
Entrevista motivacional

The motivational interview

S. Lizarraga, M. Ayarra

RESUMEN

La entrevista motivacional es un tipo de entrevista, centrada en el paciente, que busca ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos. Intenta aumentar la conciencia de los pacientes sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto. Además, cuida la salud mental de los sanitarios porque incrementa la satisfacción como profesionales y previene la sensación de impotencia.

La fuerza de voluntad para cambiar un hábito o conducta insana es la motivación que se tiene para desear ese cambio, y su mayor motor está en la incomodidad de la persona entre lo que hace y lo que desearía hacer. Si ayudamos a que el paciente sea más consciente de su situación y sus deseos le facilitamos el cambio y le resultará menos duro pagar su precio que es el sufrimiento que tendrá al dejar su conducta habitual.

El paciente es el protagonista y nosotros podemos ser facilitadores de su proceso de cambio. A veces, es difícil olvidarnos de nuestra tendencia habitual a conseguir rendimientos rápidamente y nos adelantamos al ritmo del paciente. Según el tipo de relación que le ofrecemos facilitaremos el cambio o lo entorpeceremos. Una actitud empática, en la que el paciente se siente apoyado y no juzgado, favorece el cambio y, por el contrario, una insistencia en el cese del hábito puede generar resistencia al mismo.

Hay una serie de técnicas que podemos aprender y que nos ayudarán a mejorar la entrevista clínica motivacional. Existen, también, unas características del profesional sanitario que proporcionan el ambiente de seguridad y apoyo ideal para el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad.

Palabras clave: Entrevista motivacional. Estadios del cambio. Resistencias del paciente. Apoyo narrativo. Relación de ayuda.

ABSTRACT

The motivational interview is a type of interview, centred on the patient, that seeks to help in exploring and resolving contradictions concerning unhealthy behaviour patterns or habits. It attempts to increase the awareness of patients of the health risks they are running and their capacity for doing something about this. Besides, it fosters the mental health of the health workers since it increases their satisfaction as professionals and prevents a sensation of impotence.

The will power to change an unhealthy habit or behaviour pattern is the motivation that one has to desire such change, and its greatest driving force is the discomfort in the person arising from the difference between what he does and what he would like to do. If we can help the patient to become more aware of his situation and his/her desires, we will make change easier for him and it will be less difficult for him to pay the price represented by the suffering he will undergo on giving up a habitual behaviour pattern.

The patient is the protagonist and we can facilitate his process of change. At times, it is difficult for us to forget our habitual tendency to try and obtain rapid results, and we move ahead of the patient's rhythm. Depending on the type of relationship that we offer him, we will facilitate or hinder change. An empathetic attitude, one in which the patient feels supported and not judged, favours change and, on the contrary, insistence on his abandoning the habit can generate resistance to change.

There is a series of techniques that we can learn and that will help us to improve the motivational clinical interview. There are also certain characteristics in the health professional that provide an ideal atmosphere of security and support for change: empathy, emotional warmth and authenticity.

Key words: Motivational interview. States of change. Patients' resistance. Narrative support. Relationship of help.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 43-53.

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud de Navarra. Centro de Salud de Huarte (Navarra).

Correspondencia:

Socorro Lizarraga
C/ Zarraondo, s/n
Centro de Salud de Huarte
31620 Huarte
Tfno. 948 335080
Fax 948 335079
E-mail: soco_lizarraga@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Una de las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios es promover comportamientos saludables en los pacientes, tanto para mejorar su nivel de salud como para prevenir enfermedades. Tradicionalmente, esta tarea se ha centrado en proporcionar información, más o menos personalizada, con la idea de que una persona bien informada desarrollará estilos de vida más saludables. Pero una buena información no es suficiente para provocar cambios en muchas personas como lo demuestra el alto nivel de tabaquismo de los profesionales sanitarios. Esta tarea suele provocar, con frecuencia, impotencia, frustración y/o indignación al comprobar el “poco caso” de los pacientes a los bien intencionados y fundamentados consejos¹. La motivación, o deseo de cambio, para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores. Necesitamos aprender a desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la motivación de los pacientes.

