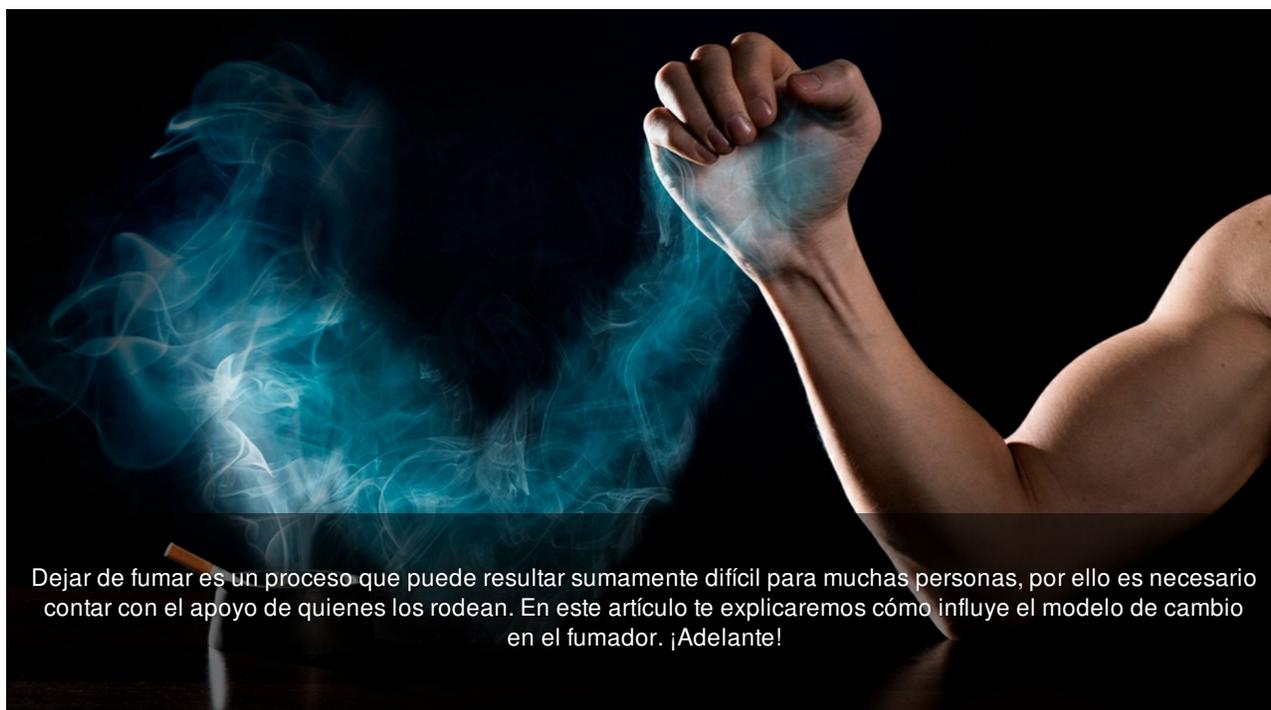


Modelo del cambio y teoría PRIME



Introducción

El consumo de tabaco es una conducta compleja que se explica sobre la base de dos grandes factores. Por un lado, la adicción física, y por otro, la continuidad de la acción de fumar que lo convierte en un hábito de comportamiento. Fumar es una conducta aprendida y por tanto, puede ser controlada y modificada, pero dejar de fumar es un proceso en el que es necesario aprender a realizar las actividades cotidianas sin tabaco.

”

¿Qué es la adicción?

Es la fuerte motivación experimentada repetidamente que lleva a una conducta desadaptativa, socavando o anulando la capacidad de autocontrol.

Las intervenciones de ayuda para dejar de fumar, están basadas en modelos teóricos que intentan responder las preguntas de por qué y cómo cambian las personas su conducta de fumar. Ante esto, te explicaremos las etapas de cambio conocida también como la teoría transteorética de Prochaska y Di Clemente (1982).

Modelo de las etapas de cambio

En la década de los 80's, James Prochaska descubrió- en un estudio bibliográfico de los autores más representativos sobre enfoques terapéuticos- que todos aludían a los mismos procesos psicológicos relacionados con el cambio terapéutico. Posteriormente, en otro estudio realizado con ex fumadores, Prochaska junto a Carlo Di Clemente, descubrieron que las personas que cambian sin ayuda de terapeutas usan los mismos procesos de cambio.

A partir de estas investigaciones, enfocadas en estudiar el fenómeno del cambio intencional, Prochaska y Di Clemente (1982) desarrollaron su modelo transteorético que es tridimensional e integra estadios, procesos y niveles del cambio (Balcells M., Torres M., Yahne C., 2004)¹.

En 1982, ambos investigadores formularon su teoría de las Etapas del Cambio en la que reconocen el concepto de proceso. Esto apunta a que las personas atraviesan por una serie de fases en su motivación para reconocer, llevar a cabo acciones y resolver un problema. Luego, en 1984 conceptualizaron el cambio como un proceso o secuencia de etapas a través de las cuales las personas podían progresar, mientras consideraban, iniciaban y mantenían comportamientos nuevos.



En este proceso, las personas pasan de estar inconscientes o reacios a considerar su situación como un problema que los afecta. Posteriormente toman conciencia de su problemática y por consecuencia se sienten preparadas para hacer el cambio y finalmente actúan para resolver su situación.

