospitem la seva presència quan la interacció comenci a semblar-se més a un debat que no pas 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-ho.

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

**EXERCICI:** a continuació cal anotar cadascún dels apartats sobre les següents entrevistes videograbades.

Pacient	Estadi de Canvi	Problemes	Tècnica aplicada	Comentaris
---------	-----------------	-----------	------------------	------------

Sr. Martinez

Sr. Mateu  
(1º versió)

(2º versió)

Sr. Alvarez

**EXERCICI:** a continuació treballarem el cas d'una pacient mal complidora del tractament.

-

-

-

Un dels problemes observats en l'atenció d'aquets pacients és pensar que "més, sempre és millor". Més educació, més tractament, més insistència serán necessaris per produir més canvis. Res més lluny de la realitat amb els pacients

precontempladors. A més intervencions sovint obtindrem menys resultats. Cal per tant que "economitzem" esforços (cognitius i emocionals) si volem incrementar la nostra eficàcia , així com acceptar les limitacions existents. D'això se'n diu fenòmen de "més del mateix".

*L'estadi precontemplatiu ha d'èsser observat no com una situació irresoluble, sino 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 manera sobre l'estadi de contemplació. El pacient es troba ja en un moment adequat per considerar el problema i la possibilitat de canviar. Malgrat això, el fenòmen de l'ambivalència pot fer de la contemplació un estadi cronificat, i per tant, molt frustrant.

Malgrat 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 en base a l'individu i no per la informació rebuda. Encara que el pacient sembli molt interessat pel problema, aixó pot no comportar compromís pel canvi.

Per tant, un aspecte fonamental en aquesta fase, es centra en desenvolupar estratègies adients per moure els individus des de la contemplació fins a la determinació, així com estar a punt per pendre una acció determinada.

Les estratègies generals d'actuació en l'estadi de contemplació es resumeixen en:



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

Totes aquestes estratègies tenen com a finalitat incrementar la disonància cognitiva dins un clima empàtic.

Recordem aquí la importància que té l'aplicació en aquest estadi contemplatiu, de les cinc estratègies inicials de l'entrevista motivacional: preguntes (qüestions) obertes, escolta reflexiva, donar suport, fer sumaris i afavorir afirmacions automotivacionals. Totes aquestes estratègies semblen les més adients per assistir 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 pel canvi i una raó principal per la contemplació crònica.*

**EXERCICI:** tracta d'anotar en l'espai següent possibles respostes al discurs del pacient.

-

-

### DETERMINACIÓ: COMPROMÍS PER L'ACCIÓ.

En aquest estadi el pacient decideix ja iniciar un seriós intent per modificar la conducta problema, mentre que alguns ho faran en un futur molt pròxim, altres ja han iniciat alguns canvis darrerament.

Els professionals podem pensar que les tasques a realitzar aquí són més fàcils, però cal no desestimar-les ni creure que les estratègies motivacionals són superflues.

Sembla per tant convenient no "baixar la guardia" en aquesta fase, així com avaluar la intensitat i el nivell de compromís del pacient.

Les estratègies d'actuació en l'estadi de determinació són:

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

Encara que sovint és temptador insistir en aquesta fase del canvi tant avançat, hem d'evitar les presses i pensar que si no el veiem suficientment decidit per portar el seu compromís cap a l'acció, serà millor deixar-li temps perquè reflexioni i es decideixi. Recordem però, la importància d'aprofitar la "finestra terapèutica" (és a dir, el moment adient per actuar), i per tant, no esperar que s'escapi (per

exemple, recordant-li les cites, etc).

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

*Cal veure la determinació com un estadi on els pacients sovint no han resolt totalment l'ambivalència.*

*El compromís pel 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 plaç.*

**EXERCICI:** La Sra. Alvarez. Continuació.

**ESTADI D'ACCIÓ**

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

Tant en aquest estadi com en el de manteniment caldrà estar molt atents al seguiment per donar suport i minimitzar la freqüència de les recaigudes, que són molt freqüents durant les primeres quatre setmanes.

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

Les tasques més adients en aquest estadi es centren en:

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

**EXERCICI:** seguint la mateixa dinàmica de treball, tracta d'avaluar en la videograbació, les estratègies utilitzades pel professional davant la Sra. Alvarez, ara ja en fase d'acció.

