

TRABAJO FIN DE GRADO

**COMUNICACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO
ÁREA: EDUCACIÓN NUTRICIONAL**

Autora: Dña. María Hernández Bascuñana

Fecha de publicación: Junio 2012

© Todos los derechos reservados

El presente documento reproduce el Trabajo de Fin de Grado en Nutrición Humana y Dietética, Facultad de Ciencias de la Salud de la UCAM, Murcia, España; elaborado por María Hernández Bascuñana, defendido ante el Tribunal de Trabajo Fin de Grado, y superado satisfactoriamente para la culminación del Programa de Adaptación al Grado en Nutrición Humana y Dietética.

El trabajo se desarrolla con:

- La autoría de Dña. María Hernández Bascuñana
- La dirección de Dña. Raquel Xandri Martínez.

“Escogí la temática de ‘Comunicación y Motivación para el Cambio’ por ser el eje principal de mi especialidad profesional en Coaching.

Tanto la motivación como el estilo de comunicación son claves para el cambio de conductas y hábitos, que permitan una mejora de la salud y del estado nutricional de nuestros pacientes. Ambos aspectos son abordados desde la ‘Entrevista Motivacional’ (EM) del área de la Psicología de la Salud, y desde la metodología ‘Coaching’, con un mismo fin y con características comunes.

Consideré que profundizar en la literatura científica al respecto de la EM y sus usos, me permitiría ampliar mis conocimientos sobre el comportamiento humano frente al cambio de conductas, y mi observación sobre la importancia de la posición que adopta el profesional sanitario en su estilo de intervención con los pacientes.

Desde mi experiencia en consulta nutricional adapto los ejemplos aquí mencionados en cada etapa y fases de intervención: de casos posibles, de preguntas a plantear, de mensajes en la comunicación, etc.

Sin duda ha supuesto un salto en mi aprendizaje, y un complemento idóneo (a mi parecer) para el abordaje del ‘Coaching Nutricional’.”

María Hdez. Bascuñana

www.bascuñana.net

Graduada en Nutrición Humana y Dietética (col. CV320).

Certificación Profesional Senior en Coaching por AECOP-EMCC (CS129).

Especializada en Coaching Nutricional/Sanitario, y Ejecutivo/Personal.

Máster universitario en Psicología Positiva Aplicada a salud, educación y empresa.

Máster en Programación Neurolingüística.

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de Adaptación al Grado en Nutrición Humana y Dietética

COMUNICACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

ÁREA: EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	8
1. OBJETIVO GENERAL	8
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
1. TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN (TAD)	8
2. LA AMBIVALENCIA	14
3. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	15
4. LA PRÁCTICA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL – FASE I	29
5. COMUNICACIÓN: ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO	33
6. CUANDO EL PACIENTE ESTÁ PREPARADO – FASE II	42
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	52

INTRODUCCIÓN

Una de las labores básicas de los profesionales de la nutrición es promover comportamientos saludables. Tradicionalmente esta labor se enfoca en proporcionar información, con la idea de que una persona bien informada desarrollará estilos de vida más saludables. Si bien, en la práctica nos encontramos con que modificar conductas no suele ser sencillo, es necesario que la persona quiera y principalmente que esté motivada.

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra¹.

El dietista-nutricionista, como educador nutricional y promotor de la salud, debe de facilitar que los pacientes pasen del pensamiento a la acción para conseguir los cambios que necesitan, y para ello ha de perseguir un nivel de motivación en el paciente suficiente, mantenido en el proceso del cambio.

El cambio esta ligado a la voluntad y al deseo de cambiar del propio individuo², es decir, a la motivación personal. Pero ya hemos mencionado anteriormente que la motivación es un estado fluctuante en la permanencia. Por tanto podemos decir que el cambio está íntimamente ligado a la motivación, y que a su vez requiere que ésta sea mantenida.

El fracaso para cambiar conductas o hábitos alimentarios y de salud, que causan problemas, es uno de los motivos por los que las personas recurren a los profesionales de la dietética y la nutrición, con la expectativa de que éstos puedan ayudarles.

¿Puede un dietista-nutricionista contribuir en el desarrollo y sostenibilidad de la motivación y la responsabilidad del paciente para con en el proceso de cambio hacia pautas alimentarias saludables? ¿Puede trabajar desde niveles de motivación óptimos en el paciente, facilitando con ello su adherencia terapéutica y su compromiso? Este proyecto apuesta por ello.

El contexto al que nos vamos a referir es el de la consulta nutricional individualizada a cada paciente, que acude al dietista-nutricionista bien por voluntad propia, por voluntad de las personas de su entorno próximo, o por prescripción de otro profesional. En cualquier caso el objetivo final es el de producir cambios en las pautas alimentarias y el comportamiento alimentario, una tarea no siempre exitosa.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Revisar los fundamentos, investigaciones y aplicaciones prácticas de la Entrevista Motivacional hacia la consecución de cambios, para ser aplicados en el contexto de la educación nutricional hacia la promoción de hábitos y conductas saludables mantenidas.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender la naturaleza de la motivación del paciente.
- Valorar la necesidad del profesional dietista-nutricionista de promover la motivación en su paciente, para facilitar cambios positivos y mantenidos de comportamiento dietético-alimentario.
- Valorar la importancia en consulta dietético-nutricional de generar empatía, generar motivación y reforzar la autoestima del paciente.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN (TAD)

La TAD^{3,4} trata sobre la motivación humana referida al desarrollo y al rendimiento de la personalidad dentro de contextos sociales. Esta teoría asume que las personas naturalmente buscan oportunidades de crecimiento psicológico y desarrollo personal, y actuar de manera autónoma esforzándose por integrar sus experiencias de forma coherente con su voluntad. La teoría se centra en el grado al cual los comportamientos humanos son voluntarios o autodeterminados, es decir, el grado al que las personas llevan sus acciones al nivel más alto de la reflexión y se comprometen a las acciones con un sentido completo de opción, con una mayor capacidad de elección que determine las acciones propias.

La TAD expone tres tipos de motivación: la motivación intrínseca, la extrínseca y la desmotivación o ausencia de motivación. Cada uno de los tipos depende del tipo de fuerzas que el actor -en nuestro caso paciente- percibe

1.2 MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA

Determinada por recompensas o agentes externos. Las personas se comprometen por factores instrumentales, como esperar a recibir una recompensa o evitar un castigo, y no por aspectos inherentes a la persona¹².

De acuerdo con la TAD la motivación extrínseca puede variar ampliamente el grado en el que es autónoma, pudiendo ser según su tipo de regulación: externa, introyectada, identificada e integrada^{3,4}.

La *regulación externa* es la forma de motivación menos autodeterminada de motivación externa. La conducta se realiza por satisfacer una demanda externa o por la existencia de premios o recompensas. Los individuos experimentan una conducta sintiéndose controlados o alienados⁴. Se caracteriza por tener un locus de control externo. Ejemplos de este estadio en pacientes de dietética y nutrición son aquellos que tratan de producir cambios en su alimentación porque “el médico me dice que debo hacerlo”, “mi familia, mi pareja, mis amigos, me presionan para que haga dieta”, “el especialista dice que debo de perder peso si quiero operarme”, etc.

La *regulación introyectada* o auto-ejecutada está relacionada a las expectativas de auto-aprobación, evitación de la ansiedad y el logro de mejoras del ego en aspectos tales como el orgullo⁴. La conducta se realiza por el reconocimiento social, las presiones internas o los sentimientos de culpa⁶. El locus de control sigue siendo externo, aunque algo menos. La introyección representa solo una internalización parcial. Ejemplos de este estadio en pacientes de dietética y nutrición son aquellos que muestran opiniones de “debería”¹² tipo “debería adelgazar por mi marido, el pobre tiene que ayudarme a vestirme y atarme las cordonerías del calzado”, o bien opiniones o sensaciones respecto a la práctica¹³ tipo “me siento mal por haber incumplido las pautas acordadas”, “me siento culpable por no haber hecho algo de actividad física”.

La *regulación identificada* implica un sentido de apropiación de una motivación extrínseca o intención con el fin de lograr resultados valiosos¹². La conducta es altamente valorada y el paciente la juzga como importante, por lo que realizará la actividad libremente aunque no sea agradable¹⁴. Cuando una persona se identifica con la acción o el valor que expresa, de forma consciente, existe un alto grado de autonomía percibida^{3,4}. Ejemplo de este estadio es el

paciente que identifica la importancia de buscar tratamiento para evitar agravar problemas de salud y mejorar su bienestar, tras haber sufrido un infarto y presentar de forma habitual dolores en las articulaciones inferiores.

La *regulación integrada* implica la identificación y aceptación de la importancia de una conducta, integrándola con la identidad completa de la persona, de forma congruente con todos sus valores y necesidades¹². En este caso la conducta se realiza libremente. Ejemplo de este estadio es el paciente que ha completado un programa de control de peso de forma exitosa, y quiere continuar acudiendo al dietista-nutricionista para mantener los cambios logrados y evitar caer en errores pasados.

1.3 MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

Es el polo más autónomo del continuo motivacional que plantea la TAD. Implica conductas relacionadas por cuenta propia, ya que la actividad se disfruta, es satisfactoria o desafiante¹².

El desarrollo de la actividad en sí constituye el objetivo y la gratificación, suscitando también sensaciones de competencia y realización. El interés por la actividad subsiste incluso después de haber alcanzado la meta¹³.

Las motivaciones intrínsecas son inherentes a la naturaleza de la vida, y sus únicas recompensas necesarias son los afectos, los sentimientos, los pensamientos y las cogniciones que lo acompañan. La recompensa por tanto es la actividad en sí misma¹⁵.

Una persona puede comer de forma saludable, ejercitarse y tener otros hábitos saludables por el placer inherente derivado de hacerlo.

1.4 LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS BÁSICAS

Además del continuo motivacional la TAD da cuenta de las necesidades psicológicas básicas, refiriéndose a aquellos elementos del ambiente social que son esenciales o necesarios para que se de el proceso de crecimiento, integridad y bienestar¹⁶, que son la base para la automotivación, la internalización y la integración, facilitando el cambio de comportamiento¹². Son tres: *la competencia, la autonomía y la relación*³.

La *competencia* implica la necesidad de experimentar confianza en las propias habilidades y en la capacidad de obtener resultados esperados¹⁷, implica explorar y manejar el entorno, buscar retos y desarrollar habilidades de adaptación al mundo, con optimismo y control¹².

La *autonomía* se relaciona con el deseo de auto-organizar y autogobernar la propia experiencia y conducta y comprometerse en actividades que son congruentes con un sentido integrado del *self*³. Involucra interés e integración de los valores¹³.

La *relación* se identifica con un sentimiento de conexión con los otros, y de ser aceptado por los otros, necesidad que tiene que ver con las preocupaciones por el bienestar, la seguridad y la unidad de los miembros de una comunidad¹³. Las personas están impulsadas a involucrarse en relaciones de apoyo mutuo, cuidado y pertenencia¹².