Para ir conociendo más sobre este modelo, es importante tener en cuenta los siguientes conceptos ya que son propios de las etapas que se explicarán más adelante.

Motivación para el cambio ^

La probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Estado actual de preparación de una persona para el cambio.

Ambivalencia v

Estado en que la persona se enfrenta a sentimientos conflictivos y simultáneos acerca de algo. Pueden estar involucrados la voluntad, lo cognitivo y la afectividad.

Balance decisional

Herramienta que favorece el avance a través de las etapas de cambio. Poner en contrapunto la percepción de la magnitud de los beneficios posibles de lograr, versus las posibles pérdidas; los “pros” y “contras” de cambiar, versus los “pros” y “contras” de no cambiar. Es importante evaluar cuál opción coincide con sus ideales, valores, preferencias o experiencias.

Autoeficacia

Percepción de confianza de cada persona en sus capacidades de realizar acciones apropiadas para alcanzar un resultado deseado. Expectativas asociadas al control o creencias en las propias capacidades.

Características del modelo

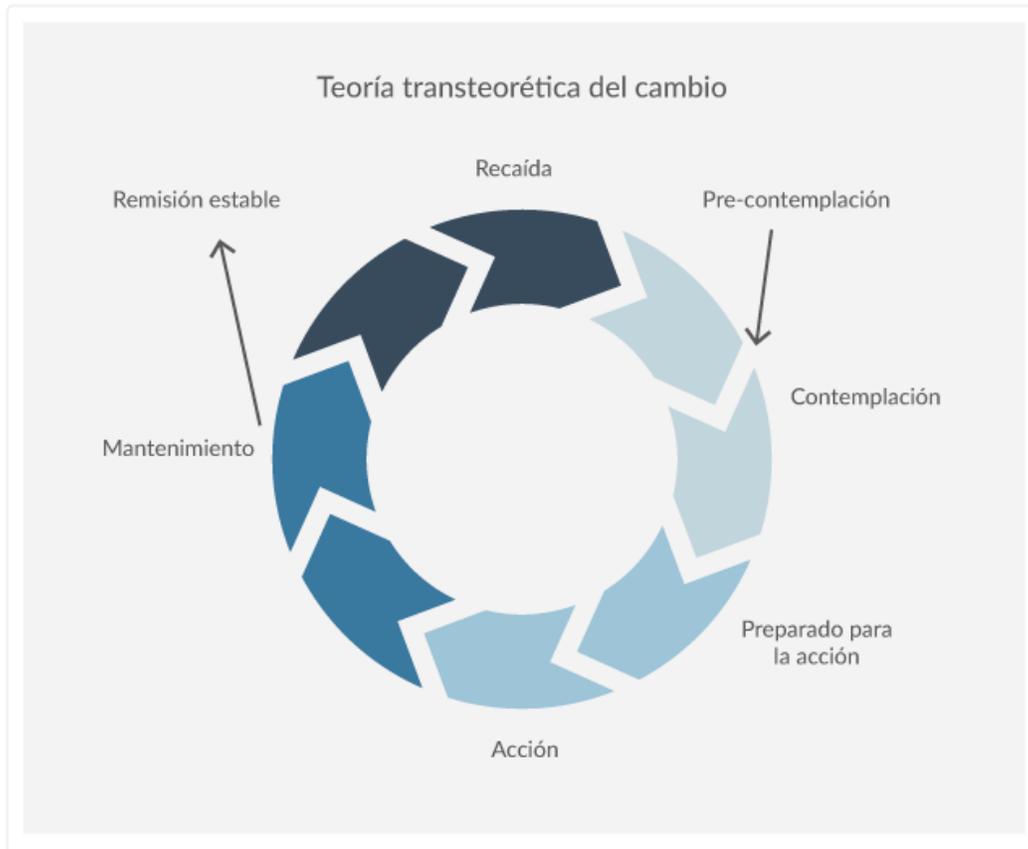
Se trata de un modelo global y tridimensional que es aplicable a diversas conductas adictivas y a otros problemas de salud mental y conductas de autocuidado. Este da cuenta de los procesos de cambio de quienes participan en tratamientos. Una de las cualidades de este modelo, es que identifica diferentes niveles de predisposición (estadios de cambio) que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva.

Igualmente explica que el bajo nivel motivacional de las personas, corresponde con el estadio en el cual no se tiene conciencia del problema y, por tanto, no existe ninguna intención de modificar la conducta adictiva. Sin embargo, puede incrementar progresivamente la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas.

Etapas

Todas las personas hemos estado en contacto con el cigarrillo, sea directa o indirectamente, tal vez conocemos a un amigo o familiar que fuma y en reiteradas oportunidades se ha propuesto a dejarlo, resultando infructuoso. Esto pasa porque dejar de fumar no es fácil, pues como ya hemos mencionado, se trata de una adicción tan fuerte como las drogas o el alcohol y que generalmente, requiere atención profesional.