## **ESTADI DE MANTENIMENT**

Definim com estadi de manteniment aquell en el que el pacient continuà 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 s'observa 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 el retorn conductes antigues cada cop 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. Paradoxalment s'observa que els fenòmens de les recaigudes són altament freqüents.

Cal, per tant, 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 (precontemplació, contemplació, etc.).

**EXERCICI:** anoteu en el requadre les possibles causes de recaigudes en el cas d'un pacient bebedor.

Possibles causes de recaiguda	Pacient bevedor

## MODEL DE PREVENCIÓ DE RECAIGUDES

Les recaigudes poden presentarse tant a 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 ara l'enuig, la tristesa, etc.), o els mateixos efectes que produeix la substància addictiva (de plaer quan es pren, o de malestar per l'aparició de la síndrome d'abstinència).

En cada cas ens trobarem uns determinats factors afavoridors, que apareixen sota la forma de les anomenades situacions d'alt risc de recaiguda. Sovint les recaigudes apareixen per una sensació de forta temptació o urgència que impossibilita afrontar-la amb èxit. D'altres, la recaiguda apareix quan l'individu "baixa la guàrdia" o es posa "a prova" amb l'antiga conducta.

Hem de distingir entre una caiguda ocasional i una recaiguda mantinguda; generalment el procés de recaiguda no es desenvolupa automàticament sino que ho fa paulatinament, un cop apareix la primera relliscada.

*Les recaigudes s'han d'entendre com un fenomen freqüent i normal en el procés del canvi, i inclús necessari, en un contexte 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 amb cor de deixar-ho", "és massa difícil per mi", "no tinc prou voluntat, així no és per mí", "mai ho aconseguiré, ja són massa cops intentant-t'ho".

La valoració de les experiències prèvies vers la conducta en qüestió són necessaris per tal de treballar noves pautes d'actuació més adaptatives (més sanes en termes

de salut): cal avaluar els intents previs de canvi, i els sentiments associats a l'aparició de la conducta (poden aparèixer de tota mena, des de sentiments de culpa, i/o enuig, fins a sentiments de plaer o confort perquè alleugereixen situacions d'estrès o de malestar).

Pensar també en la possible presència durant la recaiguda de problemes no avaluats respecte el nivell de compromís pel canvi (com hem vist anteriorment), problemes en la capacitat per afrontar la nova conducta (per una manca de desenvolupament d'habilitats generals o específiques), o la presència de situacions estresants de l'entorn que són crítics per un manteniment del canvi exitós.

**EXERCICI:** anoteu en l'espai lliure les estratègies utilitzades pel professional, així com les alternatives que proposariau.

**EXERCICI:** treballarem ara una segona versió amb el mateix pacient.

Les estratègies generals d'actuació per incrementar l'eficàcia del manteniment a llarg plaç serien:

1. Mantenir accessibilitat.
2. Desenvolupar un estil d'entrevista empàtic
3. Avaluar les situacions d'alt risc.
4. Desenvolupar conjuntament amb el pacient habilitats d'afrontament de les situacions d'alt risc de recaiguda.
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'afrontament i un adequat sentiment d'autoeficàcia són els aspectes fonamentals dels darrers estadis del canvi (acció i manteniment).*

Si els pacients mostren suficients habilitats i es mostren capacitats per afrontar el canvi, llavors només caldrà atendre's 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.

**EXERCICI:** en el següent exercici treballarem amb el pacient l'aprenentatge de noves fórmules d'afrontament davant situacions d'alt risc.



## ENTREVISTA MOTIVACIONAL BREU.

Cada dia esdevé més important per l'APS l'aplicació dels principis de l'entrevista motivacional en el contexte de la nostra tasca diària, caracteritzada per un escàs temps de consulta i la presència d'un ventall ampli de situacions que requereixen canvis conductuals profunds per la seva resolució.

Dos principis bàsics centren aquest plantejament: d'una banda desenvolupar una **entrevista que eviti la confrontació amb el pacient**, situació observada freqüentment quan el professional centra la seva estratègia en proporcionar informació i el pacient no està segur si desitja realitzar un canvi. En segon lloc, **elicitar preocupacions** per la conducta desenvolupada pel pacient.

Aquests dos principis afavoreixen una major conscienciació del pacient vers la seva conducta problema a l'hora que s'incrementen els nivells d'autorresponsabilització en la presa de decisions. Aquesta aproximació es

compatibilitza amb la important tasca de proporcionar informació personalitzada. Els professionals hem de buscar en primer lloc un equilibri entre intervindre 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 descrits en la taula N<sup>o</sup> 5.

Les etapes de l'entrevista motivacional breu són:

1. Obertura de l'entrevista.
2. Exploració dels motius de preocupació.
3. Elecció d'opcions pel canvi.
4. Tancament de l'entrevista.

EXERCICI: tot seguit veurem algunes escenes demostratives de les etapes i les tasques de l'entrevista motivacional breu.

Com a resum, l'entrevista motivacional breu pot desenvolupar-se seguint una sèrie de estratègies de forma cíclica:

**1<sup>er</sup>** S'introdueix un tema/problema mitjançant una pregunta oberta,

**2<sup>on</sup>** Aixó comporta que el pacient comenci a el·laborar-ho.

**3<sup>er</sup>** L'el·laboració es manté i es desenvolupa de manera més eficaç a través de

l'escolta reflexiva i la utilització de més preguntes obertes.

**4<sup>at</sup>** Si desitjem canviar de direcció o introduir un altre tema/problema, cal realitzar un sumari del que s'ha dit i posteriorment afegir una nova pregunta oberta.

**5<sup>e</sup>** L'entrevista pot continuar reiniciant el cicle de pregunta oberta - escolta reflexiva - més preguntes obertes - sumari - nova pregunta oberta.

Cadasqun d'aquests cicles poden durar, depenent de cada cas, entre 5-15 minuts.

**EXERCICI:** anota en l'espai lliure les diferents seqüències de la següent entrevista.

**EXERCICI:** ara tractarem de treballar els principis de l'entrevista motivacional breu amb el cas del Sr. ZZP, sobre qualsevol dels casos vistos durant el curs o sobre algun cas real que aportin els alumnes.

*Seguint la filosofia d'un continuum pels diferents estadis de canvi, considerarem que s'ha desenvolupat una entrevista motivacional adequada, si aconseguim que el pacient hagi transitat (per poc que pugui semblar*

*aparentment) a través d'aquest procés, cap a una presa de decisions.*

## **Finalització del curs**

Arribem al final del curs. Durant aquests dies hem intentat fer veure que el model comú a les nostres consultes basat en exposicions informatives sempre a l'entorn del que el professional pensa que és el millor pel pacient, ha demostrat les seves limitacions.

Evidentment una bona informació pot produir canvis en la conducta de certes persones. Però no sempre és així. A molts cal motivar-los més .

Tanmateix també hem vist que motivar no és tant administrar elements motivadors (o que a nosaltres ens ho semblen) com que el pacient descobreixi quins són els seus.

Cada cop se'ns demanarà una major eficiència en el nostre treball, i això vol dir millorar la gestió del poc que tenim disponible per cada pacient. Paral·lelament també hi ha un consens social perquè duguem a terme més accions de tipus preventiu i de promoció de la salut. Repartir el nostre escàs temps executant maniobres de reforç i estímul de la motivació pot ser una manera d'incrementar la nostra satisfacció com a professionals, i de tenir un impacte cert sobre el nivell de salut de la nostra població.

Hem tractat que aquestes tècniques siguin realistes amb les condicions en la que ens movem en l'Atenció Primària . Que puguin ser breus i eficaces.

Aquestes tècniques que hem anat treballant durant els dies que ha durat el curs no faran que els nostres pacients esdevinguin modèlics en els seus estils de vida. Ben

aplicades, però, es convertiran en eines útils per augmentar la nostra eficàcia.

Pot quedar la sensació al final del curs de trobar-se massa "sol" i encara amb recursos molt febles com per intentar aplicar tot el que s'ha treballat. Només la pràctica diària, aprenent dels errors garantirà un domini de "l'art de motivar a la gent que canviï". L'experiència s'ho val: És un repte per créixer professionalment i de retruc, també personalment.

## **BIBLIOGRAFIA**

Miller, W.R. y Rollnick, S. Entrevista Motivacional. Preparando a la gente para el cambio de conductas adictivas. Ediciones Paidós Barcelona. 1999.

W Miller & S Rollnick. Motivational Interviewing. Preparing people for change. Second edition. The Guilford Press. 2002.

Miller W (1998) Enhancing motivation for change. IN Miller WR and Heather N (eds) Treating Addictive Behaviors: Processes of Change (2nd ed), pp 121-132. New York: Plenum Press.

James O. Prochaska, John C. Norcross & Carlo C. Diclemente. Changing for Good. Ed. Quill. NY. 2002

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.

Prochaska J, DiClemente C (1986) Toward a comprehensive model of change, in: Miller WR, Heather N (eds) Treating Addictive Behaviors: Processes of Change, pp 3-27. New York, Plenum.

F Borrell. Entrevista Clínica . Manual de estrategias prácticas. semFYC Ediciones . 2004

G. Alan Marlatt & Judith R. Gordon. Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. The Guilford Press. New Yor. 1985.

S Rollnick , Pip Mason & Chris Butler. Health Behavior Change. A Guide for Practitioners. Edinburgh. Churchill Livingstone. 1999.

Sune Rubak, Anelli Sandboek, Torsten Lauritzen and Bo Christensen. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice, Review Article, april 2005, pp 305-312.

O´Hanlon, W.H. En busca de soluciones. Col. Terapia familiar. Ed. Paidós. Barcelona.

Watzlawick, P. et al. Cambio. Ed. Herder nº35. Barcelona. 1978.

JM Bosch y J Cebrià. Reactancia psicológica: “Fumar es un placer”. Revista Formación Medica Continuada. Vol (6), N° 1, Enero 1999, pag 59-61.

J Cebrià y JM Bosch . Si no entras por la via directa, da un rodeo. Revista

Formación Medica Continuada. Vol (6), N° 4, Abril 1999, pag 237-239.

J Cebrià y JM Bosch. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. Revista Formación Medica Continuada. Vol (6), N° 6, junio-julio 1999, pag 393-395.

J Cebrià y JM Bosch. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. Revista Formación Medica Continuada. Vol (7), N° 4, Abril 2000, pag 233-236.

J Cebrià y JM Bosch. ¿ Médico o abogado del diablo?. Revista Formación Medica Continuada. Vol (7), N° 5, Mayo 2000, pag 320-322.

J Cebrià Andreu, J.M. Bosch Fontcuberta y J.A. Prados Castillejos. ¿ Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud?. Rev Atención Primaria, 2000; 25 (4):207-8.

C. Cabezas Peña, M Pilar Botija Yagüe. Actualización en prevención y promoción de la salud. Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. Formación Acreditada On-Line. Revista el Médico. 9, Diciembre, 2005.([www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)

Excelente web sobre entrevista motivacional [www.motivationalinterviewing](http://www.motivationalinterviewing)

Bandura A (1994) Self-Efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Bem D (1972) Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in



experimental social psychology (Vol. 6, pp. 2-62). New York: Academic Press.

Berg-Smith S, Stevens V, Brown K, Van Horn, L, Gernhofer N, Peters E, Greenberg R, Snetselaar L, Ahrens L, Smith K (1999) A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*; 14(3): 101-112.

Brehm S & Brehm W (1981) *Psychological Reactance: A theory of Freedom and Control*. New York: Academic Press.

Butler C, Rollnick S, Cohen, D, Bachman, M, Russell, I, Scott, Stott, N (1999) Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice*; 49: 611-616.

C Cabezas , J Aubà, J Massons. *Estilos de Vida Saludables: Tabaco y Alcohol*. Programa Roche de Actualización en Cardiología. Patrocinado por la semFYC. Ediciones Ergon. Madrid. 1997.

Deci E (1980) *Self-determination*. Lexington, MA: Lexington Books.

Dijkstra A, DeVries H, Bakker M (1998) Pros and cons of quitting, self-efficacy, and the stages of change in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 64: 758-763.

Hollis J, Lichtenstein E, Vogt T, Stevens V, Biglan A. (1993) Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med*; 118: 521-5

Kottke T, Battista R, DeGriese G, Brekke M (1988) Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA*; 259: 2882-2889.

Schubiner H, Herrold B, Hurt R (1998) Tobacco Cessation and Youth: The Feasibility of Brief Office Intervention for Adolescents. *Preventive Medicine*; 27: A47-A54.

Lennox S, Bain N, Taylor RJ et al (1998) Stages of change training for opportunistic smoking intervention by the primary health care team. Part I: Randomized controlled trial of the effect of training on patient smoking outcomes and health professional behaviour as recalled by patient. *Health Education Journal*; 57: 140-149.

Smith D, Heckemeyer C, Kratt P, Mason D (1997) Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*; 20:53-54.