MODELOS DE ENTREVISTA CLÍNICA INFORMATIVO Y MOTIVACIONAL: DIFERENCIAS

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores². Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar beneficio. Tampoco nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea.

Aunque existen otros modelos de entrevista para el cambio de hábitos (coercitivo, argumentativo, persuasivo), destacamos las diferencias básicas entre entrevista informativa clásica y entrevista motivacional centrada en el paciente³ (Tabla 1).

MODELO DE ESTADIOS DEL CAMBIO

Prochaska y Diclemente, estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el modelo de estadios de cambio (Fig. 1), también llamado rueda del cambio, donde éstos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Refleja la realidad de que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable.

En la práctica clínica se observan altibajos en la posición que va ocupando el paciente en el continuo de la rueda del cambio respecto a hábitos de salud insanos.

Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto:

– Precontemplación. En esta fase la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta como lo demuestran frases del tipo “de algo hay que morir”, “yo soy fuerte y a mí el alcohol no me hace daño” y “mi abuelo murió con 95 años y fumaba”.

Tabla 1. Modelos de entrevista clínica informativo y motivacional.

Modelo informativo		Modelo motivacional
Da consejos expertos.	→	• Estimula la motivación para pasar a la acción.
Intenta persuadir.	→	• Favorece el posicionamiento ayudando en la reflexión.
Repite los consejos.	→	• Resume los puntos de vista.
Actúa con autoridad.	→	• Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio.
Es rápido.	→	• Es de aplicación progresiva.

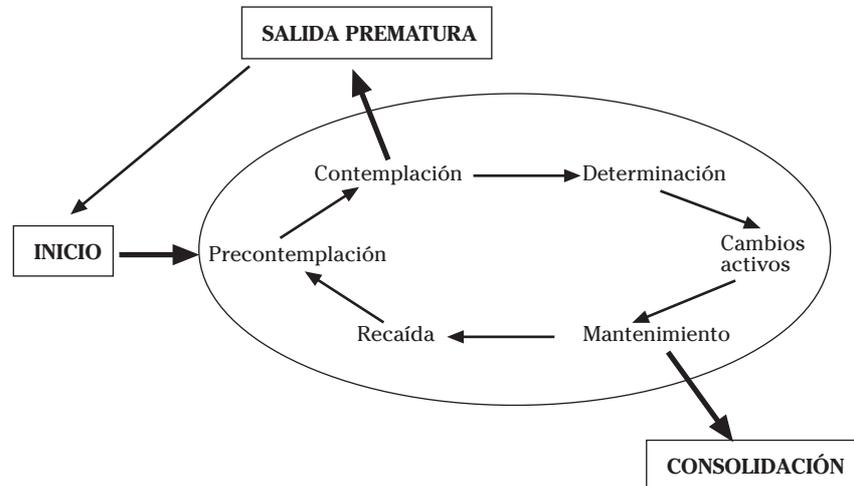


Figura 1. Modelo de estadios del cambio.

– Contemplación. La persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras aunque no se ve todavía con ánimo de intentar un cambio: “Tendría que dejar el tabaco porque llevo muchos años fumando” o “Me gustaría hacer más ejercicio pero me aburre”.

– Determinación. En este momento de la rueda la persona decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta: “El día de mi cumpleaños dejaré de fumar”.

– Cambios. En esta fase se pone en práctica la decisión tomada.

– Mantenimiento. La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes.

– Recaída. Se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores, precontemplación o contemplación.

La ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. Podemos identificar en qué fase del proce-

so se encuentra y ayudarle a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento⁴.

Este modelo resulta muy útil en atención primaria por varias razones⁵:

– Facilita un trabajo más realista y eficiente al poder realizar un diagnóstico motivacional y una utilización de estrategias adaptadas a cada estadio; es decir, al grado de motivación para el cambio de un hábito que presenta una persona en un momento concreto.

– Plantea una ayuda continuada, con pequeños avances, alejada del todo o nada que utilizamos habitualmente. Intervenciones breves pero pertinentes y repetidas a lo largo de un periodo, más o menos largo de tiempo, pueden ser eficaces y gratificantes.