Cuando una persona está dispuesta a dejar el cigarrillo, pasa por distintas etapas que te explicaremos a continuación:



Fuente: Balcells et al. *Adicciones* (2004), Vol. 16, Supl. 2

1.- Etapa de Pre Contemplación

Esta etapa es la fase de negación del fumador. Acá podemos escuchar frases como: “No estoy ni ahí”, “De algo hay que morirse”, “Me encanta fumar”. Las personas no están pensando en hacer algún cambio, ya sea porque nunca se lo han planteado o porque decidieron no cambiar su comportamiento. Otras veces, las personas quieren cambiar pero sienten que no tendrán éxito en lograr lo que desean. Podría ser útil obtener más información respecto de su situación.



El fumador piensa que fumar no le perjudica y, por ende, no se preocupa por el tema ni se ha planteado seriamente la posibilidad de dejar de fumar.

En esta etapa suelen encontrarse fumadores jóvenes sanos, a quienes se les denomina “Fumadores Contentos”, y es que muchos de ellos han perdido la confianza en sus capacidades para lograr dejar de fumar a causa de algún fracaso en sus intentos previos.

2.- Etapa de Contemplación

En esta etapa las personas están inseguras respecto a qué hacer. Podemos escuchar frases como: “Bueno, voy a pensarlo”, “Parece que estoy fumando mucho”, “Me doy cuenta que estoy gastando mucho dinero en cigarrillos”.

Existen aspectos tanto positivos como negativos sobre la situación presente del fumador, y es que aunque estos pueden ocurrir con el cambio, también podrían representar un problema.

Las personas que se encuentran en esta etapa, tienen mayor voluntad para informarse sobre el tema y cuáles podrían ser las alternativas de solución, sin embargo aún consideran que no es el momento para iniciar el cambio.



Esto sucede porque los fumadores son ambivalentes, es decir, están motivados pero se sienten indecisos e inseguros porque no tienen la suficiente confianza en sí mismos de que lo puedan lograr.

En este caso, los fumadores tienen temores, por lo que las ventajas de dejar de fumar las siente lejanas. Son personas que se muestran ambivalentes y tienen dudas respecto de los beneficios del cambio.

3.- Etapa de Preparación

Las personas sienten que las razones para el cambio son más importantes que las razones para no cambiar. En esta etapa solemos escuchar: “¿Cómo puedo hacerlo?”, “No fumo más dentro de mi casa”, “Voy a comprar cajetillas de 10 cigarros”. También se encuentran más preparadas y dispuestas para hacer frente al problema. Comienzan a pensar respecto a cómo pueden hacer los cambios que desean, hacen planes y efectúan algunas acciones para detener los comportamientos anteriores y/o iniciar los nuevos.



Los fumadores visualizan dejar de fumar en los próximos 30 días y tienen un planteamiento serio de cambio generalmente asociado a la aparición de síntomas o a experiencias cercanas de enfermedades o muertes relacionadas con el tabaco (situación gatillo).

El fumador siente que debe y puede dejar de fumar, tiene un alto nivel de motivación y hace cosas para mejorar su autoconfianza en el logro.

4.- Etapa de Acción

Las personas comienzan a implementar sus planes de cambio y realizan los pasos necesarios para lograrlo. Escuchamos cosas como: “Lo voy a seguir intentando”, “Nunca pensé que podía lograrlo”, “Mi familia está feliz”, “A veces se me hace difícil no fumar, pero pienso en todo el esfuerzo que he hecho y eso me fortalece”, “Ahora no me canso al subir las escalas del metro”.

Durante esta etapa, los fumadores comunican frecuentemente a otras personas sobre lo que está sucediendo y esperan el apoyo de ellos para hacer estos cambios.



El fumador deja de fumar, pone en práctica las estrategias aprendidas y desarrolla los planes que ha hecho con anterioridad para no fumar. Sin embargo, es posible que sufran “caídas” cortas o “deslices”, que pueden superar si cuentan con las capacidades suficientes y el apoyo social adecuado. Esta etapa corresponde a los seis primeros meses de abstinencia.

5.- Etapa de Mantenimiento

Las personas intentan mantener los cambios que han hecho y previenen el retorno a sus viejos hábitos. En esta etapa solemos escuchar: “¡Me siento increíble!”, “Voy a seguir con esto”, “Después de este logro me siento capaz de cualquier cosa”.

Y es que las personas que llegan a esta fase, son capaces de mantener los cambios efectuados y salir exitosamente del espiral del cambio.



Aquí las personas llevan más de seis meses sin fumar, disfrutan los beneficios de estar sin fumar y evitan las recaídas, para lo cual han introducido cambios en su estilo de vida (por ejemplo: ejercicios de rutina, comer sano, dormir suficiente, etc.).

6.- Recaída

Es común que las personas tengan “caídas” (retomar viejos hábitos durante un breve período) o “recaídas” (volver a la etapa de pre contemplación o de contemplación). Cuando un fumador recae, escucharemos frases como: “Lo eché todo a perder”, “No me pude contener”, “Volví a cero”.

El cambio no es lineal sino que conlleva a un patrón en espiral, indicando que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaídas. Estas son esperables cuando una persona intenta modificar hábitos que tiene desde hace tiempo, recorriendo el espiral del cambio durante varias veces hasta lograr mantenerlo permanentemente.



Las personas pueden volver a fumar diariamente, lo cual debe tomarse como un evento habitual en el proceso de dejar de fumar y que pone en evidencia la naturaleza crónica del tabaquismo que debe ser usado como experiencia de aprendizaje.