La TAD plantea que las tres necesidades han de ser satisfechas para la salud psicológica³, si bien sugiere que son la satisfacción de la autonomía y de la competencia las que ejercen una influencia más poderosa sobre la motivación intrínseca. El desarrollo de una sensación de autonomía y competencia son críticos para el proceso de integración e internalización, a través de los cuales una persona comienza a auto-regular y mantener conductas que conducen a la salud y el bienestar¹⁸.

En conclusión, y de relevancia para los procesos motivacionales de cambio de comportamiento en salud, se afirma que es necesario ayudar a las personas a que sientan que han escogido su tratamiento de forma autónoma, que pueden ser exitosos, y que aprecien un sentido de relación con el terapeuta y otras personas mientras hacen el tratamiento o proceso motivacional¹².

1.5 ESTUDIOS Y RESULTADOS SOBRE LOS TIPOS DE MOTIVACIÓN QUE FAVORECEN EL CAMBIO

A continuación se exponen resultados obtenidos de estudios realizados sobre los distintos tipos de motivación.

1.5.1 MOTIVACIÓN AUTÓNOMA VERSUS MOTIVACIÓN CONTROLADA

Contrastando la *Motivación Autónoma* con la *Motivación Controlada*, que comprende tanto la motivación externa (en la cual la propia conducta es en función de contingencias externas, recompensas o castigos) como la regulación introyectada (en la cual la regulación de la acción ha sido parcialmente internalizada y cuyo comportamiento es en función de factores tales como la aprobación, evitación de la vergüenza y autoestima contingente)⁶⁰, preguntas investigativas recientes han confirmado la importancia de la motivación autónoma versus la controlada. Así la motivación autónoma, según la revisión de Deci y Ryan²⁰, promueve mayor comprensión conceptual²¹; mejores notas en la escuela²²; mayor persistencia en la escuela y actividades deportivas²³; mayor productividad y menos burnout en el trabajo²⁴.

En el terreno de la salud y el control del peso, la investigación realizada por Williams, Grow, Freedman, Ryan y Deci⁵ encontró que pacientes con obesidad mórbida en un programa de control de peso, que presentaron más razones autónomas para participar en el tratamiento, perdieron más peso y fueron más capaces de mantener el peso alcanzado tras un periodo de 2 años que aquellos cuya regulación fue más controlada. La autonomía estuvo relacionada con mejor asistencia e internalización del enfoque del tratamiento, que fue reflejada en el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida hechos por los pacientes.

1.5.2 RESULTADOS DE PROCESOS DE INTERNALIZACIÓN

En el terreno del cuidado de la salud, un mayor grado de internalización ha sido asociado con mejor mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso entre pacientes con obesidad mórbida⁵, mayor adherencia a medicamentos entre personas con enfermedades crónicas²⁵, mejor control de glucosa entre diabéticos²⁶, y mayor asistencia y participación en un programa de tratamiento de adicciones²⁷.

Las ventajas de un mayor grado de internalización son múltiples e incluyen efectividad conductual, mayor persistencia voluntaria, bienestar subjetivo mejorado, y mejor asimilación del individuo en un grupo social¹².

1.5.3 RESULTADOS DE MOTIVACIÓN AUTÓNOMA

En el terreno de salud y terapia, la motivación autónoma predice menos retiro, cambio duradero y mayor bienestar en dominios como la pérdida de peso, ejercicio, diabetes, tabaco, alcohol, adherencia persistente a la medicación, ajuste en VIH, autocuidado en dieta^{25,28,29}. Cambios en el estilo de vida y conductas más saludables³⁰, y altos niveles de bienestar psicológico³¹ entre otros.

El apoyo a la autonomía, vinculado a la TAD, es clave en los resultados de diversos estilos terapéuticos enfocados a la motivación hacia el cambio de comportamiento. Es por ello que más recientemente se ha relacionado la TAD con el enfoque de la *Entrevista Motivacional* (punto 3, página 9) que enfatiza en la *autonomía*¹² y se centra alrededor del manejo de la *ambivalencia* durante el tratamiento¹.

2. LA AMBIVALENCIA

Desde el punto de vista de la motivación del paciente, encontramos motivaciones fluctuantes y conflictivas, el «quiero pero no quiero». A este conflicto se le puede llamar ambivalencia, y a menudo está presente en las primeras sesiones a las que acude el paciente. Se trata de un estado de la mente en el que la persona tiene sentimientos conflictivos simultáneos sobre algo¹.

2.1 PACIENTES AMBIVALENTES

De acuerdo a lo expuesto sobre la ambivalencia podemos encontrar en mayor o menor medida este conflicto y fluctuación en nuestros pacientes, pudiendo describir tres tipos de pacientes en función de su grado de motivación al cambio: resistentes al cambio, ambivalentes, motivados al cambio.

Pacientes resistentes al cambio: Se sienten bien con su estado físico, cómodos en sus rituales, sus obsesiones, su aislamiento y su control continuo. Niegan limitaciones o molestias propias de su estado alimentario. Han experimentado fracasos terapéuticos previos y perciben al terapeuta como un entrometido.

Pacientes *ambivalentes*: Experimentan fluctuación al considerar un cambio, quieren pero no quieren. Si intentamos convencerlos de la seriedad del problema y del beneficio o la necesidad de cambiar, suelen defenderse negando el problema.

Pacientes *motivados al cambio*: Están de acuerdo con el terapeuta, aceptan el diagnóstico que se les muestra. Expresan un deseo o necesidad de ayuda y siguen el consejo del terapeuta. Se involucran en una sucesiva negociación de objetivos y cumplen con las tareas que se proponen para casa. Acuden a revisiones periódicas con espaciamiento progresivo en función de la evolución.

2.2 ACEPTAR LA AMBIVALENCIA

La comprensión de la ambivalencia facilita la comunicación, provoca menos resistencia por parte del paciente y facilita el progreso del tratamiento.

Cuando el terapeuta o dietista-nutricionista comprende la normalidad de estar presente la ambivalencia en sus pacientes, se produce un número menor de problemas de comunicación y de luchas de poder. Si por el contrario el dietista-nutricionista intenta persuadir y convencer al paciente de la seriedad del problema, del deber de cambiar los hábitos y conductas, el paciente reacciona con razones más intensas sobre el por qué su conducta es apropiada, atractiva o aceptable, considerando que el problema «no es tan serio» y de que el cambio no es necesario. Se produce así por tanto una negación del problema y una resistencia al cambio¹.

De alguna manera, la *Entrevista Motivacional* se centra alrededor del manejo de la ambivalencia durante el tratamiento.

3. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La Entrevista Motivacional (EM) es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Se trata de una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes, ayudando a resolver la *ambivalencia* y a progresar en el camino del cambio¹.

Surge del trabajo terapéutico-conductual con pacientes alcohólicos y se aplica en el manejo de adicciones, trastornos de la conducta alimentaria y otras compulsiones. Si bien, hoy día son variadas las profesiones que la utilizan (psicología, counselling, coaching, medicina, enfermería, trabajo social, etc.), a través de profesionales cuya dedicación incluye el trabajo terapéutico con personas que necesitan cambiar, que persisten en patrones de conductas que les dañan, o que tienen problemas de motivación.

3.1 DIFERENCIAS ENTRE EL MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA INFORMATIVO Y MOTIVACIONAL

La EM parece mostrar resultados superiores al consejo médico clásico o a la terapia cognitivo-conductual en el abordaje de pacientes con adicción³². Una sola intervención de quince minutos consigue resultados significativos y la repetición de la intervención asegura la efectividad del abordaje motivacional³³ con un bajo coste³⁴.

Tabla1: Diferencias entre la entrevista motivacional y la entrevista informativa clásica.

<i>Modelo Informativo</i>	<i>Modelo Motivacional</i>
Aporta consejos expertos	Estimula la motivación para pasar a la acción
Intenta persuadir	Favorece el posicionamiento ayudando a la reflexión
Repite consejos	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio
Es rápido	Es de aplicación progresiva

Fuente: Freixa (2000)³⁵.

3.2 PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La EM plantea cinco principios que dan fundamento a este enfoque, principios prácticos que promueven la automotivación, especialmente entre los pacientes que aún no se proponen realizar una acción.

1- *Expresar empatía:* Es el principio de aceptación. Mostrar una actitud de comprensión y de aceptación utilizando la escucha reflexiva; comunicar respeto y aceptación al paciente y a sus sentimientos, sin juzgar, criticar o culpabilizar (lo cual no significa estar en acuerdo o aprobar sus conductas); escuchar en

lugar de hablar; felicitar sinceramente en lugar de denigrar; persuadir amablemente comprendiendo que la decisión de cambiar el pertenece a la persona; aceptar la ambivalencia como una parte normal de la experiencia humana y del cambio¹. Paradójicamente, cuando se acepta al paciente tal y como es, se encuentra más libre para poder decidir cambiar. Si el paciente percibe empatía se torna más abierto a los desafíos que se propongan sobre aspectos de su estilo de vida y creencias sobre la conducta que está realizando³⁶.

2- *Crear la discrepancia*: El objetivo no es que la persona se sienta aceptada para que siga con la conducta problemática, hay que conseguir crear y potenciar en la mente del paciente una discrepancia entra la conducta actual o el momento en el que se encuentra, y unos objetivos más amplios o donde le gustaría estar, hasta que se supere el apego que la persona tiene por su conducta presente. Esta forma se podría provocar a partir de una concienciación de las consecuencias y los costes de la conducta actual, hacer que sea el propio paciente el que dé las razones que tiene para cambiar. Cuando una conducta se cree que está en conflicto con objetivos personales importantes (tales como la propia salud, el éxito, la felicidad familiar o una autoimagen positiva, el cambio ocurrirá con una cierta probabilidad¹.

3- *Evitar la discusión*: Defender un argumento provoca defensividad. El acusar a los pacientes de estar negando, de mostrar resistencia, o de estar equivocados, aumentará con más probabilidad su resistencia en vez de fomentarles la motivación para el cambio. La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizando¹.

4- *Darle un giro a las resistencias*: Cuando aparecen las resistencias, debemos pensar que esas percepciones se pueden cambiar, y se pueden sugerir otros puntos de vista, no imponer. El paciente es invitado a considerar la nueva información, generando preguntas o problemas al paciente, sin proporcionar las soluciones. Debemos implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas. El paciente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas¹.

5- *Fomentar la autoeficacia*: Esencialmente la autoeficacia significa confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o reto específicos. La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el

cambio¹. Si enfrentamos al paciente a una realidad desagradable pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún camino. El mensaje a transmitir es el de que él o ella puede hacerlo. No solo puede, sino que debe, es su responsabilidad, está en su mano y nadie lo hará por él. Nosotros le ayudaremos en ese camino que irá trazando y recorriendo la persona para ella misma³⁶.

3.3 LA MOTIVACIÓN COMO PROBABILIDAD DE CAMBIO

Desde la perspectiva de la Entrevista Motivacional, la motivación es definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio, y por tanto es una responsabilidad y tarea del profesional el motivar o aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio. El objetivo global es aumentar la *motivación intrínseca* del paciente, de manera que el cambio surja desde dentro de éste¹.

