

**MÓDULO 2:
DEJAR DE FUMAR: UN PROCESO DE CAMBIO**

- **Objetivos:**

- Enfocar el logro de la abstinencia como un proceso de cambio.
- Conocer y aplicar los elementos teóricos centrales de la Entrevista Motivacional (EM) como herramienta de cambio.

- **Contenidos:**

- Modelo Transteorético del Cambio.
- Teoría PRIME de la motivación.
- Espíritu de la Entrevista Motivacional y características del consejero.
- Principios de intervención de la Entrevista Motivacional.

I. 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 que, por tanto, puede ser controlada y modificada.

Dejar de fumar es un proceso en el que es necesario aprender a realizar las actividades cotidianas sin tabaco.

Las intervenciones de ayuda para dejar de fumar están basadas en modelos teóricos que intentan responder las preguntas de por qué y cómo cambian su conducta de fumar las personas (Bello, et al. 2009).

II. Modelo de las etapas de cambio o teoría transteorética de Prochaska y Di Clemente (1982)

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 un estudio con ex fumadores, junto a 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, James Prochaska y Carlo Di Clemente (1982) desarrollaron su modelo transteorético, un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles (Balcells, et al. 2004).

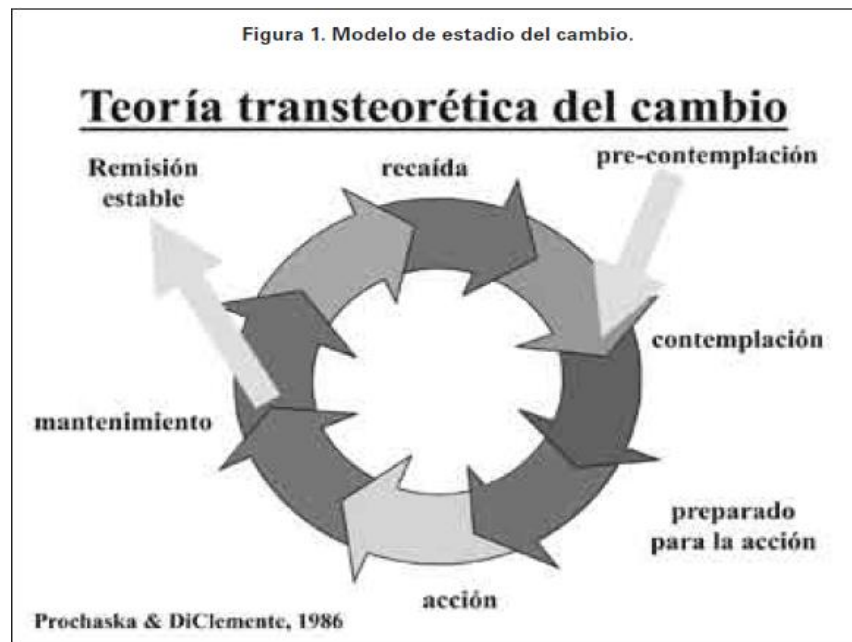
En 1982, Prochaska y Di Clemente formulan su teoría de las **Etapas del Cambio**, en la que reconocen el concepto de **proceso**. Esto apunta a que las personas atraviesan por una serie de fases en su motivación para reconocer, llevar a cabo acciones y resolver un problema.

En 1984 conceptualizan el **cambio** como un proceso o secuencia de etapas, a través de las cuales la gente generalmente progresa, mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos.

Primero las personas pasan de estar inconscientes o reacios para hacer algo sobre el problema a considerar la posibilidad del cambio, luego están determinadas y preparadas para hacer el cambio; finalmente actúan y mantienen o conservan, ese cambio con el paso del tiempo, ya sea que lo hagan por su cuenta o bajo guía profesional.

1. Características del Modelo

- Modelo global, tridimensional, es aplicable a diversas conductas adictivas y a otros problemas de salud mental y conductas de autocuidado.
- Da cuenta de los procesos de cambio de quienes participan en tratamientos formales o en ausencia de tratamiento.
- Identifica diferentes niveles de predisposición (estadios de cambio) que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva.
- El nivel motivacional inferior se corresponde con el estadio en el cual no se tiene conciencia del problema y, por tanto, ninguna intención de modificar la conducta adictiva.
- Progresivamente puede aumentarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas.