Aunque la etapa de la recaída generalmente supone iniciar nuevamente el ciclo, en 1999 Prochaska señaló una etapa de Finalización que corresponde a la “remisión estable” en el diagrama mostrado anteriormente.

Pacientes que se mantienen sin fumar disfrutan de los beneficios de la abstinencia sin tener que luchar con las ganas de fumar, ya que se sienten no fumadores. Esta es una etapa que se aplica en algunas conductas, especialmente las adicciones, pues es un estado en el cual los individuos no tienen tentación pero sí un 100% de autoeficacia.

No importa si están deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, enfadados o estresados, ellos están seguros de que no volverán a su antiguo hábito. En un estudio sobre antiguos fumadores y alcohólicos, se encontró que menos del 20% de cada grupo había alcanzado el criterio de ausencia de tentación y total autoeficacia.

Elementos a considerar del modelo

Según el Modelo de Cambio, dejar de fumar es un proceso en el cual existen etapas, desde un fumador que no se ha planteado dejar de fumar hasta la abstinencia definitiva. Las recaídas forman parte del proceso y pueden producirse en las etapas de acción y mantención para volver a reinsertarse en las etapas de pre contemplación, contemplación o preparación.

El rol del profesional de la salud es ayudar al paciente a moverse de una etapa a otra, avanzando de acuerdo a la situación particular de cada fumador. También es importante que motive al fumador para aumentar las probabilidades de que siga las acciones concretas dirigidas al cambio.

Cuando se usa un enfoque de intervención o tratamiento adaptado a la etapa del cambio en que se encuentra el fumador, aumenta la posibilidad de que este se adhiera a las instancias de tratamiento y se comprometa con las acciones de cambio, aumentando la participación y el involucramiento, mejorando los resultados de la intervención.

Teoría PRIME de la motivación

La Teoría PRIME reúne lo que se sabe acerca de la motivación en un solo modelo. Su objetivo es mejorar la capacidad de explicar, predecir e influenciar el comportamiento. Comprender los múltiples aspectos de la adicción requiere un entendimiento de la motivación humana. Por tanto, esta teoría impulsada por R. West, permite:

- | Entender la variedad de mecanismos que interactúan sobre la base de la adicción al cigarrillo.
- | Reconocer las vías de intervención para un efectivo proceso de cesación tabáquica.

Esta teoría presenta un modelo de cinco niveles integrados que interactúan entre sí y que responden a estímulos tanto internos como externos. Estos niveles, de donde se desprende el acrónimo PRIME, son: Planes, Respuestas, Impulsos/Inhibiciones, Motivos y Evaluaciones. En el siguiente material te mostramos de qué se tratan estos niveles, observa a continuación:

DESDE ACA



Plan:

Los planes orientan la vida humana constituyendo una estructura para las actividades cotidianas. Así, la persona está programada para fumar en determinadas circunstancias o al terminar alguna tarea (por ejemplo: cada vez que toma café, después de comer etc.).

Respuesta:

Respuestas que damos a nuestros impulsos. El fumador enciende el cigarrillo sin decidirlo conscientemente ni pensar en las consecuencias.

Impulsos / Inhibición:

Aparecen frente a respuestas automáticas, rápidas y ligadas a estímulos específicos que pueden ser innatas (instintos) o aprendidas (hábitos). En el caso del fumador, cada aspiración de humo de un cigarrillo resulta en una rápida absorción de nicotina que llega directamente a receptores especializados en el Núcleo Accumbens, liberando dopamina y generando el impulso a fumar.

Motivos:

Motivos para los comportamientos. Sentimientos de deseo (placer o satisfacción anticipada) o necesidad (alivio anticipado).

Evaluaciones:

Evaluación que hacemos de nuestra conducta. A un nivel cognitivo aparecen las evaluaciones o “creencias” que forman los fumadores sobre los beneficios de fumar en relación al manejo del estrés, control del peso, logro de concentración, entre otros, por lo que en determinadas circunstancias desean o necesitan fumar.

HASTA ACA

Luego de conocer las características de cada nivel de la teoría PRIME, es importante tener presente que en ella:

- | Los deseos y necesidades son los que impulsan nuestro comportamiento en cada momento.
- | Nuestras intenciones y creencias sobre lo que es bueno o malo, solo influyen en nuestras acciones si crean

- | deseos y necesidades suficientemente fuertes en un momento determinado.
- | La imagen que tenemos de nosotros mismos y cómo la sentimos es una gran fuente potencial de deseos y necesidades que puede ser suficiente para superar impulsos biológicos tan fuertes como el hambre.

Debemos saber que la gente fuma por varias razones, estas pueden ser: impulso (hábito sin pensar) deseo o necesidad (ganas de fumar) creencias (le sirve para algo) o planes (está programado a hacerlo en ciertas situaciones).

¿Cómo se presenta la adicción al cigarrillo?

Tal como mencionamos en la unidad anterior, al llegar la nicotina al cerebro se libera dopamina, lo que resulta en:

- | Urgencia de fumar en situaciones que han sido asociadas con fumar.
- | Alteración de los patrones motivacionales hasta crear un “impulso”, similar al hambre, pero por nicotina.
- | Una sensación placentera.
- | Amplificación del placer asociado a otras recompensas presentes en la ocasión.
- | Se forma la creencia de que fumar es placentero y agrega placer a la vida.