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación, están asociados con una mayor participación en el tratamiento y resultados positivos en éste². Una actitud positiva hacia el cambio y un compromiso con el cambio, también están asociados con los resultados positivos del tratamiento^{37,38}.

Así mismo, la *autoeficacia* es un elemento clave en la motivación para el cambio^{39,40} y un buen predictor de los resultados de los tratamientos de las conductas adictivas⁴¹.

Debemos valorar la motivación del paciente no tanto por lo que dice o por su intención manifiesta, sino por lo que hace o por su cumplimiento y actuación durante el proceso de cambio.

3.4 ETAPAS DEL CAMBIO

En 1.982 dos autores, Prochaska y DiClemente⁴² describieron una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio ante una conducta, a través de la 'rueda del cambio'. Las personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios registrados en la rueda del cambio.

El hecho de que dicho modelo sea circular refleja el giro que generalmente una persona da varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio. Cada estadio registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional diferente (Tabla 3).

Figura 2: La rueda del cambio.



Fuente: Prochaska y DiClemente (1992)⁴³.

El cambio se puede acelerar comprendiendo su proceso e implicaciones, y adaptando nuestras estrategias para el cambio según la etapa del cambio en la que nos encontremos. Si no lo hacemos así el proceso de cambio puede lentificarse⁴⁴.

3.4.1 ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN

Características: En esta etapa el paciente no ha considerado que tenga un problema o que necesiten introducir un cambio en alguna conducta o hábito. Por ejemplo podemos encontrar expresiones tipo “estar gorda no es un problema para mí, no quiero adelgazar, me gusta como estoy y no me causa ningún problema”. Se niega tener un problema, en nuestro caso con el peso, con el cuerpo, con la comida, o con la salud.

Por medio de la negación se evita la información que permite contemplar que se tiene un problema y en esta etapa nos limitamos a decir que el problema no existe⁴⁴.

Al indicársele que tiene un problema es más probable que se sorprenda a que se defienda. En este momento la persona sabe que tiene un problema pero no es consciente de éste¹.

Ejemplo es esta etapa: un control médico rutinario muestra en la analítica sanguínea del paciente niveles de colesterol y triglicéridos elevados, que unido al exceso de peso visible y un estilo de vida sedentario que afirma mantener, pronostica un alto riesgo cardiovascular.

Lo que debe hacer el profesional: ofrecer información y feedback, a modo de apoyo narrativo, a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema, la duda y la percepción de los riesgos.

Lo que no debe hacer el profesional: dar consejos de lo que debería hacer desde un punto de vista teórico, pues puede ser contraproducente.

3.4.2 ETAPA DE CONTEMPLACIÓN:

Características: En esta etapa el paciente deja de negar la existencia de un problema concreto y pasa a tomar conciencia de éste, aceptando que el problema puede existir y que puede ser afrontado en un futuro inmediato, considerando y rechazando el cambio necesario. Es por tanto un periodo caracterizado por la ambivalencia.

Existe una oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera. Los pacientes experimentan razones de preocupación o de falta de preocupación, también motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar¹.

Con frecuencia, el miedo al cambio y las consecuencias de renunciar a los hábitos mantenidos y conocidos, para sustituirlos por formas nuevas de hacer, desconocidas o poco controladas, pueden generar una intensa ambivalencia en la persona, atrapándola en una contemplación crónica⁴⁴.

Ejemplo es esta etapa: el paciente reconoce que la cantidad y tipo de alimentación puede ser que perjudique su salud, que su peso hace que no se

sienta capaz de sobrellevar las tareas y esfuerzos cotidianos, pero que disfruta comiendo, en especial con los alimentos grasos.

Lo que debe hacer el profesional: poner en una balanza los pros y los contras, abordar los costes de la conducta mantenida y de la nueva conducta, y ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio.

Investigaciones basadas en estudios de miles de personas que han podido cambiar de una manera eficaz han permitido al profesor James Prochaska cuantificar la magnitud del cambio en los pros y los contras que es esencial para un cambio eficaz. En la *Tabla 2* se muestra un cuestionario de decisiones basado en los pros y los contras del cambio⁴⁵. Para pasar de la etapa de contemplación y planificación a la etapa de acción debemos obtener unas puntuaciones totales de 28 para los pros e inferior a 17 para los contras.

Lo que no debe hacer el profesional: planificar la acción o aplicar estrategias apropiadas para la etapa de acción. En esta etapa lo más probable es que se obtengan resistencias si incentivamos la acción¹, o bien fracasos que confirman la creencia de que el cambio no es posible, si premeditamos la acción⁴⁴.

3.4.3 ETAPA DE DETERMINACIÓN O PLANIFICACIÓN

Características: En esta etapa se consigue el compromiso personal y público del paciente con el cambio⁴⁵, en un plazo de tiempo determinado como puede ser el de un mes.

La decisión general de cambiar obtenida de la etapa de contemplación la transformamos en unos pasos concretos y en un plan de acción bien definido en esta nueva etapa. En lugar de reunir información sobre el problema reflexionamos a fondo sobre sus posibles soluciones⁴⁴.

Lo que debe hacer el profesional: ayudar al paciente a determinar el objetivo o los objetivos con los que comprometerse; ayudar a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir útil para conseguir el cambio; proponerle recursos adecuados y efectivos.

Lo que no debe hacer el profesional: la tarea en esta etapa no es la de motivar al paciente sino la de buscar los recursos accesibles, apropiados y

adecuados para la consecución del cambio; si bien esta tarea lleva implícita el fomento de la motivación.

Tabla 2: Cuestionario para decisiones basado en evaluar los pros y los contras del cambio.

Anote el número del 1 al 5 en la casilla situada al lado de cada afirmación para indicar su creencia actual.

- 1 = No importante
- 2 = Poco importante
- 3 = Algo importante
- 4 = Bastante importante
- 5 = Muy importante

	‘Pros’	Contras’
1. Si cambio, algunas personas pensarán mal de mí		<input type="text"/>
2. Si cambio, mi salud mejorará	<input type="text"/>	
3. Para cambiar hace falta mucho tiempo		<input type="text"/>
4. Si cambio, algunas personas pensarán mejor de mí	<input type="text"/>	
5. Me preocupa que pueda fracasar si intento cambiar		<input type="text"/>
6. Si cambio, la imagen que tengo de mí mismo mejorará	<input type="text"/>	
7. Para cambiar hace falta mucho esfuerzo y energía		<input type="text"/>
8. Si cambio, mi actuación mejorará	<input type="text"/>	
9. Deberé renunciar a cosas con las que disfruto		<input type="text"/>
10. Si cambio, seré más feliz	<input type="text"/>	
11. Mi conducta actual me ofrece algunas ventajas		<input type="text"/>
12. Si cambio, algunas personas estarán mejor	<input type="text"/>	
13. Mi conducta actual beneficia a algunas personas		<input type="text"/>
14. Si cambio, me preocuparé menos	<input type="text"/>	
15. Si cambio, algunas personas estarán incómodas		<input type="text"/>
16. Si cambio, algunas personas serán más felices	<input type="text"/>	
Total ‘pros’	<input style="border: 2px solid black;" type="text"/>	
Total ‘contras’		<input style="border: 2px solid black;" type="text"/>

Para pasar a la etapa de acción se debe obtener una puntuación total de 28 para los ‘pros’ y una puntuación inferior a 17 para los ‘contras’.

Fuente: Adaptada de Prochaska y otros (1994)⁴⁶, págs. 169-179.

3.4.4 ETAPA DE ACCIÓN

Características: En esta etapa la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio en sus hábitos alimentarios y de salud, poniendo en acción el plan elaborado previamente. El objetivo es producir un cambio en el problema que se desea resolver¹.

Se trata de poner en acción una sucesión lógica de pasos que conduzcan a una decisión, elaborada a partir de una decisión. Con ello evitaremos que los pacientes crean en la existencia de una “varita mágica” que puede resolver los problemas por ellos o que les permita el cambio sin esfuerzo ninguno⁴⁴.

Un obstáculo final para la acción eficaz es hacer “más de lo mismo”, es decir, repetir continuamente una solución que sólo es eficaz en parte, y que en el fondo, puede mantener el problema o exacerbarlo. Es el caso de las dietas estrictas, son parcialmente eficaces a corto plazo, pero a largo plazo hacen ganar peso. Por lo que ponerse a seguir un régimen estricto en repetidas ocasiones no conllevará la pérdida de peso deseada como un estado mantenido⁴⁴.

Ejemplo es esta etapa: El paciente pone en práctica nuevas tareas o formas de hacer para conseguir nuevos hábitos de alimentación y de salud. Sabe cuáles son sus necesidades, de qué recursos dispone, cuándo, con quién y en qué entorno realizará cada tarea. Por ello lo primero que hace es adquirir un bañador y complementos, sacarse la tarjeta de usuario de la piscina más próxima a su trabajo y comenzar con unos minutos de natación 3 días a la semana.

Lo que debe hacer el profesional: ayudar al paciente a dar los pasos hacia el cambio deseado.

3.4.5 ETAPA DE MANTENIMIENTO

Características: En esta etapa el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior, y prevenir la recaída⁴⁷, evitando recaer en los viejos hábitos, pues la intención de cambiar no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo¹.

Diversos factores pueden hacer que el paciente recaiga en sus antiguos hábitos nocivos o poco saludables, como la presión social, los desafíos internos, situaciones especiales y el hecho de poner a prueba la fuerza de voluntad⁴⁴.

Ejemplo es esta etapa: La paciente guarda en casa una tableta de chocolate para poner a prueba su voluntad de no consumirlo, o bien compra alimentos que le llevan a hábitos dietéticos nocivos porque en su familia se siguen consumiendo, por lo que ha de enfrentarse a la presencia de éstos en su entorno próximo. Incluso su familia insiste en que vuelva a viejos patrones de conducta o al consumo de algún alimento que decidió evitar, convenciéndola de que no le hará ningún daño.

Lo que debe hacer el profesional: ayudar al paciente a identificar y a utilizar recursos y estrategias para prevenir la recaída. Para ello hay que prever situaciones de alto-medio riesgo y evitarlas, junto con el desarrollo de técnicas y estrategias para controlar las recaídas.

Lo que no debe hacer el profesional: dar por conseguido el cambio y no considerar la posibilidad de recaída.

3.4.6 ETAPA DE RECAÍDA

Características: Es una etapa no obligatoria pero que suele ser frecuente, en la que tropezamos y damos pasos hacia atrás en la evolución del cambio deseado. Es una postura realista contemplar las recaídas como etapas normales o hechos esperables. La tarea del paciente consiste en volver a hacer girar de nuevo la rueda, desde la pre-contemplación si fuese necesario, antes que permanecer inmóvil en dicha etapa.

Ejemplo es esta etapa: El paciente comenzó a practicar la natación, y tras un resfriado que le impide continuar con su planificación cesa su actividad sin retomarla, por un acúmulo de pereza y de demandas familiares que le exigen tiempo.

Lo que debe hacer el profesional: Ayudar al paciente a continuar el cambio inicialmente planteado renovando el proceso de contemplación, determinación y acción, evitando el bloqueo o una desmoralización de la persona. Si la desmoralización aparece evitaremos el desconsuelo haciéndole entender que

las recaídas son parte natural del cambio, y trabajando conjuntamente en la renovación y refuerzo¹.

Lo que no debe hacer el profesional: dar por fracasado el objetivo de cambio, insistir en continuar con la acción sin retomar la contemplación, determinación, planificación y acción.

3.4.7 ETAPA DE CONCLUSIÓN

El profesor Alan Carr⁴⁴ contempla en su libro titulado “Psicología Positiva. La Ciencia de la Felicidad” una nueva etapa, la de conclusión. Expone que en ella no se siente ningún deseo de recaer y se tiene plena confianza en poder controlar los problemas. Si bien, explica que esto ocurre rara vez para los problemas de gran magnitud que afrontar, por lo que la etapa de mantenimiento puede durar toda la vida, en un proceso cíclico donde se vuelve a etapas anteriores del cambio para luego avanzar. Considera las recaídas oportunidades de aprendizaje sobre las situaciones, las relaciones y la manera de pensar, de comportarnos y de sentir, afirmando que tenemos que recaer varias veces antes de entrar en la etapa de mantenimiento a largo plazo o etapa de conclusión.

Tabla 3: Resumen etapas del cambio y tareas del terapeuta

Etapa del paciente	Tareas motivacionales del terapeuta
Precontemplación	Aumento de la duda –aumento de la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.
Contemplación	Inclinación de la balanza –evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
Determinación	Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.
Acción	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio.

Mantenimiento	Ayuda al paciente a identificar y a utilizar las estrategias par prevenir una recaída.
Recaída	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

Fuente: Miller y Rollnick¹

3.5 ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL CAMBIO

La transición por las distintas etapas del cambio está facilitada por procesos a su vez facilitados por técnicas y estrategias concretas.

3.5.1 TÉCNICAS PARA INCREMENTAR EL NIVEL DE CONCIENCIA RESPECTO AL CAMBIO

Para que el diálogo sea fluido y eficaz avanzando hacia la determinación del cambio podemos ayudarnos de las siguientes técnicas⁴⁸:

- 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 la conducta o el hábito antiguo y el nuevo a adquirir, que el paciente haya explicitado. Por ejemplo: “Dices que comer dulces tiene cosas buenas como... y malas como..., y también dices que no comer dulces tiene como positivo... y como negativo...”
- Provocar la elaboración de la información, pidiendo ejemplos concretos, clarificando y determinando el cuándo, cómo, etc.
- Utilizar los extremos imaginando la peor de las consecuencias posibles.
- Mirar hacia atrás y hacia adelante. Ayudar al paciente a visualizar cómo era y cómo se encontraba éste con el antiguo hábito, y cómo será y se encontrará con el nuevo.
- Explorar la escala de valores del paciente, determinando cuáles son los más importantes en su vida.

- Utilizar la paradoja haciendo de abogados del diablo⁴⁹. Esta técnica puede ser desbloqueadora de situaciones aparentemente irresolubles pero es bastante arriesgada y requiere de adiestramiento en su manejo. No puede utilizarse con cualquier persona ya que precisa un cierto nivel de autoestima. Si el paciente se resiste y niega, y el profesional se pone de lado de sus argumentos, el paciente puede observar desde fuera el absurdo de la situación. Por ejemplo: “no creo que valga la pena que lo intentes”, “por lo que dices lo mejor para ti en este momento sería que sigas comiendo sin límite”.

3.5.2 ACTUACIONES ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DE CAMBIO

El lema general es no adelantar nunca al paciente ni forzarlo a que tome decisiones precipitadas. Hay que vencer el deseo de tener que obtener resultados evidentes rápidamente. Por tanto, debemos trabajar la motivación desde una visión de evolución de estadios y no solo desde la consideración de un cambio hacia la etapa de acción.

Lizarraga y Ayarra⁴⁸ proponen un conjunto de tareas y estrategias para cada estadio del cambio, en un contexto de salud (medicina familiar y comunitaria), donde la empatía ha de estar presente en todas y cada una de las etapas, de principio a fin (*Tabla 4*)

Por otra parte, encontramos un conjunto de estrategias propuestas por Prochaska (1999)⁴⁵ para superar las etapas del cambio al hacer frente a oportunidades y desafíos, que pueden ser incorporadas a la práctica clínica (*Tabla 5*).

Estas últimas estrategias propuestas por Prochaska tienen su sentido a través de acciones y tareas que debe realizar la persona y deben de facilitar los profesionales de la psicoterapia. Un dietista-nutricionista no es un psicoterapeuta, por lo que nos centraremos en las estrategias propuestas por Lizarraga y Ayarra, expuestas en la *Tabla 4*.

Tabla 4: Tareas y estrategias adaptadas a los estadios de 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

Fuente: Lizarraga y Ayarra (2001)⁴⁸

Tabla 5: Estrategias para transitar las distintas etapas de cambio usando las fuerzas para afrontar los retos y las oportunidades para el cambio.

Transición	Estrategia
De la precontemplación a la contemplación	Aumentar la conciencia Despertar emociones Replantear el entorno Liberación social
De la contemplación a la planificación	Establecimiento de objetivos y supervisión Reexamen de uno mismo
De la planificación a la acción	Autoliberación
De la acción al mantenimiento	Control de estímulos Contrarrestar creencias negativas Contrarrestar la comunicación confusa Contrarrestar la resolución de problemas ineficaz

Fuente: Basado en Prochaska (1999)⁴⁵, págs.. 227-255.

4. LA PRÁCTICA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL – FASE I

Desde los comienzos la EM ha sido algo eminentemente práctico, surgido de la propia experiencia con pacientes, y aceptado clínicamente por su aplicabilidad y utilidad práctica. Es algo más que un conjunto de técnicas para practicar, es una forma de ‘ser’ con los pacientes¹.

Desde el enfoque de la EM cada persona posee de forma inherente un potencial poderoso para el cambio, nuestra tarea como profesionales terapeutas es hacer salir dicho potencial, facilitando los procesos naturales del cambio.

4.1 CREAR LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

Nos encontramos en una primera fase con el objetivo de construir la motivación en nuestro paciente, para permitir el cambio hacia hábitos de vida saludables, especialmente de alimentación. El paciente se siente ambivalente y se encuentra en la etapa de precontemplación o contemplación¹

La diversidad de situaciones que podemos encontrarnos es muy amplia, teniendo en cuenta la variedad de casos abordados y de las personas con las que trabajemos. Esta diversidad amplia es inevitable aun conociendo de antemano una serie de estrategias generales útiles. Si bien, cuanto más conocimiento de estrategias tengamos, más recursos tendremos para hacer frente a las complejidades de cada caso.

Parte de ese conocimiento implica comprender qué es lo que ‘no’ se debe hacer, particularmente en el momento de empezar. También el reconocer los problemas y trampas generales que podemos encontrar, y cómo prevenirlas o al menos recuperarse de ellas¹.

4.1.1 SESIÓN DE APERTURA

Los pacientes que inician un tratamiento lo hacen con una amplia variedad de expectativas, esperanzas, miedos y preocupaciones. Un buen comentario inicial puede tranquilizar la mente del paciente, y con ello poder comenzar en las mejores condiciones posibles¹.

Un ejemplo podría ser: “Disponemos de una hora que vamos a pasar juntos, y en este momento quiero poder llegar a una primera comprensión de qué es lo que le ha traído aquí. Me gustaría escucharle con atención, comprender su visión y sus preocupaciones. Deduzco que está aquí porque alguna situación actual supone un problema. Dígame, ¿que le ha traído aquí?”

4.1.2 TRAMPAS A EVITAR

Es importante evitar caer en varias de las trampas que surgen y que interfieran en el proceso. Son maneras de encarar la entrevista que generan resistencias en el paciente¹.

La primera sesión puede ser crucial. Las actuaciones del terapeuta incluso en una sola sesión tendrán una poderosa influencia sobre la resistencia del paciente y sobre los efectos a largo plazo⁵⁰, por ello no debemos de caer las trampas que pueden surgir.

- *Trampa pregunta-respuesta.* Significa formular preguntas que el paciente responde con respuestas 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.

- *Trampa confrontación-negación.* Es la trampa más frecuente y la que más interesa evitar^{35,51}. Cuanto más enfrentamos al paciente con su situación éste creará más resistencia y será reacio al cambio, con respuestas tipo: “No creo que sea tan serio el problema porque coma algunos dulces de vez en cuando”.

- *Trampa del experto.* Ofrecer como profesionales respuestas y soluciones al paciente, con la mejor intención. Esto le lleva al paciente a asumir un rol pasivo en el proceso, que es totalmente contrario al enfoque de la EM.

- *Trampa del etiquetaje.* Clasificar al paciente por sus hábitos con etiquetas, creando resistencias en éste. Los problemas se pueden analizar sin necesidad de etiquetas que crean estigmas sociales.

- *Trampa de la focalización prematura.* El profesional considera lo que le parece más necesario e importante abordar mientras que al paciente le apetece hablar de otros temas que le pueden estar preocupando. Empezar la entrevista con las preocupaciones del paciente facilita la tarea, debiendo de evitar por nuestra parte una lucha sobre qué tema es más apropiado, que generará en el paciente distancia y ponerse a la defensiva.

- *Trampa de la culpa.* Dedicar tiempo analizando de quién es la culpa del problema pone al paciente a la defensiva. No debemos gastar tiempo y energía en ello. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente.

4.1.3 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO

Según Miller y Rollnick¹ la teoría más claramente articulada y puesta a prueba con respecto a las condiciones básicas del terapeuta para la facilitación del cambio es la de Carl Rogers (1959)⁵². Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, facilitada por el profesional proporciona la atmósfera ideal para el cambio. Dentro del contexto de dicha atmósfera segura y de apoyo, Rogers proponía que los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y de encontrar soluciones para sus propios problemas.

Para conseguir dicha relación interpersonal centrada en el paciente, con una atmósfera propicia para el cambio, la EM se ayuda de cinco primeras estrategias, cuatro de ellas derivadas ampliamente de la terapia centrada en el paciente, si bien en la EM se utilizan con el objetivo particular de ayudar a los pacientes a explorar y analizar su ambivalencia, y a expresar las razones que tienen para cambiar¹.

1. Estrategia de preguntas abiertas.
2. Estrategia de escucha reflexiva.
3. Estrategia de afirmación o de reestructuración positiva.

4. Estrategia de resumen.

La quinta estrategia es más conductista, integra y guía el uso de las cuatro estrategias anteriores, y es específica de la EM:

5. Estrategia de afirmaciones de automotivación.

Estas cinco estrategias serán expuestas con detenimiento en el siguiente apartado de Comunicación (Punto 5).

4.1.4 LOS CONTACTOS DE SEGUIMIENTO

Las estrategias enumeradas anteriormente son útiles para reducir el abandono, al tiempo que aumentan la motivación al cambio, pero una estrategia adicional se ha demostrado que aumenta de forma significativa la probabilidad de que un paciente acuda de nuevo a fin de continuar el tratamiento¹: consiste simplemente en programar contactos de seguimiento, tan simples como una sencilla llamada telefónica.