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

2. Etapas

- **Etapa de Pre Contemplación:** Durante esta fase, las personas no están pensando en hacer algún cambio, ya sea porque nunca se lo han planteado o ya han pensado al

respecto y decidieron no cambiar su comportamiento. Otras veces, las personas quieren cambiar, pero sienten que no tendrían éxito en lograr el cambio que desean. En esta etapa, podría serles de utilidad obtener más información respecto de su situación (Minsal 2003; Balcells et al. 2004).

El fumador piensa que el fumar no le perjudica y no está preocupado del tema. No se ha planteado seriamente la posibilidad de dejar de fumar. En esta etapa suelen encontrarse fumadores jóvenes sanos a los que se denomina *Fumadores Contentos*, aunque no siempre lo son, ya que muchos de ellos han perdido la confianza en sus capacidades para lograr dejar de fumar, a causa del fracaso en sus intentos previos.

Resumiendo: - Poca o nula conciencia del problema.

- Ninguna intención de cambiar.
- No ha experimentado consecuencias negativas.

Escuchamos: “No estoy ni ahí” , “de algo hay que morirse” , “me encanta fumar”.

- **Etapas de Contemplación:** En esta etapa las personas están inseguras respecto a qué hacer. Hay aspectos positivos y no tan positivos respecto de su situación presente. Estos aspectos que puedan ocurrir con el cambio, podrían representar un problema.

Tienen mayor apertura para informarse acerca de lo que le sucede y cuáles podrían ser las alternativas de solución, pero todavía consideran que no es el momento para iniciar el cambio.

Son personas que se muestran ambivalentes, por lo cual tienen dudas respecto de los beneficios del cambio (Minsal 2003; Balcells et al. 2004).

El fumador es ambivalente: Está motivado, pero se siente indeciso e inseguro, no tiene la confianza en que lo pueda lograr. Tiene una serie de temores y las ventajas de dejar de fumar las siente lejanas y no suficientes para compensar las desventajas que implica para sí abandonar su conducta de fumador.

Resumiendo: - Aumento del reconocimiento (conciencia) del problema.

- Mayor preocupación o angustia por el tema.
- Ambivalencia sobre el cambio.

- Análisis activo de los pro y los contra.

Escuchamos: “Bueno, voy a pensarlo”, “parece que estoy fumando mucho”.

“me doy cuenta que estoy gastando mucho en cigarros”.

- **Etapas de Preparación:** Las personas sienten que las razones para el cambio son más importantes que las razones para no cambiar. Se encuentran más preparadas y dispuestas para hacer algo. 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 comportamientos nuevos (Minsal 2003; Balcells et al. 2004).

El fumador visualiza dejar de fumar en los próximos 30 días. Tiene 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.

Resumiendo: - Aumento de la motivación y el compromiso.

- Recolección de información sobre las opciones disponibles.
- Reflexión sobre qué hacer.
- Dispuesto a tomar decisiones.
- Comparte planes de cambio.
- El cambio se convierte en prioridad.

Escuchamos: “¿Cómo puedo hacerlo?” “no fumo más dentro de mi casa” “ voy a comprar cajetillas de 10 cigarros”.

- **Etapas de Acción:** Las personas comienzan a implementar sus planes de cambio. Realizan los pasos necesarios para cambiar. Durante esta etapa, frecuentemente comunican a otros lo que está sucediendo y esperan apoyo de ellos para hacer estos cambios (Minsal 2003; Balcells et al. 2004).

El fumador deja de fumar totalmente, pone en práctica las estrategias aprendidas y desarrolla los planes que ha hecho con anterioridad para no fumar. Puede sufrir “caídas” cortas o “deslices” que puede superar si cuenta con las capacidades suficientes y el apoyo social adecuado. Esta etapa corresponde a los seis primeros meses de abstinencia.

Resumiendo: - Las estrategias de cambio se eligen y se siguen.

- Modificación activa de la conducta, pensamientos, sentimientos y del entorno.
- Puede estar recibiendo tratamiento o solo con autoayuda.

- ¿Persistencia y finalización, o abandono?

Escuchamos: “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”.

- **Etapas de Mantenimiento:** Las personas intentan mantener los cambios que han hecho y prevenir el retorno a sus viejos hábitos. Es capaz de mantener los cambios efectuados y salir exitosamente del espiral del cambio (Minsal 2003; Balcells et al. 2004).

La persona lleva más de seis meses sin fumar, disfruta de los beneficios de estar sin fumar y está evitando las recaídas, para lo cual ha introducido cambios en su estilo de vida.

Resumiendo: - Intento de sostener en el tiempo las nuevas actitudes y hábitos.

- Trabajo para evitar la recaída.

- Cuidarse de personas, lugares, cosas, pensamientos y sentimientos riesgosos (cultivar la asertividad).

- Tomar responsabilidad personal y darse crédito a uno mismo (autoeficacia - autoestima).

Escuchamos: “¡Me siento increíble!!”, “voy a seguir con esto”, “después de este logro me siento capaz de cualquier cosa”.

- **Recaída:** Es común que las personas tengan “caídas” en las que los viejos hábitos se retoman durante un breve período o también llamadas “recaídas”, cuando la persona vuelve a etapa de pre contemplación o de contemplación. El cambio no es lineal, sino que conlleva un patrón en espiral, indicando que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaídas.

Las caídas o “deslices” y las recaídas, son esperables cuando una persona intenta cambiar hábitos que tiene hace tiempo. En algunas ocasiones las personas recorren el espiral del cambio varias veces antes de mantener un cambio en forma permanente (Minsal 2003; Balcells et al. 2004).

La persona vuelve a fumar diariamente. Evento habitual en el proceso de dejar de fumar, que pone en evidencia la naturaleza crónica del tabaquismo y que debe ser usada como experiencia de aprendizaje.

Resumiendo: - La mayoría de las personas no mantienen el cambio de inmediato.

- Estas experiencias ayudan a tener información.

- No es un fracaso ni un abandono de su proceso de cambio.

- **Forma parte del proceso de cambio.**

Escuchamos: “Lo eché todo a perder”, “no me pude contener”, “volví a cero”.

Prochaska (1999) señala también una etapa de **Finalización**, que corresponde a la remisión estable en el diagrama de Prochaska y Di Clemente.

Pacientes que se mantienen sin fumar disfrutan de los beneficios de la abstinencia, sin tener que luchar con las ganas de fumar. Se sienten no fumadores.

Esta es una etapa que se aplica en algunas conductas, especialmente las adicciones. Es un estado en el cual los **individuos no tienen tentación y sí un cien por ciento de autoeficacia**. No importa si están deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, enfadados o estresados, ellos están seguros de que no volverán a su antiguo hábito. Es lo mismo que si nunca hubieran adquirido el 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.

3. Elementos a considerar del modelo

- Según el Modelo de las Etapas 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. 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. Motivar al fumador para aumentar las probabilidades de que siga 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 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 (Camareilles, et al. 2010).

4. Conceptos centrales del modelo transteorético del cambio

- **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:** 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. Evaluando cuál opción coincide con sus ideales, valores, preferencias o experiencias.

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

III. Teoría PRIME de la motivación: R. West (2006)

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.

1. ¿Qué entendemos por adicción?

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

La teoría de la motivación de 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.

La teoría PRIME de la motivación presenta un modelo de 5 niveles integrados, que interactúan entre sí y que responden a estímulos internos y externos. Estos niveles son: **Planes, Respuestas, Impulsos/Inhibiciones, Motivos y Evaluaciones:** De las iniciales de cada uno de los niveles surge el acrónimo **PRIME**.

El acrónimo **PRIME** alude a:

- **P:** Plan mediante el cual hacemos cosas.

Los planes orientan la vida humana, constituyendo una estructura para las actividades cotidianas. Así, la persona está programada para fumar en determinadas circunstancias, como después de terminar una actividad, cada vez que toma café, etc.

- **R:** Respuestas que damos a nuestros impulsos.

Respuestas reflejas a estímulos específicos: El fumador enciende el cigarrillo sin decidirlo conscientemente ni pensar en las consecuencias.

- **I:** Impulsos que desencadenan/Inhiben comportamientos.

Impulsos e inhibiciones: Estos 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 (referenciado en el módulo 1) liberando dopamina, con lo que se generan asociaciones estímulo-impulsos, generando el impulso a fumar.

- **M:** Motivos para los comportamientos.

La sensación placentera al fumar genera los motivos: Sentimientos de deseo (placer o satisfacción anticipada) o necesidad (alivio anticipado).

- **E:** Evaluación que hacemos de nuestra conducta.

A un nivel cognitivo aparecen las evaluaciones o “creencias” que forman los fumadores acerca de 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.

2. Ideas centrales de la teoría PRIME

a) Los deseos y necesidades son los que impulsan nuestro comportamiento en cada momento.

b) 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.

c) La imagen que tenemos de nosotros mismos y cómo la sentimos, nuestra identidad, es una gran fuente potencial de deseos y necesidades, que puede ser suficiente para superar impulsos biológicos tan fuertes como el hambre.

¿Por qué fuma la gente?

- Por impulso: Hábito sin pensar.
- Por deseo o necesidad: Ganas de fumar.
- Por creencias: Le sirve para algo.
- Por planes: Está programado hacerlo en ciertas situaciones.

3. ¿Cómo se presenta la adicción al cigarrillo?

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.

Se requiere esfuerzo y la presencia de reglas con límites claros que faciliten superar el conflicto con otros deseos y necesidades (autocontrol).

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”.

4. En el proceso de cesación tabáquica se requiere enfrentar el problema en todos los niveles:

- Reducir el impulso:
 - Medicación rompe la ligazón fumar-recompensa.
 - Aumentar motivación de “no fumar” generando impulsos competitivos.
- Reducir el deseo y la necesidad:
 - Medicación hace menos satisfactorio fumar.
 - Se reduce el “hambre” de nicotina.
 - Se reducen síntomas de privación.
 - Controlar exposición a eventos de riesgo.
 - Uso de recompensas extrínsecas y sociales.

- Cambiar creencias:
 - Convencer que el fumar no trae beneficios.
 - Fomentar identidad positiva de “no fumador”.
- Cambiar planes:
 - Cambiar rutinas asociadas al fumar.
 - Crear reglas claras de “no fumar”.
 - Establecer claramente reglas (como por ejemplo: “Si....entonces....”), para enfrentar deseo, necesidad y ganas de fumar.
- Reevaluar el fumar en relación a otros núcleos de identidad:
 - Etiquetas: “No fumador”, “deportista”, “futura madre”, etc.
 - Atributos: “Saludable”, “exitoso”, “decidido”, “libre”, entre otros.
 - Focalizándose siempre en **aspectos positivos** a destacar y consolidar.

IV. Entrevista Motivacional: Miller y Rollnick (1983)

Descrita por William Miller y Stephen Rollnick (psicólogos, tratamiento de alcoholismo) en la década de los 80, los cuales la definen como: **“La Entrevista Motivacional (EM) es un método directivo, centrado en el cliente, para aumentar la motivación intrínseca hacia el cambio, explorando y resolviendo la ambivalencia”**.

1. ¿Qué es la Entrevista Motivacional?

- 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.
- Estrategia dirigida a construir, aumentar o mantener la motivación para el cambio, fortaleciendo el compromiso personal (Balcells et al.2004).

La **EM** 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, de 20 minutos o más, parecen obtener mejores resultados que las más breves (Bóveda et al. 2012).
- **Según Soria:** Un ensayo clínico (Soria et al.) 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 (Bóveda et al. 2012).

La Entrevista Motivacional implica un cambio de perspectiva: Es una forma de relacionarse con el paciente en la que se ofrecen tres características que son decisivas a la hora de preparar el camino, con el objetivo que se produzca un cambio de conducta natural: Una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad (Balcells et al. 2004).

La Entrevista Motivacional más que una técnica de entrevista, es una filosofía, una forma de estar con la gente, que debe estar impregnada de un espíritu de **colaboración, evocación y autonomía** (Camarelles et al. 2010).

- **Colaboración:** En la Entrevista Motivacional, 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.

2. ¿Cuál es el objetivo de la Entrevista Motivacional?

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.

Espíritu de la entrevista motivacional:

- ✓ Intervención centrada en el fumador.
- ✓ La motivación para el cambio es extraída desde la misma persona.
- ✓ Ayudarle a desarrollar sus propias habilidades.
- ✓ Estimular el cambio de conducta.
- ✓ Explorar y resolver su *ambivalencia* 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.
- ✓ Más de *apoyo* que de discusión.

3. Cuatro Principios Básicos de la Entrevista Motivacional

a) 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.

b) 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.

Destacar la discrepancia entre la conducta actual del paciente y las prioridades expresadas, valores y metas.

Reforzar y apoyar el lenguaje de “cambio” y “compromiso”. Es el fumador el que debe descubrir sus propias razones para el abandono del tabaco.

c) 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.

d) 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.

4. Estrategias de la Entrevista Motivacional

Existen una serie de herramientas, que son útiles al momento de generar un impacto en el fumador. A continuación, detallamos algunas de ellas:

- **Expresar empatía:**

- Usar preguntas abiertas para explorar la importancia de fumar, preocupaciones y beneficios de 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 si lo esté, podemos ayudarlo”.

- **Desarrollar discrepancia:**

- Destacar 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?”.
- Construir y profundizar en el compromiso al cambio. Ejemplo: “Nos gustaría ayudarlo a evitar un infarto, como el que sufrió su padre”.

- **Lidiar con la resistencia:**

- 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:**

- Ayudar al paciente a identificar y construir sobre éxitos anteriores. Ejemplo: “Así que le fue bien la última vez que intentó dejar de fumar”.
- Ofrecer opciones para lograr pequeños pasos hacia el cambio. Ejemplo: Cambiar patrones de fumar, como no fumar en la casa.

5. Herramientas básicas para construir la motivación para el cambio. Fase I: 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:

- **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, identificar los componentes de comunicación no verbal y con ello sus sentimientos (abatimiento, tristeza, decepción), e 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.

- **Provocar un cambio en el discurso del fumador:** Es importante provocar afirmaciones automotivadoras en el fumador y que estas se le devuelvan, de esta 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. Ej: “No sabía que el tabaco afectaba a mi familia”, “esto es un problema serio”.
- Reconociendo las ventajas del cambio. Ej: “Probablemente me encontraría mejor”, “mis hijos siempre me lo dicen”.
- Expresando optimismo por el cambio. Ej: “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. Ej: “Creo que ha llegado la hora de dejarlo”, “tengo que hacer algo”.

6. Estrategias básicas para una Fase II de la Entrevista Motivacional

En la segunda fase, además de la motivación, debe aumentar el compromiso, para que el paciente que está preparado para cambiar, asuma la firme decisión de realizar el cambio. Se usan 5 estrategias básicas (Balcells et al. 2004):

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

b) 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.

c) Información y consejo: Si el paciente lo solicita, se le ofrece el mejor consejo, se valoran las sugerencias y se le ofrecen 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.

d) 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, 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.

e) Finalización: Dirigida a obtener la aprobación y el acuerdo del plan de acción por parte del paciente, que con un compromiso sólido garantice el cambio.

7. Características del Consejero que aplica la Entrevista Motivacional

- ✓ Busca comprender a la persona desde su marco de referencia; a través de una escucha reflexiva.
- ✓ Expresa aceptación y afirmación.
- ✓ Extrae y refuerza selectivamente los comentarios automotivacionales de la persona, las expresiones de reconocimiento de problemas, preocupaciones, deseos e intenciones de cambio y la habilidad para cambiar.
- ✓ Monitorea el grado de disposición de la persona para cambiar. Se asegura de no generar resistencia.
- ✓ Afirma la libertad de elección y autodirección de la persona.

8. Conclusiones acerca 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.

Conclusiones acerca de la Entrevista Motivacional:

- La Entrevista Motivacional es una herramienta útil para cambiar conductas de riesgo.
- El proceso motivacional dura toda la vida, ya que la motivación fluctúa.
- La Entrevista Motivacional se utiliza a lo largo de toda la intervención con el paciente.
- Tiene gran importancia al fomentar la automotivación, la autoeficacia y la confianza en sí mismo y en el terapeuta.
- La filosofía central es que cada persona tiene un potencial de cambio y es tarea del terapeuta liberar ese potencial para facilitar el proceso de cambio.

- “Validar la perspectiva del otro frente a adoptar un rol de experto”, y “facilitar la toma de decisiones frente a decir al otro lo que debe hacer” son los dos principios estratégicos de la Entrevista Motivacional.

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, al entregar 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.

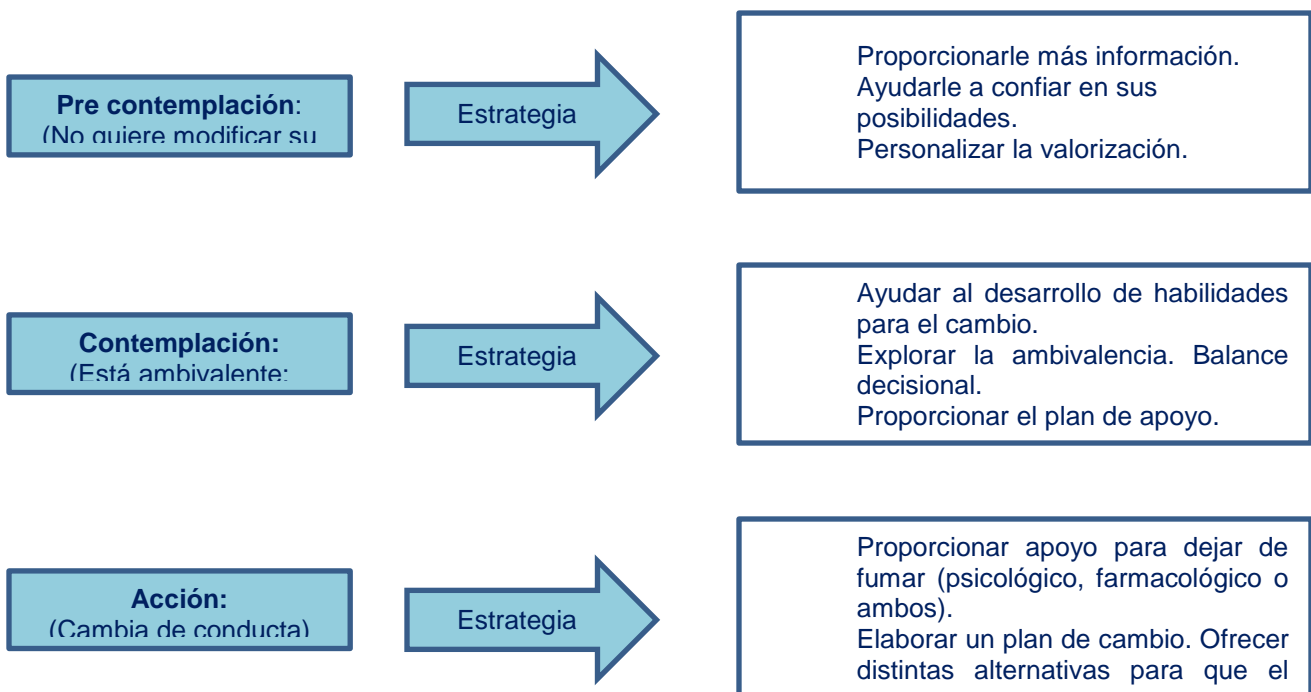
Es importante Integrar un nuevo estilo terapéutico – Entrevista Motivacional - con un modelo transteorético de etapas de cambio, ofrece una nueva perspectiva acerca de qué estrategias clínicas pueden ser efectivas en varios puntos del proceso de cambio.

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.

9. Herramientas básicas para construir la motivación para el cambio

A continuación se exponen estrategias en función de la etapa en que se encuentra un fumador. Estas reflejan cómo es posible organizar el actuar del consejero, de forma práctica, para entregar intervenciones efectivas a los pacientes, según la etapa de cambio en que se encuentren:

- Sugerencias de abordajes terapéuticos en función de la fase o estado de cambio en que se encuentre el fumador:



Mantenimiento
(Mantiene el cambio)



Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de cambio.

Recaída:
(Vuelve a la conducta previa)



Ayudar a comprender las razones de la recaída.
Reforzar su confianza en cambiar de nuevo.
Ayudar a hacer planes para el próximo intento.
Ofrecer un apoyo incondicional.

- Etapas del cambio y conductas en cada etapa:

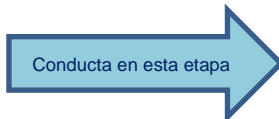
Pre contemplación



No considera modificar su conducta, ya que no identifica en ella ningún problema.
Frases que reflejan esta etapa son: "De algo hay que morir", "mi abuela tiene 90 años, ha fumado toda su vida y nunca le ha pasado nada", "no creo que con bajar de peso se solucione mis problemas".



Que reconozca el problema y comience a considerar la posibilidad de cambiar.



Fortalecer su ambivalencia y realizar un balance de sus decisiones, sopesando las ventajas y desventajas.
Ofrecer ayuda para realizar el cambio.

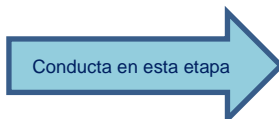
Contemplación



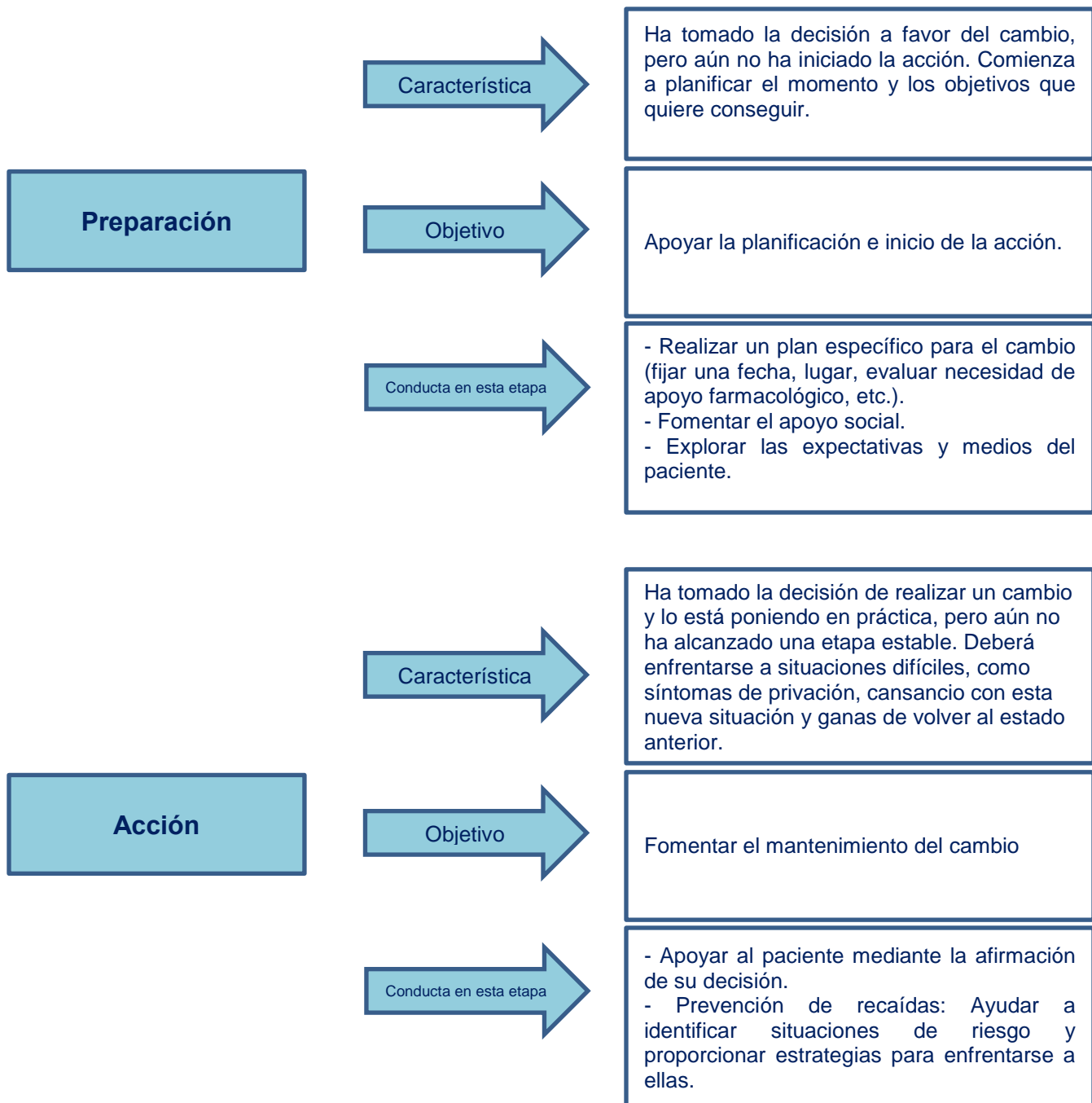
- Reconoce el problema y comienza a considerar la posibilidad de cambiar, pero aún persisten dudas y no ha tomado ninguna decisión ni acción hacia el cambio.
- La ambivalencia es característica de este periodo, y se consideran simultáneamente razones para cambiar y para no cambiar.

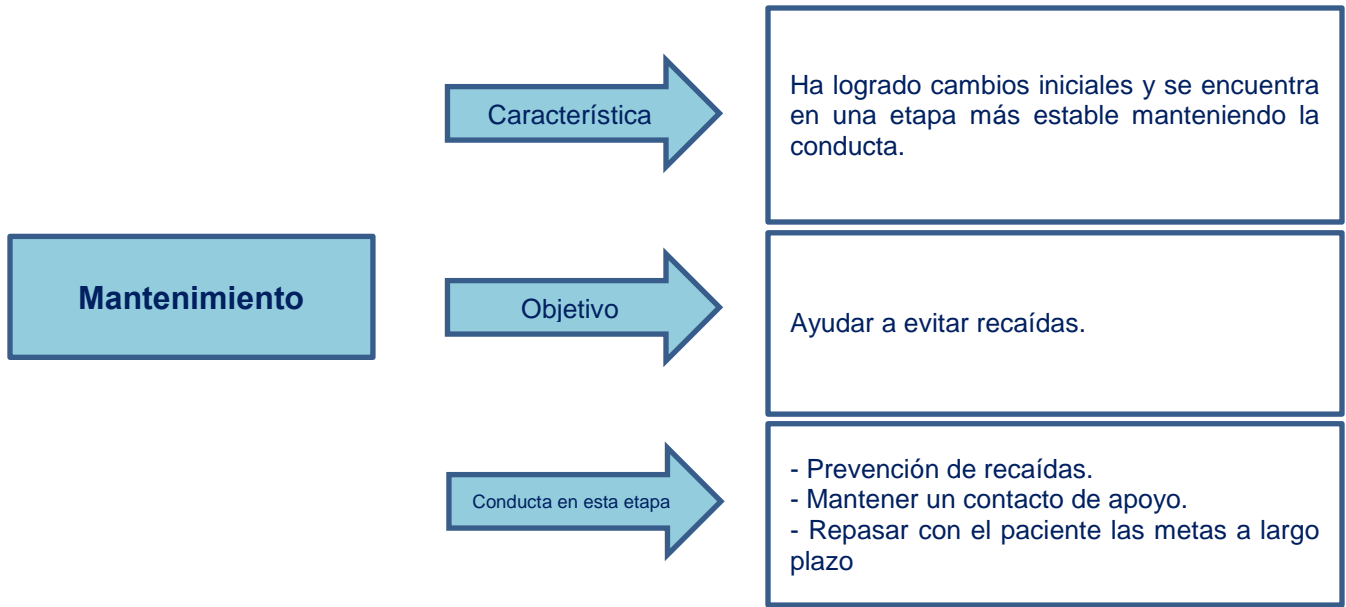


- Motivar la preparación para la acción.



- Ayudar al paciente a resolver su ambivalencia y a realizar un balance de sus decisiones, sopesando las ventajas y desventajas.
- Ofrecer ayuda para realizar el cambio.





Recuerde:
Dejar de fumar es un proceso. La principal tarea del consejero es ayudar al fumador a construir o hacer surgir la motivación para iniciar y mantener el cambio.

V. Bibliografía

- Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: Revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública Mex* 2013; 55: 196 – 206.
- Balcells M, Torres M, Yahne C. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones* (2004), Vol 16, Sup. 2.
- Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev. Chil. Enf. Respir.* 2009; 25: 218 – 230.
- Bóveda J, Pérula de Torres L, Campiñez M. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria © 2012 Elsevier España, S.L.
- Camarelles F, Gascó JP, Gámez I. Entrevista Motivacional en Fumadores. En *Manual de Tabaquismo España* 2010
- Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Versión Breve Ministerio de Salud. Argentina 2014
- MINISTERIO DE SALUD. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar?. Manual para el equipo de salud. Programa de Salud cardiovascular. 2003.
- Prochaska James O ¿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 A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. Miller (Eds.), 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. *Theory of Addiction*. 2006, Oxford: Blackwells.