La cesación deliberada de patrones conductuales (como dejar el cigarrillo), requiere de autocontrol y la aplicación de un plan o regla en la fase de deseos, necesidades o impulsos competitivos.

Los planes en forma de “reglas”, organizan la conducta y protegen los intereses de largo plazo frente a las demandas inmediatas, propiciando un cambio en la identidad personal, de “fumador” a “ex fumador”.

En el proceso de cesación tabáquica se requiere enfrentar el problema en todos los niveles, es decir:

Reducir el impulso ^

La medicación rompe la sinergia entre el fumar y la recompensa. Se debe aumentar la motivación de “no fumar” generando impulsos competitivos.

Reducir el deseo y la necesidad ∨

La medicación hace menos satisfactorio fumar. En esta fase se reduce el “hambre” de nicotina y los síntomas de privación, pero se debe controlar la exposición a eventos de riesgo.

Cambiar creencias ▼

Las personas se deben convencer que el fumar no trae beneficios, por lo que es necesario fomentar una identidad positiva del “no fumador”.

Cambiar planes ▼

Es decir, modificar las rutinas asociadas al fumar, estableciendo claramente las reglas para enfrentar exitosamente el deseo, la necesidad y las ganas de fumar.

Reevaluar el fumar en relación a otros núcleos de identidad ▼

Comenzar a utilizar etiquetas como “No fumador”, “deportista” o “futura madre”, resaltando los atributos de “Saludable”, “exitoso”, “decidido”, “libre”, entre otros. Aquí lo importante es focalizarse siempre en los aspectos positivos a destacar y consolidar.

Ahora que conoces el modelo del cambio en los fumadores y la teoría PRIME, te invitamos a revisar de qué se trata la Entrevista Motivacional y cómo influye positivamente en las personas que fuman.

Importancia de la Entrevista Motivacional



Introducción

La Entrevista Motivacional (EM), surgió en 1983 por los psicólogos y expertos en tratamiento de alcoholismo, William Miller y Stephen Rollnick, quienes la definieron como:

” Un método directivo centrado en el cliente para aumentar la motivación intrínseca hacia el cambio, explorando y resolviendo la ambivalencia.

Esta es una estrategia terapéutica que busca ayudar a las personas a cambiar estilos de vida o conductas de riesgo desde su propia percepción del problema. Es el tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta de riesgo, para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. La estrategia de la EM está dirigida fundamentalmente a construir, aumentar o mantener la motivación para el cambio fortaleciendo el compromiso personal.

La Entrevista Motivacional ha sido probada en múltiples “comportamientos problema”, demostrando su aplicabilidad tanto en la reducción de conductas perjudiciales como en la promoción de hábitos saludables o adherencia a la medicación.

Según Cochrane, la EM tiene éxito moderado en comparación con la atención habitual o el asesoramiento breve.

También se afirma que las sesiones largas (20 minutos o más), parecen obtener mejores resultados que las más breves. Por su parte, Soria, en un ensayo clínico comparó la EM con el consejo breve. En ambos grupos se entregó apoyo farmacológico concomitante para los fumadores con gran dependencia a la nicotina.



Los resultados mostraron que la intervención motivacional fue más exitosa que el consejo antitabaco, con una abstinencia del 18,4% a los 12 meses, frente al 3,4% en el grupo control.

Este método implica un cambio de perspectiva ya que es una forma de relacionarse con el paciente, donde se ofrecen tres características decisivas para preparar el camino, con el objetivo de que se produzca un cambio de conducta natural (una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad).

Más que una técnica de entrevista, es una filosofía y una forma de estar con la gente, que debe estar impregnada de un espíritu de colaboración, evocación y autonomía, entendiendo por estos:

Colaboración

El consejero evita el autoritarismo y se juega por una relación de colaboración con el fumador. Se trata más de explorar que de exhortar al cambio, de apoyar más que de persuadir o argumentar. El consejero crea una atmósfera positiva interpersonal que lleva al cambio, pero no de forma coercitiva. Lo opuesto al espíritu de colaboración es la confrontación del consejero con las ideas del paciente.

Evocación

Derivado del espíritu de colaboración, el consejero asume un tono en el que no se trata de enseñar cosas ni de adoctrinar, sino de que el paciente encuentre sus motivos para el cambio dentro de sí mismo. Los recursos y la motivación para el cambio residen en el propio paciente. Lo opuesto al espíritu de evocación es el adoctrinamiento.

Autonomía

La responsabilidad del cambio reside en el paciente. El fumador es siempre libre de seguir los consejos o no, la meta final es aumentar la motivación intrínseca que no debe ser impuesta desde fuera, debiendo responder el cambio de conducta a las propias metas y valores del paciente. Lo opuesto al espíritu de autonomía es el autoritarismo.

El objetivo global de la EM consiste en aumentar la motivación intrínseca del fumador de manera que el cambio surja desde la persona, más que como una imposición desde afuera.

El espíritu de la EM se basa en que:

- | La intervención se centra en el fumador.