En un estudio⁵³, se dividió en dos grupos a cien pacientes alcohólicos que habían realizado un primer contacto con un servicio de psiquiatría. Los primeros 50 sólo recibieron los procedimientos habituales de seguimiento, mientras los 50 siguientes recibieron una simple llamada telefónica tras la visita. De estos dos grupos un 8 % de los pacientes del primero frente a un 52 % de los del segundo, volvieron en busca de tratamiento, la mayoría de ellos en el espacio de una semana. Esto supone que una simple contacto posterior a la primera consulta aumentó la probabilidad de que el paciente continuase la terapia en algo más que seis veces.

Un simple contacto de seguimiento será también útil para prevenir el abandono precoz del tratamiento. Una clínica⁵⁴ encontró que cuando los pacientes no acudían a una visita, una llamada telefónica personal (no una carta estándar) reducía la probabilidad de abandono de un 92 % a un 60 %. Cuando se cambió la carta de seguimiento de un formato impersonal a uno que expresaba con una mayor claridad el interés por el paciente, una sola carta reducía el abandono de un 96 % a un 66 %. Igualmente Panepinto y Higgins⁵⁵ encontraron que una carta de seguimiento después de no haber acudido a un primer encuentro reducía el abandono precoz de un 51 % a un 28 %.

En resumen, sencillas demostraciones de cuidado e interés tienen un gran efecto sobre la ‘motivación’ del paciente para que éste vuelva al tratamiento¹.

5. COMUNICACIÓN: ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO

Es importante que el dietista-nutricionista cree una atmósfera de confianza y aceptación en la consulta clínica, permitiendo que los pacientes analicen sus problemas. Esto implica que el paciente debe ser el que hable más en la primera etapa de la EM, y nosotros escuchemos cuidadosamente y alentando la expresividad¹.

La amplia investigación realizada de este tipo de comunicación está permitiendo demostrar un impacto importante en los resultados clínicos⁵⁶ y en la satisfacción de los usuarios⁵⁷. Existen cinco técnicas para que el paciente vaya avanzando en verse a sí mismo y a su situación de partida, pueda sentirse aceptado y entendido, y pueda dar el primer paso para el cambio⁴⁸.

5.1 PREGUNTAS ABIERTAS

Son aquellas que no pueden contestarse con una o dos palabras, ni con un breve ‘sí’ o ‘no’, necesitan de respuestas más o menos largas. Permiten al paciente explicarse y se anima a expresar sentimientos conforme aumenta la percepción del problema. Con las respuestas se elabora información y emociones asociadas.

Con su uso desde el comienzo estimulan al paciente a que sea quien más hable, tal y como hemos expuesto que debe ser en la primera etapa de la EM. Estas preguntas sólo abren el tema, y proporcionan oportunidades para utilizar otras estrategias¹.

Ejemplos de preguntas: “¿Qué aspectos de tu salud te preocupan más?”; “¿Qué te preocupa de estos análisis?”, “¿Qué es lo que has observado que te puede preocupar, o que ha preocupado a otras personas?”; “¿Cómo afecta a tu vida el exceso de peso?”.

5.2 ESCUCHA REFLEXIVA

Es la forma en que el profesional responde a lo que dice el paciente. Es una de las habilidades fundamentales de la EM.

5.2.1 QUÉ NO ES ESCUCHA REFLEXIVA

Thomas Gordon⁵⁸ ha delimitado doce tipos de respuesta que 'no' son indicadoras de escucha:

1. Ordenar, dirigir o encargar.
2. Alertar o amenazar.
3. Dar consejo, realizar sugerencias, o sugerir soluciones.
4. Persuadir con lógica, discusión, o enseñanza.
5. Moralizar, sermonear, o decir a los pacientes lo que deberían hacer.
6. Estar en desacuerdo, juzgar, criticar, o culpabilizar.
7. Estar de acuerdo, aprobar, o rogar.
8. Culpabilizar, ridiculizar, o etiquetar.
9. Interpretar o analizar.
10. Reafirmar, simpatizar, o consolar.
11. Cuestionar o poner a prueba.
12. Retirarse, distraerse, hacer broma, o cambiar de tema.

Estas respuestas también son consideradas como 'obstáculos' para el paciente, porque surgen en su camino, y en lugar de poder continuar analizando el camino el paciente se ha de enfrentar con el obstáculo. Los obstáculos tienen el efecto de bloquear, parar, desviar, o cambiar la dirección¹.

En estos casos, el profesional no escucha realmente, porque no da la ocasión al paciente de seguir hablando o de analizar la situación, por tanto no se le ayuda a analizar la ambivalencia, y en su lugar es empujado a tomar una decisión prematuramente. De esta manera encontramos que el tiempo de paciente es utilizado para sortear los obstáculos con los que se encuentra en la conversación.

5.2.2 QUÉ ES ESCUCHA REFLEXIVA

Es un tipo de respuesta del profesional frente a la intervención narrativa del paciente que trata de averiguar y comprender lo que intenta decir el paciente con exactitud, por medio de afirmaciones sin interrogación final, que pueden ser de cinco tipos:

- *Repetición* de alguna palabra dicha por el paciente que nos parece importante.

- *Refraseo*. Al igual que lo anterior, pero cambiando alguna palabra por sus sinónimos para así clarificar.

- *Parafraseo*. Se repite lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo dicho por el paciente.

- *Señalamiento emocional*. Lanzar frases que muestran sentimientos o emociones, tipo: “te veo triste”, “parece que esto que hablamos te disgusta”.

- *Silencios*. Permiten un tiempo de autoobservación acerca de lo que se acaba de decir y sentir, también sirven de reflexión y de apoyo, porque con los silencios podemos estar indicando de forma no verbal que lo entendemos y aceptamos.

La diferencia de afirmar a preguntar es sutil, recae en la inflexión del tono de voz, que en la pregunta asciende hacia el final y en la afirmación desciende suavemente hacia el final de la frase. El hecho de preguntar parece distancias a los pacientes de la experiencia real, retroceden y se empiezan a preguntar si realmente hacen o deberían sentir lo que han expresado¹.

La escucha reflexiva es una manera de comprobar más que de asumir que sabemos lo que queremos decir. Implica realizar afirmaciones que no son obstáculos para el paciente, sino deducciones de lo que la persona quiere decir.

La reflexión no es un proceso pasivo. El terapeuta decide qué es lo que tiene que reflexionar y lo que no, desechándolo o ignorándolo, qué es lo que tiene que enfatizar y desenfatar, y qué palabras ha de utilizar para poder capturar el significado. En general las afirmaciones automotivadoras generadas por el paciente, se le deben retornar. De esta manera los pacientes tienen la oportunidad de escuchar dos veces sus propios comentarios positivos¹.

Ejemplo de escucha reflexiva:

PACIENTE (P): A veces me preocupa estar engordando demasiado.

TERAPEUTA (T): Ha engordado bastante.

P: Tal vez sea la menopausia.

T: Podría ser que le ocurra a todas las mujeres cuando pasan por la menopausia.

P: Bueno, algo creo que influye, pero probablemente sea mi forma de comer. Tengo mucho desorden en las comidas, y la verdad es que como muy mal.

T: Por lo que está perjudicando su salud, su físico, y su estado anímico.

P: Pero yo no estoy tan gorda.

T: Seguro que no está tan mal, aun con ello sigue estando preocupada.

P: No es que esté tan preocupada que me quite el sueño, pero algo creo que podría hacer.

T: No parece estar muy segura...

P: No, no estoy muy segura. En estos momentos tengo mucha ansiedad y si además tengo que quitarme placeres de la comida no sé si podré.

T: Entiendo el temor que siente.

5.3 REESTRUCTURACIÓN POSITIVA

Supone afirmar y apoyar al paciente, destacando aspectos positivos y apoyando lo dicho por él o ella mediante comentarios y frases de aprecio y comprensión. Con ello rehabilitamos su autoestima y el sentido de autoconfianza⁴⁸.

El proceso de la escucha reflexiva es bastante afirmativo por sí mismo, pero las afirmaciones directas también tienen lugar en el proceso, como estrategia favorecedora del cambio¹.

A medida que el paciente se siente escuchado y aceptado por el terapeuta, se vuelve capaz de escucharse y aceptarse, aumentar la comprensión y el control sobre sí mismo y su sensación de poder⁵⁹.

Ejemplo de reestructuración positiva: “comprendo tu dificultad frente al cambio”; “pareces una persona optimista”; “es admirable el coraje que has tenido en las situaciones que me has contado”; “creo que es fantástico que quieras hacer algo con tu problema”.

5.4 RESÚMENES

Hacer resúmenes de lo que se ha podido reunir, destacando lo que nos parece más crucial de todo lo dicho por el paciente, especialmente cuando se

aprecian afirmaciones automotivadoras. Es aconsejable resumir la información de forma periódica.

Esta acción muestra que hemos estado escuchando con atención, y prepara al paciente para seguir progresando. Permite al paciente escuchar nuevamente sus propias afirmaciones automotivadoras, por tercera vez¹.

Unir los resúmenes será especialmente útil para poner de manifiesto la ambivalencia del paciente, entre las razones de cambiar y las de permanecer donde se está. Permite al paciente examinar los aspectos positivos y los negativos de forma simultánea, reconociendo que están presentes ambos. Puede ser muy útil el empleo de frases como “por un lado... y por otro...” y “al mismo tiempo...”¹.

Ejemplo de resumen: “Has comentado que estás preocupada por la forma en que te tratan tus compañeros de trabajo debido a tus problema asociados al exceso de peso. Reconoces ser una magnífica persona y que por tanto no corresponde con las relaciones laborales de ellos hacia ti”. “Por un lado te preocupa que tu trabajo se esté viendo afectado y que dos compañeros te hayan comentado esta semana que generas mal olor corporal al sudar tanto, por otro dices que te aseas escrupulosamente todos los días y que no percibes ese mal olor, o rara vez. Al mismo tiempo dices que eres consciente que deberías ser más activa para bajar peso, pero que el moverte te supone sudar más. Si he omitido algo importante me gustaría que me lo comentases”.

5.5 AFIRMACIONES DE AUTOMOTIVACIÓN

En la EM el paciente presenta las razones para cambiar. Es tarea del profesional facilitar la expresión del paciente de esas afirmaciones automotivadoras⁶⁰.

Es una estrategia orientada a ayudar a los pacientes a resolver su ambivalencia, pues las cuatro estrategias anteriores son fundamentales pero si fueran las únicas sería fácil quedar bloqueado en medio de la ambivalencia¹.

Hay que tratar de provocarlas o favorecerlas mediante preguntas evocadoras enfocadas en distintos aspectos⁴⁸:

- *Reconocimiento del problema:* No debe suponer la imposición de etiquetas por parte del profesional. Ejemplos de comentarios deseables son:

“Esto es más serio de lo que yo pensaba”; “Son muchas las dificultades que me está acarreado”; “Imagino que aquí existen más problemas de los que yo creía”; “Entiendo que a la larga me puede traer muchos problemas”.

- *Expresión de preocupación*: por lo problemas que se distinguen. Puede comunicarse de una manera no verbal con expresiones faciales, suspiros, lágrimas o gestos. Ejemplos de verbalizaciones: “Me siento fatal por ello”; “Empiezo a estar preocupado por ello”; “Estoy realmente preocupado por esto”.

- *Intención de cambio*: Puede ser directa o implícita. Ejemplos de verbalizaciones: “No sé cómo pero tengo que cambiar esto como sea”; “Creo que debo ponerme en serio con esto”; “Yo no quiero llegar a eso, ¿cómo puedo evitarlo, qué puedo hacer?”.

- *Optimismo por el cambio*: Reflejan una habilidad para introducir el cambio (autoeficacia) en el área problemáticas. Ejemplos de comentarios de este tipo: “Si me lo propongo estoy seguro de que lo puedo conseguir, además tengo una familia que me apoya”; “Creo que lo puedo hacer y quiero hacerlo”; “Voy a superar este problema”; “Me ha costado decidirme, pero lo tengo claro, voy a cambiar”.

Estos cuatro tipos de afirmaciones reflejan dimensiones cognitivas (reconocimiento, optimismo), afectivas o emocionales (preocupación) y conductuales (intención de actuar) de compromiso para cambiar. Cada afirmación de este tipo inclina la balanza un poco más hacia la dirección del cambio¹.

El trabajo del profesional es la de facilitar la comunicación en el propio paciente, de tal manera que ofrezca argumentos para el cambio, resolviendo su ambivalencia hacia la decisión de cambiar. Idealmente se trata de que el paciente nos quiera convencer de su necesidad de cambiar⁶¹.

5.6 CÓMO PROVOCAR AFIRMACIONES AUTOMOTIVADORAS Y ELEVAR EL NIVEL DE CONCIENCIA

Nuestra manera de intervenir influirá en que el paciente continúe haciendo afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia. Para ello debemos de responder comunicando la aceptación, reforzando la autoexpresión y estimulando un análisis continuo¹.

5.6.1 PREGUNTA EVOCADORAS

Hay que tratar de provocar las afirmaciones automotivadoras, o de favorecerlas, mediante preguntas evocadoras enfocadas en distintos aspectos⁴⁸:

- *Reconocimiento del problema*: “¿De qué manera y en qué medida esto ha sido importante para ti?”; “¿Qué dificultades has tenido con tus hábitos?”.
- *Expresión de preocupación*: “¿Cómo te sientes al beber?”; “¿Hasta qué punto te preocupa?”; “¿Qué crees que ocurrirá si no realizas el cambio?”.
- *Intención de cambio*: “¿Cuáles son las razones que tú aprecias por las que cambiar?”; “¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?”.
- *Optimismo por el cambio*: “¿Qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas?, ¿y qué más?”; “¿Qué crees que funcionaría si decidieses cambiar?”

Las preguntas deberían ser estimulantes, y no dar a entender que estamos simplemente acumulando información para después utilizarla en contra del paciente. El que un paciente continúe realizando afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia y la discrepancia dependerá en gran manera de la manera en que intervengamos y preguntemos¹.

Una vez que hemos empezado el proceso de preguntas evocadoras es efectivo introducir un estímulo directo para continuar, generalmente en forma de pregunta “¿Qué más?” o equivalentes.

Ejemplo de continuidad de preguntas evocadoras: “¿Qué más te preocupa?”; “¿De qué otras cosas te has dado cuenta?”; “¿Cuáles son las otras razones por las que necesitarías cambiar?”; “¿Qué más crees que podrías mejorar?”

5.6.2 EL BALANCE DECISIONAL

Es muy útil hacer que los pacientes comenten los pros y los contras de su conducta actual que le lleva a sus hábitos problema, para poder aclarar los dos lados de la ambivalencia.

Se les puede pedir inicialmente que comenten o enumeren que es lo que les gusta de su situación actual y de sus hábitos presentes (como comer mucho, consumir poca variedad de alimentos, ser inactivos físicamente, consumir alcohol, consumir comida muy calórica, etc.). Esto tiene la ventaja de

que los pacientes puedan comentar sus razones y se sientan cómodos. A continuación pediremos que comenten o enumeren los aspectos negativos. Tomaremos nota o rellenaremos una *hoja de balance decisional*, de tal manera que permita al paciente ver toda la información resumida¹.

Tabla 6: Hoja de balance decisional.

<i>Continuar bebiendo como antes</i>		<i>Cambiar mi forma de beber</i>	
Beneficios	Costes	Beneficios	Costes
Me ayuda a relajarme.	Podría perder mi matrimonio.	Matrimonio más feliz.	No sé qué haré con mis amigos.
Me gusta 'colocarme'.	Es un mal ejemplo para mis hijos.	Más tiempo para mi familia.	No tendré forma alguna de relajarme.
	Perjudica a mi salud.	Me siento mejor.	
	Gasto demasiado dinero.	Soluciono mis problemas económicos.	
	Me daña el cerebro.		
	Podría perder mi trabajo.		
	Pierdo mi tiempo y mi vida.		

Fuente: Miller y Rollnick (2011)¹.

5.6.3 ELABORACIÓN

Una vez que el tema motivacional ha surgido, es útil pedir al paciente que lo elabore. Se trata de provocar la elaboración de la información, pidiendo ejemplos concretos, clarificando y determinando el cuándo, cómo, etc. De esta manera se clarifica el por qué cada uno de los ejemplos le representan un problema.

En las primeras etapas de la EM, un objetivo útil para la elaboración es aprovechar un día habitual o un *episodio de consumo*. Preguntar en detalle sobre los cambios de conducta o de estado de ánimo, aclarará las razones positivas que se tienen para consumir aquello que es insano. Las áreas de preocupación también surgen de una forma bastante natural tras la charla¹.

5.6.4 UTILIZAR LOS EXTREMOS

Se le puede pedir a los pacientes que imaginen las consecuencias más negativas de sus hábitos actuales, o que describan los puntos extremos de sus preocupaciones¹.

Preguntas que podemos formular al respecto: “¿Qué es lo que más te preocupa?”; “¿Cuáles son los peores miedos que podrías sufrir si no cambias?”; “¿Cuáles son las peores consecuencias que crees que te podrían pasar si continúas con los hábitos que tienes hasta ahora?”.

5.6.5 MIRANDO HACIA ATRÁS

Puede resultar útil hacer a los pacientes recordar tiempos anteriores en los que el problema no existía, y que comparen con la situación actual¹.

Preguntas que podemos formular al respecto: “¿Recuerdas un tiempo en que las cosas iban bien? ¿Qué es lo que ha cambiado?”; “¿Cómo eran las cosas antes de que aumentases 35 kg.? ¿Cómo eras tú?”; “¿Qué veías, qué escuchabas y qué no escuchabas a tu alrededor, cómo te encontrabas, qué sentías entonces?”; “¿Cuáles son las diferencias entre la mujer de antes y la mujer de ahora?”.

5.6.6 MIRANDO HACIA ADELANTE

Podemos provocar afirmaciones automotivadoras ayudando a los pacientes a que imaginen un cambio, y a que imaginen cómo serían tras el cambio¹.

Preguntas que podemos formular al respecto: “¿Qué es lo que te gustaría conseguir?”; “¿Cuáles son los mejores resultados que podrías imaginar si consiguieses un cambio?”; “¿Cómo serían las cosas una vez hubiese tenido lugar el cambio? ¿Cómo serías tú?”; “¿Qué verías, qué escucharías y qué dejarías de escuchar a tu alrededor, cómo te encontrarías, qué crees que sentirías?”; “¿Cuáles son las diferencias entre la mujer de ahora y la mujer que habría conseguido el cambio?”.

5.6.7 ANALIZANDO LOS OBJETIVOS

Supone explorar la escala de valores del paciente, determinando cuáles son los más importantes en su vida⁴⁸.

Podemos pedir al paciente que nos diga cuáles son las cosas que considera más importantes en su vida, pudiéndose este enfoque superponer con el proceso de “mirar hacia adelante”. Desde el punto de vista de la EM el objetivo es descubrir maneras en las que la conducta o los hábitos-problema son incoherentes con sus valores, o actúa en contra de sus valores y objetivos de vida. El punto central es desarrollar y analizar temas de discrepancia entre los objetivos importantes para la persona y la conducta-problema actual¹.

5.6.8 PARADOJA

Consiste en que el profesional asuma de forma sutil el rol de “no existe el problema”. Si el paciente se resiste y niega, y el profesional se pone de lado de sus argumentos, el paciente puede observar desde fuera el absurdo de la situación⁴⁹.

El profesional, al asumir la posición negadora o limitada del problema que defiende el paciente, intenta provocar la parte opuesta con comentarios de reconocimiento del problema, de expresión de preocupación, de intención de cambiar y de optimismo¹.

Se pueden invertir los roles, hacer que el paciente hable utilizando nuestro lenguaje y se ponga en nuestra posición, mientras que nosotros adoptamos el rol del paciente y desde la expresión del “yo” utilizamos las razones anteriormente citadas por el paciente en defensa de un ‘no problema’. Posteriormente permitimos que el paciente nos convenza de que existe un motivo de preocupación, provocando con ello muchas afirmaciones automotivadoras por parte del paciente que es quien debe defender la presencia de consecuencias negativas y la necesidad de cambiar¹.

6. CUANDO EL PACIENTE ESTÁ PREPARADO – FASE II

Llegados a esta nueva fase gran parte del trabajo de la EM ya está hecho, queda que el paciente se ponga en marcha para actuar, y nosotros le guiamos a lo largo del proceso.

6.1 SIGNOS DE DISPONIBILIDAD PARA EL CAMBIO

Sabremos que nuestros pacientes están preparados para avanzar en el compromiso al cambio cuando, tras el uso de estrategias ya explicadas, encontramos señales de disponibilidad para el cambio. Aun se necesita investigar más al respecto de estos signos, si bien pueden sugerirse aquellos por los que poder intuir cuándo se está preparado para una nueva fase (véase Tabla 7)¹.

Tabla 7: Signos de disponibilidad para el cambio

-
- *Disminución de la resistencia.* El paciente de deja de discutir, interrumpir, negar o realizar objeciones.
 - *Disminución de las preguntas sobre el problema.* El paciente parece tener información suficiente sobre su problema, y deja de hacer preguntas. Existe una sensación de haber acabado.
 - *Resolución.* El paciente parece haber llegado a una resolución y está más tranquilo, relajado, calmado, aliviado, o seguro. En ocasiones esto ocurre después de que ha pasado por un período de angustia o llanto.
 - *Afirmaciones automotivadoras.* El paciente realiza afirmaciones automotivadoras directas, que indican un reconocimiento de un problema (“Imagino que esto es serio”), de preocupación (“Esto me preocupa”), de apertura al cambio (“Necesito hacer algo”) o de optimismo (“Voy a superar esto”).
 - *Aumento de las preguntas sobre el cambio.* El paciente pregunta qué es lo que podría hacer con el problema, cómo cambian las personas si así lo deciden, o algo similar.
 - *Imaginando.* El paciente empieza a hablar sobre cómo podría ser la vida después de un cambio, o a prever dificultades que podrían surgir si se llevara a cabo un cambio, o a comentar las ventajas de un cambio.
 - *Experimentación.* Si el paciente ha tenido tiempo entre las sesiones, tal vez haya empezado a experimentar con los diferentes enfoques posibles para poder cambiar.
-

Fuente: Miller y Rollnick (2011)¹.

6.2 NO DESESTIMAR LA AMBIVALENCIA

La ambivalencia no desaparece después de haber tomado la decisión de iniciar un proceso de cambio, las personas pueden entrar en la etapa de acción con bastante ambivalencia. Por lo que no deberemos asumir que si el paciente muestra signos de disponibilidad para cambiar (Tabla 7) la decisión está tomada sin ningún tipo de ambivalencia¹.

6.3 ORIENTACIÓN COMO PROFESIONALES

Como profesionales que somos de la dietética y la nutrición debemos orientar hacia el cambio en nuestros pacientes, de la forma más adecuada según su perfil, la magnitud de su problema y su situación de partida. Si bien, el énfasis que se hace en la fase anterior de responsabilidad y elección personal se extiende a esta nueva fase con la negociación de las estrategias para cambiar.

A la hora de negociar los itinerarios en esta nueva fase corremos dos riesgos en cuanto a la orientación¹:

1. *Riesgo de sobreprescripción*: Consiste en prescribir un plan que es inaceptable para el paciente, basándonos en la falsa idea de “ahora que mi paciente ya está dispuesto a cambiar, le voy a decir qué es lo que tiene que hacer”. Esto infringe el enfoque de la EM centrado en el paciente, y corremos el riesgo de perder el progreso conseguido.

2. *Riesgo de directividad insuficiente*: Consiste en proporcionar al paciente muy poca orientación, pues esto confunde al paciente. Es el riesgo contrario al anterior de prescripción rígida.

6.4 RECAPITULACIÓN FASE I

El primer paso para realizar la transición a la Fase II de compromiso hacia las estrategias y la acción para el cambio, consiste en resumir la situación actual del paciente, tal y como ha sido explicada por él hasta el momento, tratando de integrar todo lo comentado a fin de considerar qué se hará a continuación; debería incluir¹:

- Resumen de las percepciones personales del paciente sobre el problema con sus afirmaciones automotivadoras.

- Resumen de la ambivalencia del paciente, incluyendo lo que sigue considerando positivo de la conducta-problema.
- Revisión de todos los datos objetivos que tenemos con respecto a la presencia de riesgos o problemas.
- Repetición de todos los indicadores del paciente de deseo, intención o consideración de cambiar.
- Nuestra propia evaluación de la situación del paciente, particularmente en temas que coinciden con las preocupaciones propias de éste.

6.5 MANTENIENDO PREGUNTAS CLAVE

No se ha de decir a los pacientes lo que tienen que hacer sino que se les ha de preguntar por lo que quieren hacer, formulando las preguntas cuando los pacientes están en un nivel óptimo de concienciación del problema.

Al igual que en la primera fase, utilizaremos *preguntas abiertas* que no se pueden responder con un simple 'sí' o 'no'. Han de permitir que el paciente piense, reflexione y hable sobre el cambio. El tema central de las preguntas clave es aclarar el paso siguiente. Se formulan inmediatamente después de la recapitulación, pero pueden emplearse durante toda esta segunda fase¹.

Ejemplo de preguntas clave: “¿Qué es lo que crees que harás?”; “¿Qué es lo que quieres decir con tu forma de comer?”; “¿Qué es lo que crees que tienes que cambiar?”; “¿Qué podrías hacer, qué opciones tienes?”; “¿Qué es lo que piensas hacer?, ¿cómo lo harás?”; “¿Hacia dónde nos dirigimos ahora?”; “¿Cómo te gustaría que fueran las cosas a partir de ahora?”; “¿Cuáles serían algunas de las cosas positivas de la posibilidad de cambiar?”.

6.6 INFORMACIÓN Y CONSEJO

En esta fase es normal que los pacientes pidan o quieran información, consejos o ideas¹. Debemos de responder a las expectativas del paciente que desea ser informado sobre su salud.

- Intentemos intervenir cuando se nos invite o se nos pida de alguna manera. *Ejemplo:* “Por supuesto que puedo decirle lo que pienso, si realmente usted lo quiere saber. No pretenderé con ello decirle lo que tiene que hacer. ¿Quiere realmente conocer mi opinión?”

- Puede ser útil dar un consejo de manera no personal, permitiendo que el paciente juzgue cómo se ajusta a su situación. *Ejemplo:* “Le puedo dar una idea de lo que ha sido útil para otras personas en su situación, tal vez le pueda servir”.

- Tratemos de ofrecer no una única opción sino varias. Algunos datos apuntan a que cuando las personas escogen un curso de acción de entre una serie de alternativas, es más probable que la sigan y que consigan tener éxito⁶². Con ello además evitamos la respuesta del “Sí, pero...” en el paciente, algo que puede ser muy habitual tras ofrecer sugerencias concretas. *Ejemplo:* “Déjeme que le de varias ideas que han funcionado con otras personas en su misma situación, y usted me dirá cuál de ellas tiene más sentido para usted”.

6.7 NEGOCIAR UN PLAN

Es necesario empezar un plan para cambiar hacia los nuevos hábitos deseados. Para ello negociaremos un plan junto con nuestro cliente, reconociendo el derecho que tiene de participar y opinar sobre su proceso asistencial. Aceptar la participación del paciente supone siempre un acto de modestia, tiene la ventaja de hacer compartir la responsabilidad del proceso terapéutico o preventivo⁶³.

6.7.1 ESTABLECER LOS OBJETIVOS

Desde el enfoque de la EM nosotros no debemos de imponer nuestros propios objetivos a nuestros pacientes. Podríamos ofrecer nuestro mejor consejo, pero el paciente siempre es libre de rechazarlo o aceptarlo. Es mejor empezar con objetivos hacia los cuales el paciente se muestre más entusiasta para continuar progresando. Quizás podríamos sugerir al paciente unos objetivos adicionales que consideremos importantes para su bienestar y para los esfuerzos por cambiar que pueda hacer¹.

Algunas preguntas clave para establecer objetivos claros hacia los cuales dirigirse el paciente (dirigiéndonos en las dos modalidades de segunda persona usted/tú):

- *¿Cómo le gustaría que cambiaran las cosas?*
- *¿Qué es lo que quieres cambiar?*

- *Si pudieras conseguir con éxito lo que ahora quieres, ¿qué es lo que cambiarías?*
- *Vamos a considerar las cosas una por una, ¿cuál crees que es el primer paso?*

Una forma de evaluar si un objetivo ya decidido es accesible y viable, consiste en pedir el considerar las consecuencias de su seguimiento y puesta en práctica. Algunas preguntas posibles:

- *¿En qué grado podría ser tu vida diferente, si siguieras esta idea e interiorizases esa nueva forma de hacer?*
- *Usted ha comentado que le gustaría reducir lo que toma, por lo tanto hablemos de esto durante unos instantes. ¿Cómo cree que esto le iría a usted?*
- *Entonces éste es su objetivo. ¿Qué es lo que le podría ir mal si sigue este plan?*
- *Si tuvieses éxito logrando conseguir este objetivo, ¿qué más crees que podría ocurrir? ¿Qué es lo que podría ser bueno o no tan bueno a la hora de conseguir ese objetivo?*

6.7.2 CONSIDERAR LAS OPCIONES

Una vez que el objetivo o los objetivos ya han sido delimitados y parecen ser correctos, el siguiente paso consiste en considerar los métodos posibles para conseguir dichos objetivos.

6.7.3 ESTABLECER UN PLAN

Con toda la información recogida elaboraremos junto con el paciente un plan que parezca adecuarse a sus objetivos, necesidades e intenciones, recogéndolo en un sumario.

Es recomendable dirigirnos al paciente utilizando el “tú”¹, si no lo habíamos hecho hasta entonces, para personalizar al máximo el plan de tal manera que se sienta altamente identificado

Estableceremos etapas concretando los tiempos, determinaremos las tareas a realizar considerando los recursos disponibles, y pediremos auto-

registros diarios que nos permita conocer su actuación y el contexto durante el seguimiento y control de nuevas pautas.

6.7.4 PROVOCAR EL COMPROMISO

El resumir el plan de acción nos conducirá al tema del compromiso, pues tras él deberemos de pedir el acuerdo verbal del paciente, conseguir su aprobación y aceptación del plan. Será tan sencillo como preguntar “¿Esto es lo que quiere hacer?” Incluso cuando obtengamos un “Sí” será oportuno preguntar por las reticencias que todavía pueda tener el paciente con el plan, que si son muchas utilizaremos las estrategias de la Fase I para resolver la ambivalencia antes de un compromiso firme¹.

El compromiso para con un plan se puede potenciar haciendo que éste sea público, y que nuestro paciente lo comparta o lo ponga en conocimiento de otras personas. Cuanto más comente el paciente el plan que tiene con otras personas, más se fortalecerá el compromiso¹. Podemos pedir a nuestro paciente que realice una llamada telefónica durante la sesión del tratamiento, a alguien con quien tenga confianza y se sienta cómodo, para comenzar a verbalizar su plan y su intención de compromiso. Hace falta valor para expresar esta clase de compromiso en público porque la persona se arriesga a quedar mal si no cumple con su palabra, pero este mismo hecho le presiona para seguir con el plan establecido⁴⁴.

6.8 ETAPA DE ACCIÓN

El compromiso se refleja verdaderamente en la acción. Una vez que nuestros clientes pasan a la acción con un plan elaborado, conociendo sus objetivos y sus propósitos, realizaremos un seguimiento de cada etapa marcada. Valoraremos junto con el paciente sus resultados y progresos, adaptando el plan a cada nueva etapa con su contexto y sus necesidades, aportaremos información sobre el estado del paciente y las consecuencias de sus logros, evitaremos recaídas y planificaremos para el mantenimiento de los logros conseguidos.

Felicitemos a nuestros pacientes por los logros conseguidos, por cualquier cambio positivo por pequeño que sea, incluso pactando auto-

recompensas que deberá realizar el paciente. Podríamos pedir al paciente que mantenga al corriente de sus logros y avances a sus amigos, familiares o aquellas personas con las que decidió compartir su compromiso en público⁴⁴.

Podemos encontrar retrocesos en el proceso del paciente durante la etapa de acción, es normal y deberemos estar preparados para ello, teniendo siempre presente que el Cambio es un constante flujo de etapas, que como una rueda pueden girar en un sentido u otro (*rueda del cambio*, figura 2).

CONCLUSIONES

La Entrevista Motivacional permite una elevada tasa de cumplimiento terapéutico⁶⁴, permite explorar y trabajar con pacientes sin activar su resistencia al cambio⁶⁵.

La Entrevista Motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación inicial⁶⁶.

Los principios del modelo transteórico, de etapas del cambio, son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud⁶⁷.

Las estrategias utilizadas en los procesos de cambio difieren en cada uno de los estadios⁶⁸.

El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de actuaciones en cada etapa. Los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan del estadio de precontemplación a contemplación⁶⁸.

Según revisión de 47 investigaciones realizadas por Rosen⁶⁸, éste concluye que en el caso de la modificación del tabaquismo y del consumo de otras sustancias son más utilizados los procesos cognitivos-afectivos (procesos experienciales) en los primeros estadios, para culminar en los conductuales a partir del estadio de acción. En cambio, para otros comportamientos como el ejercicio físico y la dieta, el uso de procesos cognitivos y conductuales ha sido más simultáneo a lo largo de todas las etapas. Parcialmente se ha atribuido esa diferencia en el uso de procesos entre estos comportamientos al hecho de que en algunos, como el tabaquismo, el cambio hace referencia a «dejar de hacer» viejos hábitos, mientras que en otros, como el ejercicio y parcialmente las dietas, el cambio hace referencia a «hacer» nuevos hábitos; en el primer caso es lógico que el hecho de dejar de pensar en los viejos hábitos sea una forma de ayudarse a cambiar, mientras que en el segundo caso el hecho de pensar en los nuevos hábitos sea una forma de ayudarse en las etapas de acción y de mantenimiento.

Los estadios no son categorías independientes⁶⁹. En el 2007 Herzog y Blagg evaluaron la validez de la distribución de los estadios de cambio mediante un estudio transversal realizado con 242 fumadores adultos. Llegaron a la conclusión de que las etapas de cambio no parecen ser cualitativamente diferentes. Más de la mitad de los precontempladores estaban ya

contemplando el cese del consumo de tabaco, e incluso algunos de ellos lo habían intentado dejar. Por otra parte, la mayoría de los contempladores no se limitaba sólo a pensar en dejarlo, sino que lo habían intentado en algún momento. Esto pone de manifiesto la existencia de una divergencia entre la clasificación de los estadios y la definición operativa de los mismos.

En el ámbito de conductas adictivas la Entrevista Motivacional se ha mostrado significativamente superior en diversas medidas de consumo cuando se compara con intervenciones consistentes en proporcionar información acerca del consumo de sustancias y material de autoayuda⁷⁰.

Más que por los resultados del tratamiento, la utilidad de la Entrevista Motivacional se focaliza en el incremento de la participación, la adherencia, la retención y la satisfacción de los pacientes sujetos a tratamiento⁷¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller WR, Rollnick S, compiladores. La entrevista motivacional. Preparar el cambio de conductas adictivas. 8ª ed. Madrid: Paidós; 2011.
2. Balcells M, Torres M, Yahne CE. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*. 2004; 16 Supl 2: 227-36.
3. Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*. 2000; 11: 227-68.
4. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *Am Psychol*. 2000; 55: 68-78.
5. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70: 115-26.
6. García T. La motivación y su importancia en el entrenamiento con jóvenes deportistas. Memoria de Docencia e Investigación. Cáceres: Facultad de Ciencias del deporte, Universidad de Extremadura; 2004.
7. Deci EL, Ryan RM. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *J Res Pers*. 1985; 19: 109-34.
8. Ryan RM. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *J Pers*. 1995; 63: 397-427.
9. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall; 1986.
10. Seligman MEP. Helplessness. San Francisco: Freeman; 1975.
11. Vallerand RJ. A hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise. In G. Roberts (Ed.). *Advances in motivation in sport and exercise*. 2ª ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2001. p. 263-319.
12. Castellanos CA. Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. Tesis Magister en Psicología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
13. Moreno JA, Martínez A. Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de psicología del deporte*. 2006; 6(2): 39-54.

14. Carratalá E. Análisis de la teoría de las metas de logro y de la autodeterminación en los planes de especialización deportiva de la Generalitat Valenciana [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2004.
15. Deci EL, Ryan RM. A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press; 1991. p. 237-88.
16. Ryan RM, Deci EL. A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Can Psychol.* 2008; 49 (3): 186-93.
17. Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *J Soc Clin Psychol.* 2005; 24 (6): 811-31.
18. Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams G. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist.* 2008; 10: 2-5.
19. Deci EL, Ryan RM. A Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Can Psychol.* 2008; 49 (3): 182-85.
20. Deci EL, Ryan RM. Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Can Psychol.* 2008; 49 (1): 14-23.
21. Grolnick WS, Ryan RM. Autonomy in children's learning: An experimental and individual difference investigation. *J Pers Soc Psychol.* 1987; 52: 890-8.
22. Black AE, Deci EL. The effects of student self-regulation and instructor autonomy support on learning in a college-level natural science course: A self-determination theory perspective. *Sci Educ.* 2000; 84: 740-56.
23. Pelletier LG, Fortier MS, Vallerand RJ, Brière NM. Associations among perceived autonomy support, forms of selfregulation, and persistence: A prospective study. *Motiv Emotion.* 2001; 25: 279-306.
24. Fernet C, Guay F, Senecal C. Adjusting to job demands: The role of work self-determination and job control in predicting burnout. *J Voca Behav.* 2004; 65: 39-56.

25. Williams GC, Rodin GC, Ryan RM, Grolnick WS, Deci EL. Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychol.* 1998; 17: 269-76.
26. Williams GC, Freedman ZR, Deci EL. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care.* 1998; 21: 1644-51.
27. Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav.* 1995; 20: 279-97.
28. Soenens B, Vansteenkiste M. Antecedents and outcomes of self-determination in three life domains: The role of parents 'and teachers' autonomy support. *J Youth Adolescence.* 2005; 34: 589-604.
29. Williams GC, McGregor HA, Zeldam A, Freedman ZR, Deci EL. Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychol.* 2004; 23: 58-66.
30. Pelletier LG, Dion SC, Slovenic-D'Angelo M, Reid R. Why do you regulate you eat? Relations between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motiv Emotion.* 2004; 28: 245-77.
31. Ryan RM, Rigby S, King K. Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Eur J Soc Psychol.* 1993; 32: 395-418.
32. González J. Aplicación de la entrevista motivacional en la intervención con drogas. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.* 2009; 8, Vol.II: 22-31.
33. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Gen Pract.* 2005; 55: 305-12.
34. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med.* 1997; 12: 274-83.
35. Freixa N. La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. *Jano.* 2000; 59: 1383-4.
36. Callejo E. Seminario Entrevista Motivacional [monografía en línea]. Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Castellana y Leonesa de

Medicina Familiar y Comunitaria. 2006 [acceso 10 mayo de 2012]. Disponible en: www.aepap.org/apapcyl/entrevista_motivacional.pdf

37. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996; 10: 81-9.

38. Prochaska JO, DiClemente CC. "Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change". *Psychotherapy: theory, research and practice.* 1992; 19: 276-8.

39. Bandura A. Self-efficacy: mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982; 37: 122-47.

40. Rogers RW, Mewborn CR. Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *J Pers Soc Psychol.* 1976; 34: 54-61.

41. Conditte MM, Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *J Consul Clin Psych.* 1981; 49: 647-58.

42. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice.* 1982; 19: 276-88.

43. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. En: Hersen M, Eisler RM y Miller PM, eds. *Progress in Behavior Modification.* Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company; 1992. p. 184-214.

44. Carr A. Cambio positivo. *Psicología positiva.* Barcelona: Paidós. 236; 2007. p. 371-424.

45. Prochaska J. How do people change and how can we change to help many more people? En: Hubble M, Duncan B, Miller S, compiladores. *The Heart and Soul of Change.* Washington, DC: American Psychological Association; 1999. p. 227-55.

46. Prochaska J, Norcross J, DiClemente C. *Changing for Good.* Nueva York: Avon; 1994.

47. Marlatt GA, Gordon JR., compiladores. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours.* Nueva York: Guilford Press; 1985.

48. Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista Motivacional. ANALES Sis San Navarra. 2001; 24 Sup 2: 43-53.

49. Cebriá J, Bosch JM. ¿Médico o abogado del diablo? FMC. 2000; 7: 320-322.

50. Miller WR, Sovereign RG. The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviours. En: TLøberg WR, Miller WR, Nathan PE y Marlatt GA, compiladores. Addictive behaviours: Prevention and early intervention. Amsterdam: Swets & Zeitlinger;1989. p. 219-31.

51. Cebriá J, Bosch JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. FMC. 2000; 7: 233-6.

52. Rogers CR. Toward a theory of creativity. En: H. H. Anderson, editor. Creativity and its cultivation. Nueva York: Harper & Row; 1959.

53. Koumans AJR, Muller JJ, Miller CF. Use of telephone calls to increase motivation for treatment in alcoholics. Psychol Rep. 1967; 21: 327-8.

54. Nirenberg TD, Sobell LC, Sobell MB. Effective and inexpensive procedures for decreasing client attrition in an outpatient alcohol treatment program. Am J Drug Alcohol Ab. 1980; 7: 73-82.

55. Panepinto WC, Higgins MJ. Keeping alcoholics in treatment: Effective follow-through procedures. Q J Stud Alcohol. 1969; 30: 414-9.

56. Saltini A, Del Piccolo L. Patient-centered interviews in general practice. Recent Prog Med. 2000; 91: 38-41.

57. Prados JA, Cebriá J, Bosch JM. Comunicación centrada en el paciente: una ampliación a la clínica. FMC. 2000; 7: 83-8.

58. Gordon T. Parent effectiveness training. Nueva York: Wyden; 1970.

59. Rogers C. El poder de la persona. México: El manual modern; 1980.

60. Miller WR. Motivation interviewing with problem drinkers. Behav Psychother. 1983; 1: 147-72.

61. Bosch JM, Cebriá J, Massons J, Casals R. Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica "la motivación para el cambio". En: Libro de ponencias: I XIV Congreso Nacional de la SEMFYC. Madrid: SEMFYC; 1994. 285-94.

62. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychol Bull. 1985; 98: 84-107.

63. Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. ANALES Sis San Navarra. 2001; 24 (Supl 2): 15-22.

64. Angelovich N, Karvinen T, Panichelli-Mindel S, Sampl S, Scudder M, Titus J. et al. Gestión clínica de un ensayo multicéntrico sobre el terreno de cinco terapias ambulatorias para adolescentes que abusan de sustancias. En: Sampl S, Kadden R, editores. Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana. Barcelona: Ars Médica. 2004.

65. Guía clínica del alcoholismo. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las Otras Toxicomanías, Socidrogalcohol. 2007.

66. Rohsenow DJ, Monti PM, Martin RA, Colloy SM, Myers M, Gulliver SB et al. Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. Addiction. 2004; 99: 862-74.

67. Perz CA, DiClemente CC, Carbonari JP. Doing the right thing at the right time? Interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. Health Psychol. 1986; 15: 462-68.

68. Rosen CS. Is the sequencing of change process by stage consistent across health problems? A meta-analysis. Health Psychol. 2000; 19 (6): 593-604.

69. Herzog T, Blagg C. Are Most Precontemplators Contemplating Smoking Cessation? Assessing the validity of the Stages of Change. Health Psychol. 2007; 26: 222-31.

70. Guillén AI, Mañoso V. La Entrevista Motivacional: Revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas. Interpsiquis. 2004. Disponible en URL [acceso 4 de junio de 2012]: Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/15095/>

71. Swanson AJ, Pantalón MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. J Nerv Ment Dis. 1999; 187: 630-5.