– La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Cada recaída no es la misma y representa un avance hacia el éxito del cambio ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.

QUÉ HACE CAMBIAR A LAS PERSONAS

La motivación, o deseo de cambio, fluctúa de un momento a otro y de una situación a otra, y puede verse influida por muchos factores. Los principios más importantes del cambio son los siguientes:

- La motivación intrínseca: la capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es poco susceptible de ser incrementada desde fuera por "transfusiones de voluntad". La voluntad no es otra cosa que la motivación para el cambio y los sanitarios podemos ser facilitadores de ese cambio.

- La elección y el control propios: la persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.

- El autoconvencimiento auditivo: se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma. Por esto es importante que el paciente saque sus propios argumentos y si los sanitarios se los repetimos ayudamos a que los oiga dos o tres veces ("Dices que quieres dejar de fumar porque te va mal para la respiración").

- La autoconfianza o percepción de autoeficacia: si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.

- La ambivalencia: ¿quiero o no quiero cambiar? Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio. Está presente en casi todos nuestros actos y aún más en las conductas adictivas ("Querría adelgazar pero me gusta mucho comer").

- El traje a medida: cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentre en el proceso de cambio.

- La relación interpersonal: La motivación y la resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órde-

nes del sanitario pueden provocar oposición al cambio ("Tienes que dejar de beber"). Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del paciente sin provocar su reactancia psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación).

Afortunadamente muchas personas consiguen hacer cambios profundos en sus vidas sin ninguna ayuda profesional. Todos ellos comparten una serie de argumentos: no llegan a promover un cambio por casualidad sino que van acumulando buenas razones para iniciar una conducta más sana, y progresivamente aumentan su compromiso y determinación, cosa que les permitirá resistir el sufrimiento que tendrán cuando lo intenten⁵. Una buena información puede producir cambios en la conducta de ciertas personas pero en otras muchas no. Motivar, o ayudar a cambiar, es conseguir que el paciente descubra cuáles son sus elementos o razones motivadores.

QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio⁶, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes⁷.

La EM permite al profesional de atención primaria provocar un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin penalizarlo por ello. Es más eficaz decirle al paciente "entiendo que te resulta difícil controlar la comida" que decirle "si no controlas la comida no entiendo para qué acudes a la consulta a pesarte", ya que

el hecho de acudir significa que no es indiferente a su situación actual y algún tipo de ayuda podremos prestar.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

“El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad”.

Carl Rogers

La EM consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de atención primaria.

Se basa en cinco principios:

– Expresar empatía. Significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo?⁸. La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa⁹. Permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente al paciente) y con palabras (“entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido”). La empatía es la espina dorsal de la EM porque, ante el dolor que prevé el paciente por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.

– Desarrollar la discrepancia: lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida¹⁰. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.

– Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crea

resistencia. Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el sanitario más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta¹¹. Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente.

– Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes del sanitario que pueden facilitarlas: tratar de imponer un cambio por “su bien”, plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio, etc.

– Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo y nuestra ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados potenciando su positividad (“Es difícil dejar el alcohol del todo y tú lo conseguiste”). No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO

Carl Rogers, cuya teoría sobre las condiciones básicas del terapeuta para la facilitación del cambio en el paciente es la más claramente articulada y puesta a prueba¹², afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente proporciona la atmósfera ideal para el cambio al permitirle un análisis de sí mismo en un ambiente seguro¹³. La amplia investigación realizada

de este tipo de comunicación está permitiendo demostrar un impacto importante en los resultados clínicos⁷ y en la satisfacción de los usuarios¹⁴. Existen cinco técnicas que ayudan a que el paciente pueda sentirse aceptado y entendido, y que vaya avanzando en verse a sí mismo, y a la situación en que se encuentra, de una forma clara como primer paso para el cambio:

1. Preguntas abiertas. Son aquellas que no pueden contestarse solamente con una o dos palabras a diferencia de las preguntas cerradas, por ej. ¿Qué te preocupa al ver estos análisis? o ¿cómo afecta el tabaco a tu vida? Este tipo de preguntas permiten y animan al paciente a explicarse aumentando así su percepción del problema. Una persona cuando habla elabora información y emociones asociadas a lo que va diciendo. Una buena manera de comenzar una EM es con una pregunta abierta del tipo ¿... qué aspectos de tu salud te preocupan más?

2. Escucha reflexiva. Es una de las habilidades fundamentales de la EM. Se trata de averiguar lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Estas afirmaciones pueden ser de cinco tipos:

– Repetición de alguna palabra dicha por el paciente y que nos parece importante.

– Refraseo. Es como lo anterior pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo.

– Parfraseo. Aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo hablado por el paciente.

– Señalamiento emocional. Es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: “Te veo un poco triste”, “parece que esto que hablamos te emociona”.

– Silencios. Utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en el paciente porque de forma no verbal le estamos indicando que le entendemos y aceptamos. Permiten, también, un tiempo

imprescindible de autoobservación acerca de lo que acaba de decir y sentir.¹⁵

Con la escucha reflexiva se trata de intentar comprender y deducir lo que el paciente quiere decir con exactitud.

3. Reestructuración positiva. Significa afirmar y apoyar al paciente, destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él mediante comentarios y frases de comprensión. Sirve para rehabilitar su autoestima y el sentido de autoconfianza (“Debe ser difícil para ti mantenerte sin cocaína”, “Pareces una persona muy optimista”). A medida que el paciente se siente escuchado y aceptado por el terapeuta, él se vuelve capaz de escucharse y aceptarse, aumenta la comprensión y el control sobre sí mismo y su sensación de poder¹⁶.

4. Resumir intentando destacar de lo dicho por el paciente lo que nos parece más crucial.

5. Afirmaciones de automotivación. Favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras que pueden ser sobre diferentes aspectos:

– Reconocimiento del problema: ¿De qué manera esto ha sido importante para ti?

– Expresión de preocupación: ¿Cómo te sientes con tu forma de beber?

– Intención de cambio: ¿Cuáles son las razones que tu ves para cambiar?

– Optimismo por el cambio: ¿Qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas? Una forma general de pregunta es: ¿Qué más...?

El que el paciente continúe realizando afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia dependerá, en parte, de nuestra manera de responder siendo importante hacerlo de forma que comuniquemos aceptación, reforcemos la autoexpresión y estimulemos un análisis continuo¹².

El trabajo del profesional, en este tipo de entrevista, es facilitar la expresión por el propio paciente de los argumentos para cambiar como forma de resolver su ambivalencia y que avance hacia una decisión de cambio. Idealmente se trata de conse-

guir que el paciente quiera convencernos de la necesidad de que él cambie⁶.

TÉCNICAS PARA INCREMENTAR EL NIVEL DE CONCIENCIA RESPECTO AL CAMBIO

Para que el diálogo sea fluido y eficaz avanzando hacia la determinación del cambio las siguientes técnicas sirven de ayuda:

- Reforzar de forma verbal y no verbal las afirmaciones de automotivación del paciente.

- Hacer decisión balanceada, que significa indicar los aspectos positivos y negativos de ambas conductas, antigua y nueva a adquirir, que el paciente haya explicitado: "Dices que beber alcohol tiene cosas buenas como...y otras malas como...y también dices que no beber tiene como positivo...y como negativo...".

- Provocar la elaboración pidiendo ejemplos concretos y específicos, clarificando el cómo, cuándo, etc.

- Utilizar los extremos imaginando la peor de las consecuencias posibles.

- Mirar hacia atrás y/o hacia delante. Visualizar con el paciente cómo era antes de adquirir el hábito y/o cómo se encontrará después de abandonarlo.

- Explorar valores realmente importantes para la vida del paciente (¿qué es importante en tu vida?).

- Utilizar la paradoja, hacer de abogado del diablo¹⁷. Esta técnica puede ser desbloqueadora de situaciones aparentemente irresolubles pero es bastante arriesgada. Requiere adiestramiento y no puede utilizarse con cualquier persona ya que precisa un cierto nivel de autoestima. Al ponerse el profesional del lado de los argumentos del paciente éste puede observar "desde fuera" lo absurdo de su situación. Tipos de intervenciones paradójicas son: "No creo que valga la pena que lo intentes" o "Por lo que dices, probablemente en este momento lo más acertado es que sigas bebiendo lo mismo".

TRAMPAS A EVITAR

El conocimiento de las estrategias generales útiles para afrontar la entrevista motivacional implica comprender qué es lo que no se debe hacer.

William R. Miller

Hay varias trampas que interfieren rápidamente en el progreso del paciente hacia el deseo del cambio. Son maneras de encarar la entrevista que generan resistencias en el paciente¹²:

- Pregunta-Respuesta. Significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo y no facilita la reflexión y elaboración por parte del paciente. Se evita con preguntas abiertas y escucha reflexiva. Como norma general conviene evitar el formular tres preguntas abiertas seguidas.

- Confrontación-Negación. Es lo más frecuente y la trampa que más interesa evitar^{3,5}. Cuanto más enfrentemos al paciente con su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio con respuestas del tipo "No creo que sea tan serio el problema porque olvide cosas cuando bebo".

- Trampa del experto. Ofrecer, con la mejor intención, respuestas y soluciones al paciente llevan, a éste, a asumir un rol pasivo totalmente contrario al enfoque de la EM.

- Etiquetaje. Clasificar a un paciente por un hábito con etiquetas que, a menudo, acarrear un cierto tipo de estigma en la gente ("Eres alcohólico"). Los problemas se pueden analizar sin necesidad de poner las etiquetas que provocan resistencias innecesarias.

- Focalización prematura por lo que al sanitario le parece más importante mientras el paciente desea hablar sobre otros temas que le preocupan y que son más amplios. Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la entrevista y el empezar con las preocupaciones del paciente facilita la tarea. Si intentamos centrar rápidamente el tema, por ejemplo en una adic-

ción del paciente, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.

– Culpabilización. Desaprovechar tiempo y energía en analizar de quién es la culpa del problema pone al paciente a la defensiva. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente.

ACTUACIONES ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DEL CAMBIO

El lema general es no adelantar nunca al paciente ni forzarlo a que tome decisiones precipitadas. Para esto es fundamental vencer nuestra ansiedad respecto a tener que hacer algo enseguida y a obtener resultados evidentes rápidamente. Debemos trabajar la motivación de los pacientes desde una perspectiva estadio-específica y no sólo desde la consideración de un cambio hacia el estadio de acción.

Estadio de precontemplación

La persona no considera la conducta motivo de preocupación aunque gente de su entorno cercano sufra las consecuencias. En esta fase podemos intentar, previa creación de un clima adecuado, incrementar el nivel de contradicción para que afloren motivos de preocupación. Hay que evitar las resistencias, la información no solicitada y la petición de cambios prematuros, siendo importante aprovechar el momento y la oportunidad de intervenir.

Estadio de contemplación

Aquí el paciente ya considera el problema y la posibilidad del cambio pero la ambivalencia puede cronificar este estadio y hacerlo muy frustrante. Nuestra actuación se centrará en desarrollar estrategias adecuadas para moverlo hacia la determinación sin olvidar que la toma de decisiones la hace el propio individuo y no tanto por la información recibida. Las estrategias más adecuadas parecen las técnicas de apoyo narrativo y tienen como finalidad aumentar la disonancia cognitiva del paciente (discordancia entre conocimientos y conducta) dentro de un clima empático, ya que la persona se encuentra más receptiva a conectar con las implicaciones

personales que comporta el cambio. Son útiles, en esta fase, el diario de salud y la hoja de balance.

El diario de salud es un registro escrito de la frecuencia con que suceden los hechos que se quieren estudiar y otros aspectos importantes relacionados con ella. Ayuda al paciente a aumentar la auto-percepción sobre la conducta y sus consecuencias y al sanitario a realizar observaciones que le permitan proponer cambios específicos en los hábitos. Es más útil y preciso que la recogida de información sea diaria en lugar de semanal.

La hoja de balance es un registro escrito de las razones para continuar igual y las razones para desear el cambio. Sirve para clarificar las dificultades y los beneficios de la conducta y de cualquier cambio. En su forma más sencilla es una hoja de dos columnas y resulta útil dividirla en apartados sobre diferentes aspectos bio-psico-sociales.

Estadio de determinación hacia el cambio

Aunque se haya decidido iniciar el cambio la ambivalencia no suele estar totalmente resuelta. Tenemos que evitar las prisas aunque resulte tentador insistir en esta fase. Conviene evaluar la intensidad y el nivel de compromiso para el cambio: ¿Existe una valoración realista, por parte del paciente, de las dificultades presentes? Tras valorar que haya indicadores de cambio y que el paciente lo haya verbalizado podemos colaborar con él en la elaboración de un plan de acción aceptable, con objetivos concretos, útiles, alcanzables y medibles a corto plazo (¿Suprimir la ingesta de alcohol o disminuirla?). El hecho de que el paciente verbalice su compromiso de cambio aumenta las posibilidades de éxito.

Estadio de acción, de cambios activos

Aunque el paciente suele referir que siente que ahora está tomando el control de su vida, éste es un momento muy estresante y duro de sobrellevar por lo que suele ser necesaria una ayuda práctica y emocional. Debemos incrementar el senti-

do de autoeficacia del paciente y podemos ofrecerle información sobre otros modelos que hayan tenido éxito. Tanto en esta fase como en la siguiente hay que estar muy atentos para proporcionar apoyo, si fuera necesario, y minimizar la frecuencia de las recaídas.

Estadio de mantenimiento

Tras un primer periodo de cambio, en que está elevado el sentimiento de confianza en la propia capacidad para controlar la nueva conducta, aparece una crisis de distinta intensidad en cada persona. En esta crisis interviene, entre otros factores, la añoranza por el placer asociado a la conducta que está abandonando. Para prevenir las recaídas, que ya hemos comentado que es un fenómeno muy frecuente, podemos evaluar con el paciente las situaciones de alto riesgo y desarrollar conjuntamente habilidades de afrontamiento para consolidar la nueva conducta: “¿Qué harás cuando te ofrezcan tabaco?”

Estadio de recaída

Las recaídas han de entenderse como algo frecuente y normal en el proceso del cambio e incluso necesario en un contexto de aprendizaje como es el cambio de hábitos arraigados. Conviene distinguir entre una caída ocasional, “un simple resbalón”, y una recaída mantenida. Una actitud por nuestra parte cálida, exenta de punición y con un mensaje claro de que un desliz aislado no tiene que implicar una recaída puede ser efectiva para reforzar el sentido de autoestima del paciente y que no abandone la nueva conducta iniciada⁷. Conviene evaluar los intentos previos de cambio y los sentimientos asociados a la aparición de la conducta (culpa, enfado, placer, alivio de estrés), así como la falta de habilidades para afrontar la nueva conducta o la presencia de situaciones estresantes del entorno.

Mientras que las estrategias motivacionales son más importantes en los primeros estadios del cambio (precontemplación, contemplación y determinación) el desarrollo de habilidades de afrontamiento y un adecuado sentimiento de autoestima son los aspectos fundamentales de los últimos estadios (Tabla 2).

Como conclusión, señalar que la primera estrategia de la EM consistiría en realizar una aproximación al paciente que le permita posicionarse respecto al hábito insano. Esta primera tarea logra situar al paciente en un estadio en el continuo del cambio y permite el empleo de estrategias comunicacionales adaptadas a cada necesidad. Posteriormente, persigue promover una toma de conciencia por parte del paciente de un hábito insano, aumentando los niveles de contradicción entre sus creencias y sus actos y, por tanto, aumentando los niveles de conflicto. Por último, trata de ayudar a hacer efectiva la voluntad que puede emerger de las sucesivas entrevistas que se mantengan con cada persona^{4,5}.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL BREVE

Las técnicas de EM representan mayor ayuda para los profesionales de atención primaria que para el resto debido a la continuidad de la asistencia que se presta. Necesitamos técnicas breves y eficaces para aplicarlas en nuestra realidad de tiempo de consulta escaso y gran variedad de situaciones que requieren cambios conductuales profundos para su resolución.

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento:

1. Evitar la confrontación con el paciente, situación frecuente cuando nos centramos en informar y el paciente no está seguro de si desea el cambio.

2. Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta.

La entrevista motivacional breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Estas breves intervenciones resultan eficaces y, además, incrementan nuestra satisfacción como profesionales.

Tiene cuatro momentos diferenciados:

- Inicio de la entrevista: introducir un tema/problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (¿Quieres que hablemos de...?).

- Exploración de motivos de preocupación: comporta que el paciente empiece a elaborar sobre sí mismo y le ayudamos con técnicas de apoyo narrativo (¿Qué difi-

Tabla 2. Tareas y estrategias adaptadas a los estadios del cambio.

ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS
Precontemplativo <i>No ve el problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el hábito y estadiarlo • Elaborar mapa de creencias • Trabajar la ambivalencia • Evitar y trabajar las resistencias • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATÍA <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Evitar trampas • Reconocer resistencias
Contemplativo <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea 	EMPATÍA <ul style="list-style-type: none"> • Lo anterior • Diario de salud • Hoja de balance
Determinación <i>Dispuesto a cambiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el paciente verbalice el compromiso de cambio • Ayudar a elegir la mejor estrategia • Desarrollar un plan de actuación conjunto 	EMPATÍA <ul style="list-style-type: none"> • Hacer sumarios • Preguntas activadoras
Acción <i>Ha iniciado el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la autoeficacia • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito 	EMPATÍA <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Preguntas activadoras
Mantenimiento <i>Mantiene el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas • Aumentar la autoeficacia 	EMPATÍA <ul style="list-style-type: none"> • Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas
Recaída <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATÍA <ul style="list-style-type: none"> • Señalamiento emocional • Reestructuración positiva

cultades crees que tienes para hacer ejercicio?).

– Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (Dices que cuando empiezas un régimen te pones triste y apagada).

– Finalizar realizando un sumario de lo expresado por el paciente y preguntándole si es correcto (¿Te he comprendido bien?).

“Somos aquello que hacemos repetidamente. La excelencia, pues, no es un acto sino un hábito”.

Aristóteles.

Agradecimientos

A los pacientes de Huarte, que nos permiten aprender trabajando con ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. BIMBELA JL. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud (3ª ed.). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
2. LOWES R. Patient-centered care for better patient adherence. Family Practice Management-march 1998. <http://www.aafp.org/fpm/980300fm/patient.html>.
3. FREIXA N. La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. Jano 2000; LIX: 1383-1384.
4. MCLIVAIN H, KAY BOBO J, LEED-KELLY A, SITORIUS MA. Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics. Am Fam Phys 1998; 8: 1869-1887.
5. CEBRIÁ J, BOSCH JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. FMC 2000; 7: 233-236.
6. BOSCH JM, CEBRIÁ J, MASSONS J, CASALS R. Estrategias para modificar actitudes en el

- marco de la entrevista clínica "la motivación para el cambio". Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC. Madrid 1994: 285-294.
7. SALTINI A, DEL PICCOLO L. Patient-centered interviews in general practice. *Recenti Prog Med* 2000; 91: 38-42.
 8. FUENTES J, ALONSO S. Aprendiendo a ser empático. *FMC* 2000; 7: 538-539.
 9. BOSCH JM, CEBRIÁ J. La Sra. Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria. *FMC* 1999; 6: 451-454.
 10. CEBRIÁ J, BOSCH JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC* 1999; 6: 393-395.
 11. BOSCH JM, CEBRIÁ J. Reactancia psicológica : "Fumar es un placer". *FMC* 1999; 6: 59-61.
 12. MILLER WR, ROLLNICK S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós 1999.
 13. ROGERS C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona : Paidós 1986.
 14. PRADOS JA, CEBRIÁ J, BOSCH JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. *FMC* 2000; 7: 83-88.
 15. BOSCH JM, CEBRIÁ J. La Sra. Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria (II). *FMC* 2000; 7: 39-42.
 16. ROGERS C. El poder de la persona. México: Ed. El manual moderno 1980.
 17. CEBRIÁ J, BOSCH JM. ¿Médico o abogado del diablo? *FMC* 2000; 7: 320-322.