- | La motivación para el cambio es extraída desde la misma persona.
- | Ayuda a desarrollar las propias habilidades del fumador.
- | Estimula el cambio de conducta.
- | Explora y resuelve la ambivalencia del fumador respecto al consumo de tabaco.
- | La responsabilidad para el cambio se deja en manos del individuo.
- | El consejero es directivo en ayudar a la persona a examinar y resolver la ambivalencia.
- | Utiliza estrategias más persuasivas que coercitivas.
- | Se centra más en el apoyo que en la discusión.

Principios básicos y estrategias de la Entrevista Motivacional

Expresar empatía



La aceptación incondicional facilita el cambio de conducta. Es fundamental una escucha reflexiva que permita comprender la perspectiva, los sentimientos y los valores de cada paciente.

La empatía refleja el espíritu de la EM, ya que facilita crear un espacio de confianza y seguridad que permite a los pacientes explorar y resolver su ambivalencia. En este caso, el consejero debe utilizar herramientas estratégicas que generen un impacto en el fumador, es decir:

- | Usar preguntas abiertas para explorar la escala de importancia que tiene el cigarrillo en la vida diaria de los fumadores, cuáles son sus preocupaciones y qué beneficios considera que pueden lograrse al dejar de fumar. Ejemplo: “¿Qué ocurriría si usted deja de fumar?”.
- | Usar la escucha activa para manifestar comprensión, resumir y reformular frases. Ejemplo: “Así que usted cree que fumar le ayudará a mantener su peso”.
- | Normalizar sentimientos y preocupaciones. Ejemplo: “Mucha gente se preocupa sobre cómo dejar de fumar”.
- | Apoyar la autonomía del paciente y el derecho a rechazar el cambio. Ejemplo: “Usted dice que no está listo para dejar el tabaco ahora. Cuando sí lo esté, podemos ayudarlo”.

Desarrollar las discrepancias

La motivación para el cambio aumenta cuando las personas perciben discrepancias entre su situación actual y sus metas y valores más importantes.

Se debe destacar la discrepancia entre la conducta actual del paciente y las prioridades expresadas, valores y metas. Igualmente, hay que reforzar y apoyar el lenguaje de “cambio” y “compromiso”.



Es el fumador el que debe descubrir sus propias razones para el abandono del tabaco. Cuando el consejero se encuentre en este intento, es recomendable lo siguiente:

- Destaque la discrepancia entre la conducta actual del paciente y sus prioridades, valores o metas. Ejemplo: “Parece que usted es muy apegado a su familia. ¿Cómo cree que afecta a sus hijos al seguir fumando?”.
- Construya y profundice en el compromiso al cambio. Ejemplo: “Nos gustaría ayudarlo a evitar un infarto como el que sufrió su padre”.

Lidiar con la resistencia



Las percepciones que tienen los fumadores sobre su conducta de fumar se pueden cambiar. El consejero debe sugerir nuevos puntos de vista sobre la conducta de fumar, sin imposiciones. El fumador es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas de su conducta.

Algunas de las estrategias utilizadas en este punto, son:

- Retroceder y usar reformulación cuando el paciente exprese resistencia. Ejemplo: “Parece que se siente presionado para dejar de fumar”.
- Pedir permiso para entregar información. Ejemplo: “¿Le gustaría saber algunas estrategias que puedan ayudarlo cuando deje de fumar?”.

Apoyar la autoeficacia

La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. El fumador es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal.



Si el terapeuta cree en la capacidad de cambio del paciente, el cambio se facilita de la siguiente manera:

- Ayudando al paciente a identificar y construir sobre éxitos anteriores. Ejemplo: “Así que le fue bien la última vez que intentó dejar de fumar”.
- Ofreciendo opciones para lograr pequeños pasos hacia el cambio. Ejemplo: Modificar los patrones de fumar, puede ser dejando de fumar dentro de la casa.

Herramientas básicas de motivación para el cambio

Fase I

1.- Estrategias de inicio

Para construir la motivación para el cambio en el fumador, disponemos de varias herramientas motivacionales. Con estos métodos se pretende que el fumador explore su ambivalencia y clarifique sus razones para dejar de fumar. En este sentido, debemos practicar:

La escucha atenta y reflexiva

Este método es uno de los más importantes que se requieren en la Entrevista Motivacional e implica mantenerse en una actitud de estar quieto (por lo menos durante un período de tiempo) y escuchar lo que el paciente dice. Un elemento esencial en la escucha reflexiva, es la forma en la que el consejero responde a lo que dice el fumador, intentando deducir lo que realmente quiere decir, realizando una afirmación. La escucha atenta implica:

- | Una disposición psicológica activa del consejero (actitud de querer comprender al fumador).
- | Observar al paciente para identificar el contenido de sus expresiones verbales, los componentes de comunicación no verbal y sus sentimientos (abatimiento, tristeza, decepción).
- | Identificar el momento en el que nuestro interlocutor desea que hablemos y terminemos nuestro papel de escucha.
- | Ser conscientes de nuestra comunicación no verbal, asumiendo una postura corporal activa, manteniendo el contacto visual, adoptando incentivos no verbales facilitadores. Ejemplo: “mmm” (asintiendo con la cabeza y usando un tono de voz y volumen adecuados).
- | Atender a nuestra comunicación verbal, empatizando: “Entiendo que eso...”, y adoptando incentivos verbales: “Ya veo... Siga, le escucho...” Tan importante es adiestrarnos en la escucha reflexiva como ser conscientes de los errores que conviene evitar.

Las afirmaciones motivadoras

Es tarea del terapeuta apoyar al fumador mediante afirmaciones. Esto se puede realizar en forma de comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión: “Aprecio lo duro que ha sido para usted venir hasta aquí, ha dado usted un gran paso”, “está usted haciendo un gran esfuerzo en su lucha contra el tabaco”, “me parece fantástico que haya decidido dejar de fumar”, “tiene usted una gran fuerza de voluntad para dejar el tabaco”, entre otras.

Hacer resúmenes

Al hacer resúmenes periódicos de lo hablado, reforzamos lo que se ha dicho, mostramos que hemos estado escuchando cuidadosamente y preparamos al fumador para que haga su propia elaboración de lo hablado.

En la Entrevista Motivacional, este método se usa en tres formas principales:

- | Como herramienta para completar la exploración motivacional. Ejemplo: “¿Qué más?”, “¿hay algo más con respecto a...?”.

- | Como recuerdo de lo hablado en anteriores sesiones.
- | Como eslabón de cambio de una fase inicial exploratoria de la Entrevista Motivacional a una fase más directiva de la misma.

2.- Provocar un cambio en el discurso del fumador

Es importante provocar afirmaciones automotivadoras en el fumador y que estas se le devuelvan, de esa manera el fumador escucha en dos ocasiones sus propios comentarios. Se trata de que el fumador presente sus razones para abandonar el tabaco, facilitándole su expresión.

Es importante reconocer en el lenguaje del fumador frases que impliquen un avance en el proceso de cambio:

- | Reconociendo las desventajas de la situación actual. Ejemplo: “No sabía que el tabaco afectaba a mi familia”, “esto es un problema serio”.
- | Reconociendo las ventajas del cambio. Ejemplo: “Probablemente me encontraría mejor”, “mis hijos siempre me lo dicen”.
- | Expresando optimismo por el cambio. Ejemplo: “Puede que lo consiga si me lo propongo”, “dejé de fumar hace años y lo conseguiré otra vez si me lo propongo”.
- | Expresando intención de cambiar. Ejemplo: “Creo que ha llegado la hora de dejarlo”, “tengo que hacer algo”.

Fase II

En la segunda fase, además de la motivación debe aumentar el compromiso para que el paciente que está preparado a cambiar, asuma la firme decisión de realizar el cambio. Se usan 5 estrategias básicas:

1.- Recapitulación

Se le presenta al paciente un resumen de su situación actual expresando tantas razones para el cambio como sean posibles, reconociendo siempre su ambivalencia. El objetivo de esta intervención es decidir cuál es el próximo paso.

2.- Preguntas clave

Se le hacen al paciente preguntas abiertas para ayudarlo a pensar y hablar sobre el cambio. El objetivo central de estas preguntas es evaluar el próximo paso.

3.- Información y consejo

Si el paciente lo solicita, se le ofrece el mejor consejo, se valoran las sugerencias y se le brindan varias opciones o alternativas. Cuando el fumador escoge personalmente un curso de acción de entre una serie de alternativas, es más probable que las siga y llegue a tener éxito.

4.- Negociar el plan de acción

Con la activa participación del paciente se establecen las metas, se consideran y evalúan las opciones de cambio y se llega a elaborar un plan de acción en un proceso de decisiones compartidas que considere un objetivo claro, las opciones de cambio, los métodos y caminos posibles para llegar al objetivo propuesto.

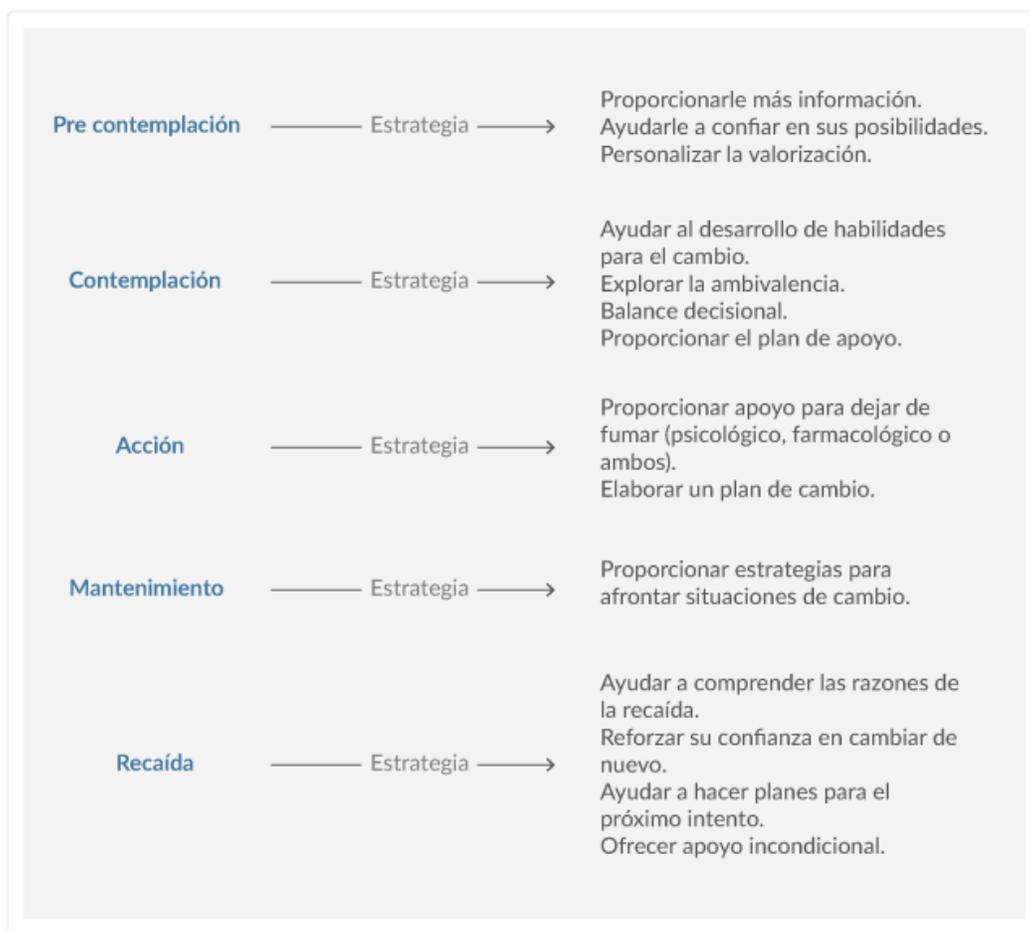
Es decir, los primeros pasos para hacer, las personas que pueden ayudar, los posibles obstáculos para el cambio y las formas de aumentar las destrezas para resolver problemas y aumentar su sentido de autoeficacia.

5.- Finalización

Dirigida a obtener la aprobación y el acuerdo del plan de acción por parte del paciente, que garantice el cambio con un compromiso sólido. Por otra parte, es importante que el consejero que aplique la Entrevista Motivacional sea capaz de:

- | Comprender a la persona desde su marco de referencia a través de una escucha reflexiva.
- | Expresar aceptación y afirmación.
- | Extraer y reforzar selectivamente los comentarios automotivacionales de la persona, las expresiones de reconocimiento de problemas, preocupaciones, deseos e intenciones de cambio y la habilidad para cambiar.
- | Monitorear el grado de disposición de la persona para cambiar. Se asegura de no generar resistencia.
- | Afirmar la libertad de elección y autodirección de la persona.

En el artículo anterior mencionamos las diferentes etapas por las que pasan las personas cuando quieren dejar fumar, y en este apartado, te mostramos algunas estrategias que reflejan la manera de actuar del consejero, en forma práctica, para entregar intervenciones efectivas a los pacientes de acuerdo a la etapa de cambio en la que se encuentran. En la siguiente tabla te mostramos las sugerencias de abordajes terapéuticos en función de la fase o estado de cambio en que se encuentre el fumador:



Conclusiones de la Entrevista Motivacional

La motivación para dejar de fumar es una de las variables clave en el proceso de abandono del tabaco, pudiendo tener diversos orígenes: círculo familiar, amistades, compañeros de trabajo, medios de comunicación, personajes de prestigio social y otros. La Entrevista Motivacional es una herramienta útil para cambiar las conductas de riesgo.



La Entrevista Motivacional representa un cambio paradigmático en el campo de la adicción en cuanto al entendimiento de la naturaleza de la motivación del cliente y del consejero, pues entrega una forma para promover y mantener un cambio positivo de comportamiento. Este cambio es paralelo a otros desarrollos recientes en el campo de la adicción, los que están siendo incorporados a las nuevas estrategias motivacionales.

Es importante Integrar un nuevo estilo terapéutico como la Entrevista Motivacional, con un modelo transteorético de etapas de cambio, pues ofrece una nueva perspectiva acerca de qué estrategias clínicas pueden ser efectivas

en varios puntos del proceso de cambio.

Las intervenciones motivacionales que surgen de esta construcción teórica, son herramientas clínicas prometedoras que se pueden incorporar a todas las fases del tratamiento de abuso de sustancias, así como a muchos otros ambientes sociales y de servicios de salud.

Bibliografía Unidad 2

- | Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: Revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública. México*. 2013; 55: 196 – 206.
- | Balcells M, Torres M, Yahne C (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, Vol. 16, Sup. 2.
- | Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2009; 25: 218 – 230.
- | Bóveda J, Pérula de Torres L, Campiñez M (2012). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Elsevier. España, S.L.
- | Camarelles F, Gascó JP, Gámez I (2010). Entrevista Motivacional en Fumadores. *Manual de Tabaquismo España*.
- | Ministerio De Salud (2003). ¿Cómo ayudar a dejar de fumar? Manual para el equipo de salud. Programa de Salud cardiovascular. Santiago, Chile.
- | Ministerio de Salud (2014). Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Versión Breve. Argentina.
- | Prochaska J., ¿Cómo cambian las personas y cómo podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas? Traducido de *The heart and soul of change: what works in therapy*. Mark H., Barry L., and Scott D. Washington, DC: American Psychological Association, 1999, p. 227-255.
- | Rivera S., Villouta F., Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿Cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Aten Primaria*. 2008;40(5):257-61.
- | West R. The multiple facets of cigarette addiction and what they mean for encouraging and helping smokers to stop COPD: *Journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2009.
- | West R (2006). *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwells.