

évi^{ct}

CANNABIS

TABACO

evidencia

ENTREVISTA

MOTIVACIONAL

**Una guía de aplicación en adicciones
y otros comportamientos relacionados
con la salud**

José Javier Moreno Arnedillo



Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



Este trabajo ha sido realizado dentro de las acciones del Proyecto ÉVICT 5, impulsado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

AUTOR

José Javier Moreno Arnedillo.

Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica.

Asesor Técnico. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Madrid Salud - Ayuntamiento de Madrid.

Miembro del grupo de trabajo del Proyecto ÉVICT 5.

EDITA

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Proyecto ÉVICT.

Plaza de las Cortes 11 · 28014 Madrid

© Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y autor

Índice

1	Entrevista Motivacional: el binomio tabaco-cannabis y más allá	7
1.1	El abordaje del consumo de tabaco y cannabis y la entrevista motivacional	7
1.2	Objetivo y ámbito de aplicación de esta guía.	10
2	Qué es, qué no es y qué pretende la Entrevista Motivacional.	12
2.1	Prescribir, imponer, convencer, discutir, recriminar, persuadir, sugerir, informar, escuchar, acompañar, deliberar, dialogar... influir.	12
2.2	Qué es (y qué no es) la entrevista motivacional.	16
2.2.1	La entrevista motivacional no pretende convencer	17
2.2.2	La entrevista motivacional no es un conjunto de técnicas.	17
2.2.3	La práctica coherente de la entrevista motivacional implica un cambio de perspectiva teórica.	18
2.2.4	La entrevista motivacional implica una manera de entender los procesos de cambio de comportamiento	18
2.2.5	La entrevista motivacional implica un estilo de intervención y de relación con el cliente	18
2.2.6	La entrevista motivacional implica una manera de entender el papel del profesional en la motivación hacia el cambio de hábitos y conductas	19
2.2.7	La entrevista motivacional implica abandonar el rol de experto que dice al consultante lo que tiene que hacer	19
2.2.8	La entrevista motivacional no se basa en el modelo transteórico de las fases de cambio de Prochaska y DiClemente.	20
2.2.9	La entrevista motivacional está orientada a la acción.	22
2.2.10	La entrevista motivacional es compatible con otras actuaciones dirigidas al cambio de comportamiento, pero no con todas en la misma medida. . . .	23
2.2.11	El estilo, la estrategia y los supuestos teóricos de la entrevista motivacional están presentes a lo largo de todo el proceso de intervención y de seguimiento, y no solo al principio.	24

3	Modelo teórico: el sentido de las resistencias al cambio.	25
3.1	El estilo tradicional: entre las decisiones libres y la psicopatología	26
3.2	La impermeabilización a la influencia del profesional.	27
3.3	Una visión alternativa: los comportamientos nacen y se mantienen en la transacción biográfica con los contextos.	28
3.4	Los hábitos no saludables y las resistencias al cambio son racionales.	29
3.4.1	Los comportamientos de los individuos, incluso los no saludables, aparecen y se mantienen porque en el contexto existen modelos que los ponen en práctica (aprendizaje vicario, o por observación, o modelado).	29
3.4.2	Los comportamientos no saludables se mantienen, se resisten a ser abandonados y tienden a reaparecer porque producen consecuencias inmediatas y seguras con importante valor instrumental o adaptativo que compensan los riesgos, que suelen ser demorados y no seguros.	30
3.4.3	Los comportamientos poco saludables o de riesgo se mantienen por su fuerte asociación con estímulos o 'disparadores' del contexto.	31
3.4.4	Los comportamientos poco saludables o de riesgo se mantienen porque en el contexto existen facilitadores para su práctica, y no para la práctica de comportamientos alternativos.	31
3.4.5	Los comportamientos de riesgo o poco saludables se mantienen, y cuesta cambiarlos, porque en el patrimonio biográfico de los individuos pueden existir determinados déficits de competencias o valores propios de determinados grupos.	32
3.4.6	La resistencia al cambio puede producirse porque el comportamiento del individuo está condicionado por determinadas reglas de conducta, aprendidas verbalmente en el entorno social.	32
3.5	La complejidad real de los comportamientos.	34
3.5.1	Utilizar el preservativo de modo consistente: un comportamiento complejo.	34
3.5.2	Abusar del alcohol: un comportamiento complejo.	44
3.6	Qué entendemos por motivación y de qué depende.	53
3.6.1	La motivación no es un estado interno, sino contextual.	53
3.6.2	La motivación se construye en la acción.	53
3.6.3	La disposición al cambio depende de la percepción de los beneficios del cambio y también de la confianza en conseguirlo	55
3.6.4	La falta de motivación no es la causa de que no se inicie el proceso del cambio	56

4	Estrategias y habilidades	58
4.1	El modelo biográfico-contextual del comportamiento y la estrategia de la entrevista motivacional.....	58
4.2	El principio de interdependencia y las resistencias	61
4.3	Dos estrategias entrelazadas.....	64
4.3.1	La estrategia para promover la permeabilidad del consultante: la validación.....	65
4.3.2	Estrategias para promover la toma de decisiones	68
4.4	Habilidades que materializan las estrategias de la validación y la toma de decisiones	68
4.4.1	Describir	70
4.4.2	Preguntar	72
4.4.3	Escuchar activamente	83
4.4.4	Expresar empatía	90
4.4.5	Expresar reconocimiento	95
4.4.6	Proporcionar feedback por los avances	96
4.4.7	Mostrar acuerdo, argumentar a favor y reforzar el planteamiento de objeciones	100
4.4.8	Utilizar 'mensajes yo'	102
4.4.9	Reafirmar la libertad de decisión	103
4.4.10	Informar adecuadamente	104
4.4.11	Informar sobre el proceso de cambio y clarificar expectativas	111
4.4.12	Examinar las reglas verbales.....	115
4.4.13	Balance decisional.....	121
4.4.14	Metáforas, fábulas, anécdotas, analogías	123

5	Desarrollo de la entrevista motivacional.....	132
5.1	Un modelo secuencial de entrevista.....	134
5.2	Apertura.....	136
5.3	Ventajas del cambio.....	138
5.3.1	Validar.....	144
5.3.2	Reafirmar la libertad de decisión.....	146
5.3.3	Preguntar por la disposición al cambio.....	147
5.3.4	Preguntar qué sabe.....	149
5.3.5	Preguntar cuánto le preocupa y por qué.....	150
5.3.6	Preguntar para tomar perspectiva.....	151
5.3.7	Informar.....	151
5.3.8	Identificar valores y metas.....	152
5.3.9	Metáforas.....	155
5.3.10	Balance decisional.....	155
5.3.11	Preguntar por la discrepancia.....	155
5.4	Evaluar y promover la autoeficacia.....	156
5.4.1	Preguntar por su percepción de autoeficacia para el cambio.....	163
5.4.2	Preguntar por qué no es más alta (obstáculos).....	163
5.4.3	Invitar a reconsiderar los fracasos.....	164
5.4.4	Señalar y expresar reconocimiento por los éxitos pasados.....	165
5.4.5	Preguntar qué le ayudaría a decidirse.....	166
5.4.6	Preguntar por las fortalezas.....	166
5.4.7	Informar sobre el proceso de cambio.....	167
5.4.8	Clarificar reglas verbales.....	167
5.4.9	Plantear metáforas y analogías.....	167
5.4.10	Promover acciones específicas.....	168
5.5	Cierre de la entrevista: resumen y acuerdos.....	169
5.6	Dos situaciones especiales.....	171
5.6.1	La entrevista motivacional en las recaídas o incumplimientos de propósitos.....	171
5.6.2	La entrevista motivacional en formato grupal.....	172

1 ENTREVISTA MOTIVACIONAL: el binomio tabaco-cannabis y más allá

1.1 El abordaje del consumo de tabaco y cannabis y la entrevista motivacional

La iniciativa de elaborar esta guía surgió en el contexto del llamado *Proyecto ÉVICT-evidencia cannabis tabaco-*, un diseño de actuaciones impulsado en 2014 por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), cuyo objetivo es proveer de evidencia científica que sustente las políticas de salud pública, educativas y de control destinadas a reducir la iniciación y el daño ocasionado por el consumo conjunto de cannabis y tabaco. El proyecto produjo, como resultado en una primera fase (2015), un informe (disponible en www.evictproject.org)¹ donde, además de llamar la atención sobre la situación epidemiológica del consumo de ambas sustancias, se exponía la evidencia recogida sobre los efectos y consecuencias clínicas del mismo, los factores de riesgo y de protección asociados a él, y las buenas prácticas preventivas y asistenciales.

El interés por el fenómeno del consumo conjunto de tabaco y cannabis nace a partir de la constatación de su magnitud, su tendencia creciente y los riesgos que implica. En la última encuesta publicada por el PNSD (EDADES 2017²) se encuentra un incremento del consumo de cannabis y tabaco en la población entre 15 y 64 años, pasando, en el caso del cannabis, del 7,3 al 9,1 % (consumo alguna vez en los últimos 30 días) y, en el caso del tabaco, del 30,8 al 34 % (consumo diario). El 92,9 % de los consumidores de cannabis mezclan ambas sustancias para su consumo. En el grupo de edad de entre 14 y 18 años la proporción de consumidores de ambas sustancias se incrementa notablemente.

Este consumo conjunto se ve favorecido, en primer lugar, por la banalización acerca de los riesgos del consumo de cannabis, una sustancia que es percibida por los jóvenes como mucho menos peligrosa que el tabaco. La banalización da lugar a que un número creciente de adolescentes empiecen a fumar cannabis (mezclado con tabaco) antes de empezar con el tabaco solo, en contra de lo que ha sido la tendencia habitual hasta hace pocos años. A este fenómeno se lo conoce como 'puerta de entrada inversa', y supone que muchos jóvenes acaban desarrollando una adicción al tabaco que perdurará durante largos años, acaso durante toda la vida adulta (con gravísimos riesgos sanitarios) a partir del porro, cuyo con-

1 Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Proyecto ÉVICT. Informe 2015. http://ÉVICTproject.org/wp-content/uploads/2015/09/Informe_ÉVICT_2015.pdf

2 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible en http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf

sumo tiende a abandonarse con más facilidad. Además de esta banalización de los riesgos del cannabis, existe la falta de percepción de que, junto con él, se está consumiendo tabaco: muchos jóvenes consumidores de porros declaran que no consumen tabaco, 'solo porros'.

El informe citado del *Proyecto ÉVICT* expone los hallazgos sobre factores explicativos del consumo y sobre sus efectos y consecuencias sanitarias, y dedica dos apartados a la evidencia sobre estrategias y herramientas eficaces para la prevención y el tratamiento del consumo y la dependencia de tabaco y cannabis. En relación con este último punto, el informe plantea las siguientes conclusiones:

- Se recomienda el tratamiento conjunto de la dependencia de ambas sustancias, orientado a la abstinencia, simultánea o secuencial. Esta recomendación supone plantear al usuario la conveniencia de abandono del consumo de tabaco a los consumidores de cannabis, y al revés. Se fundamenta en la estrecha relación epidemiológica entre ambos consumos, basada en la vía común de administración (fumada), funcionalidad similar en el contexto del desarrollo adolescente, y similitud de variables explicativas asociadas, tanto personales como contextuales^{3, 4}. Además, existe evidencia creciente de que los tratamientos que abordan ambos consumos son más efectivos⁵. La cesación de una de las dos sustancias lleva con frecuencia al aumento del consumo de la otra, así como a un incremento de la probabilidad de experimentar recaídas en el consumo abandonado^{6, 7}.
- El diseño del tratamiento debe ser individualizado, y dirigido a aquellas variables, del individuo y del contexto, que explican el mantenimiento del consumo, lo cual puede implicar la coordinación con otros servicios. No existe un solo tratamiento que sea válido para todos los casos⁸. Los objetivos del tratamiento deben incluir la consecución de la disposición o motivación para el cambio, la cesación del consumo, la prevención y el manejo de las recaídas y el abordaje de otros posibles problemas asociados.
- En cuanto a los contenidos terapéuticos, la evidencia apoya fuertemente el uso de tratamientos psicológicos de fundamento cognitivo conductual, como primera línea, combinados con tratamiento farmacológico en el caso de la dependencia del tabaco. Entre los primeros, distintos metaanálisis concluyen que la opción terapéutica

3 Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction* 2012; 107(8): 1404–1417

4 Rabin, RA, George TP. A review of co-morbid tobacco and cannabis use disorders: possible mechanisms to explain high rates of co-use. *The American Journal on Addiction* 2015; 24: 105-116

5 Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, Pethica D, McNeil JJ. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *BMJ* 1994; 309:842–846.

6 Agrawal A, Budney AJ, & Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: A review. *Addiction* 2012; 107(7):1221–1233.

7 Nieva G, Ortega LL, Mondon S, Ballbè M, Gual A. Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients. *Eur Addict Res* 2010; 17:1–9.

8 National Institute on Drug Abuse. Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. 2010. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatasp.pdf>

más clara es una combinación de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual (que incluye desarrollo de apoyo social, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en manejo del *craving*, prevención de recaídas, manejo de contingencias y cambios de hábitos) y terapia de incentivo con refuerzo comunitario^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16}.

Sobre la primera recomendación, conviene llamar la atención sobre el hecho de que no concuerda con la práctica asistencial habitual, que ofrece programas de tratamiento separados y en dispositivos diferentes (tal vez por tratarse de una droga 'legal' y otra 'ilegal'). No es infrecuente que, en los dispositivos de atención a las drogas 'ilegales' (incluyendo el consumo de cannabis) no se aborde en absoluto el consumo de tabaco porque se considera que la primera es la droga 'principal' y el tabaco la droga 'secundaria', a pesar de la abrumadora evidencia sobre los riesgos sanitarios asociados a este último.

Nos interesa particularmente la última de las recomendaciones, que llama la atención sobre la importancia capital de las técnicas de entrevista motivacional, y, en general, sobre las habilidades de comunicación, con el fin de promover el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos entre el usuario y el profesional, que a menudo no son coincidentes. Este énfasis no es sorprendente si tenemos en cuenta, al menos, las siguientes cuestiones:

- Buena parte de los consumidores de tabaco y/o cannabis, en proporción variable según las encuestas, pero, en todo caso, elevada, no tienen intención, por distintos motivos, de abandonar o reducir el consumo. Obviamente, de nada sirve disponer de tratamientos eficaces si el beneficiario potencial de los mismos no está dispuesto a utilizarlos. La decisión de cambio en relación con el consumo, y la calidad de esta, es, por lo tanto, un objetivo a abordar de modo prioritario en el ámbito clínico.
- Aun cuando exista una disposición inicial clara, esta suele sufrir reveses y vacilaciones a lo largo de un proceso que suele ser largo y complejo, por lo que se hace necesario estar atento al abordaje de obstáculos, dudas, temores y desánimo, si surgen. Esta dificultad es una realidad cotidiana para quienes trabajamos en el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas.

-
- 9 Becker J, Hungerbuehler I, Berg O, Szamrovicz M, Haubensack A, Kormann A, Schaub MP. Development of an integrative cessation program for co-smokers of cigarettes and cannabis: demand analysis, program description, and acceptability. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2013; 8:33-45.
- 10 Dennis C, Lavie E, Fatseas M, auracombe M. Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane database Syst rew* 2006; CD005336
- 11 Nordstrom BR, Levin FR. Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature. *Am J Addict* 2007; 16:331
- 12 Hill KP, Toto LH, Lukas SE, Weis RD, Trksak GH, Rodolico JM, Greenfield SF. Cognitive Behavioral Therapy and the Nicotine Transdermal Patch for Dual Nicotine and Cannabis Dependence: A Pilot Study. *Am J Addict*. 2013; 22: 233–238.
- 13 Lee DC, Budney AJ, Brunette MF, Hughes JR, Etter JF, Stanger C. Treatment models for targeting tobacco use during treatment for cannabis use disorder: Case series. *Addictive Behaviors* 2014; 39:1224–1230
- 14 Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165, 179–187.
- 15 Davis ML, Powers MB, Handelsman P, Medina JL, Zvolensky M, Smits JA. Behavioral Therapies for Treatment-Seeking Cannabis Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evaluation & the Health Professions* 2015; 38(1) 94-114.
- 16 Becoña, E., Cortés M, editores. Guía clínica de intervención psicológica en Adicciones. *Socidrogalcohol* (2008). Disponible en http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231208_EN_ES03_GuiaClinicalntPsicologica.pdf

- El consumo conjunto de tabaco y cannabis, habitualmente en forma de porros, o de porros y tabaco solo, no es en absoluto minoritario, sino que se produce en una parte importante de la población juvenil, como recogen las encuestas que hemos examinado.
- Además, en el informe ÉVICT se recoge la recomendación de abordar conjuntamente el consumo tanto de tabaco como de cannabis, un objetivo terapéutico que con frecuencia es diferente al que trae (en el mejor de los casos) el usuario, que a menudo pretende abandonar el tabaco pero no el cannabis, o al revés, acaso porque las motivaciones para el cese son diferentes (riesgo para la salud en el caso del tabaco, problemas de rendimiento o memoria en el caso del cannabis). En estos casos es capital la competencia del profesional para orientar la decisión del usuario.

1.2 Objetivo y ámbito de aplicación de esta guía

Esta guía pretende justamente presentar de modo práctico los principios y las estrategias que constituyen la entrevista motivacional en su aplicación en el ámbito clínico.

Aunque la guía nace en el ámbito del consumo de tabaco y cannabis, es evidente que su espacio de aplicación potencial va más allá, y abarca no solo la esfera de las adicciones, sino todos aquellos campos en los que el profesional de la salud pretende promover cambios de hábitos en los usuarios de sus servicios. Las recomendaciones que enfatizan la importancia central de las habilidades de comunicación en cualquier ámbito relacionado con la promoción de la salud son abundantes y crecientes. Desde que apareció en el panorama científico, a principios de los años 80 de la mano de los psicólogos William R. Miller y Stephen Rollnick, el crecimiento del interés y la aplicación de la entrevista motivacional ha sido espectacular. En un artículo publicado en 2009¹⁷, los autores calculaban que, desde el momento de la publicación del primer texto sobre entrevista motivacional, en 1983, el número de publicaciones sobre la cuestión se ha ido duplicando cada 3 años, y el número de profesionales formados en entrevista motivacional, hasta el año 2009, supera los 15 millones. En nuestro país, además de existir una importante y creciente oferta formativa, es poco menos que habitual la organización de talleres sobre entrevista motivacional en el contexto de reuniones científicas y profesionales, particularmente en el ámbito de las conductas adictivas.

Por este motivo, y dado que se trata de principios y habilidades generalizables, se ha optado en esta guía por hacer referencia a la aplicación de la entrevista motivacional a otros ámbitos, además del específico del consumo de tabaco y cannabis, especialmente a otras adicciones (en particular, alcohol), pero también a hábitos de alimentación, actividad física, sexualidad u otros.

17 WR Miller y S Rollnick (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2009, 37, 129–140.

Precisamente por tratarse de una guía práctica, y aunque parezca paradójico, la primera parte del texto se dedica a fijar algunos aspectos teóricos. No en vano, en la revisión sobre la efectividad de la entrevista motivacional realizada por Hettema et al.¹⁸ se concluye que la aplicación de la entrevista motivacional guiada por un manual donde se especifica meramente una secuencia de procedimientos produce peores resultados que cuando está guiada por estrategias más generales y principios teóricos. La entrevista motivacional no es meramente un conjunto de procedimientos o ‘trucos’ que se ‘utilizan’ con la gente porque funcionen. Se trata de una estrategia basada en una manera de entender el comportamiento y las ambivalencias y resistencias hacia el cambio, que es diferente de otras y que será necesario plantear.

18 Hettema J, Steele J, Miller WR. (2008). Entrevista Motivacional. RET, Revista de Toxicomanías, 52.

2 Qué es, qué no es y qué pretende la Entrevista Motivacional

2.1 Prescribir, imponer, convencer, discutir, recriminar, persuadir, sugerir, informar, escuchar, acompañar, deliberar, dialogar... influir.

Uno de los principales objetivos que se nos plantea en nuestro trabajo a los profesionales de la salud, dentro y fuera del ámbito de las adicciones, es influir sobre los comportamientos de nuestros consultantes o clientes. Tratamos de promover, entre otras cosas, el abandono o la reducción del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, la prevención o retraso de su inicio, el uso consistente del preservativo y la supresión de prácticas sexuales que impliquen riesgos, el aumento en la ingesta de determinados alimentos y la reducción de la ingesta de otros, el incremento de la actividad física, el cepillado de dientes, el auto-control emocional y la reducción del estrés, el seguimiento correcto de las pautas de administración de la medicación, la implicación en un determinado tratamiento que sabemos que es efectivo... De algún modo, buena parte de nuestro trabajo cotidiano consiste en el empeño (a veces la lucha) en conseguir que nuestros consultantes sigan determinadas pautas de conducta, siempre bienintencionadas y casi siempre bien fundamentadas. Toda la serie de verbos que dan título a este epígrafe se refieren a un mismo objetivo: influir en el comportamiento del otro.

Esto es así porque nuestros comportamientos son el principal determinante de nuestra salud. Estamos sanos o enfermos ante todo por lo que hacemos o no hacemos. La llamada 'nueva morbimortalidad' (trastornos cardiovasculares, cáncer, adicciones, accidentes de tráfico...) está especialmente asociada a estilos de vida o constelaciones de comportamientos.

Ya en 1974 el llamado *Informe Lalonde*¹⁹ destacaba la contribución relativa de los comportamientos y estilos de vida a la morbimortalidad frente al resto de los principales determinantes de la salud (biología humana, elementos del entorno y sistema sanitario), cifrando su peso en un 43 % del total, tal como se representa en la figura 1.

19 Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa. Government of Canada.

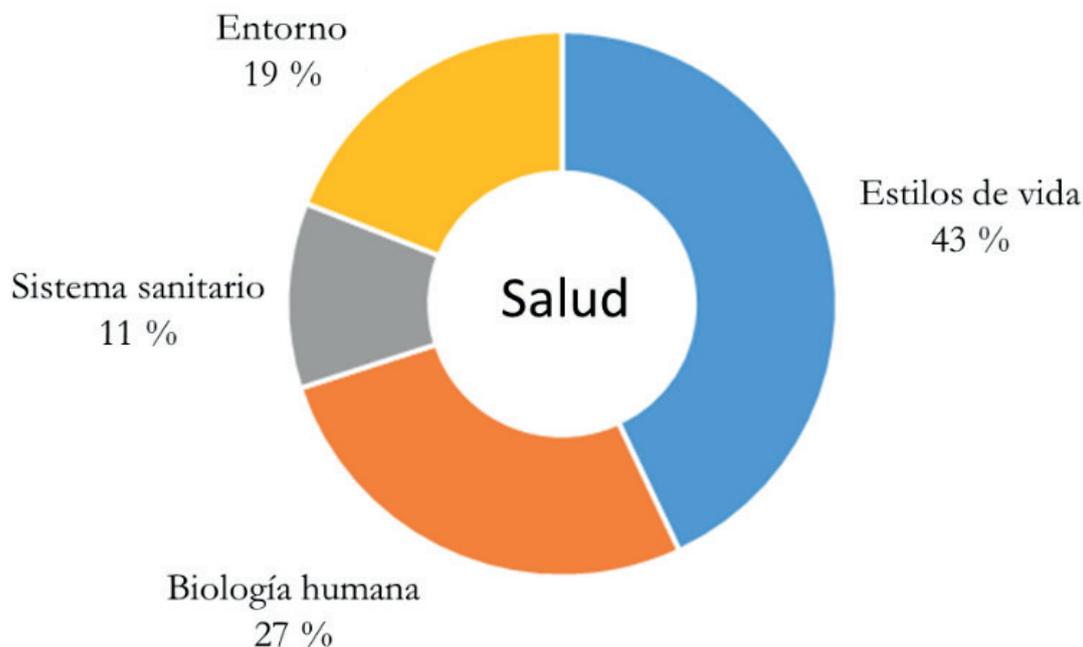


Figura 1. Contribución relativa de los determinantes de la salud según Lalonde (1974)

Otros modelos posteriores siguen destacando este papel de los comportamientos y estilos de vida. El modelo de Dahlgren y Whitehead²⁰ (ver figura 2) representa los determinantes de la salud en forma de niveles de influencia. En el centro del modelo se sitúan los factores biológicos (edad, sexo, factores físicos y genéticos...), más difícilmente modificables. Aparecen en un segundo nivel los estilos de vida, conformados por comportamientos relacionados con la salud (alimentación, consumo de drogas, higiene, sedentarismo...). En el tercer nivel se situarían, como importantes determinantes de la salud, las relaciones interpersonales, el sistema de apoyo social y comunitario. En el cuarto estrato encontraríamos los aspectos contextuales específicos, como las condiciones de trabajo, la vivienda, el abastecimiento de agua, la educación, el sistema productivo de alimentos y, particularmente, las características del sistema sanitario (que aparece destacado en el modelo de Lalonde). Finalmente, en último lugar, colocan las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales más generales.

20 Dahlgren, M y Whitehead, M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health. Oxfordshire. London: King's fund. Recuperado de <https://kingsfund.org.uk>.



Figura 2. El modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991)

Es interesante observar cómo los comportamientos de los individuos desempeñan un papel mediador entre los problemas de salud y los determinantes contextuales. La vulnerabilidad a la influencia de estos factores del entorno varía mucho entre unos individuos y otros, porque, diferencias biológicas aparte, no se ejerce de forma directa, sino en función de lo que los individuos hagan o dejen de hacer: el alcohol, el tabaco, las otras drogas, los alimentos de alto contenido calórico, el sofá delante del televisor, las fuentes de estrés, las presiones y la oportunidad de mantener relaciones sexuales sin protección... todo esto 'está ahí', pero beber, fumar, comer poca fruta o verdura, quedarse en casa viendo la televisión o mantener relaciones sexuales de riesgo son comportamientos que los individuos pueden adoptar o no.

Se comprende, por lo tanto, que influir en los comportamientos de los destinatarios de nuestros servicios es un objetivo de primer orden, ya sea en el ámbito de la asistencia sanitaria o en el ámbito de la promoción de la salud.

Así, por ejemplo, en un boletín epidemiológico publicado por la Comunidad de Madrid en 2008²¹, se muestra que un 72,6 % de los fumadores se encontraban en la llamada *fase de precontemplación*, es decir, que no se planteaban o no deseaban dejar de fumar. De poco sirve disponer de tratamientos eficaces para dejar de fumar (y hablamos de la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestro país) si casi tres cuartas partes de los fumadores no están dispuestos a utilizarlos. Tan relevante o más que ayudar a dejar de fumar a quienes lo desean es promover la decisión de hacerlo a quienes no se lo plantean o no lo desean. Y la herramienta para conseguirlo, en el entorno clínico, es la competencia para la comunicación del profesional.

21 Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico 7, 14. Julio 2008.

No obstante, este intento de influir en lo que el otro hace es también una de las situaciones más frustrantes a las que nos enfrentamos en nuestro trabajo. Forma parte de nuestra experiencia cotidiana chocar contra la realidad, terca, aparentemente incomprensible, de que nuestras indicaciones y consejos no producen, con frecuencia, los resultados esperados, de que nuestros consultantes parecen no hacernos mucho caso. Y ello a pesar de que lo hacemos desde una intención éticamente irreprochable, investidos de la autoridad que nos da el conocimiento y la responsabilidad que la sociedad delega en nosotros, e incluso contando en la mayoría de los casos (y esto es lo más paradójico) con el acuerdo del propio consultante que conoce los riesgos que asume si, por ejemplo, no deja de fumar, no practica más actividad física, no se administra correctamente la insulina o no utiliza el preservativo en sus relaciones sexuales. Informamos, advertimos, discutimos, juzgamos, oscilamos a veces entre el enfado y el paternalismo, atemorizamos incluso...

¿Por qué se produce esta situación? ¿Por qué, a pesar de todo lo dicho, nos cuesta tanto 'convencer' a nuestros consultantes y clientes, o a buena parte de ellos, y, de ese modo, influir sobre sus hábitos? ¿Por qué la información no funciona? ¿Acaso no gobernamos nuestro comportamiento en función de elegir aquello que es mejor para nosotros en cada momento?

En la búsqueda de ese porqué se recurre con frecuencia a respuestas fáciles que en realidad no responden a nada. Hay quien habla de determinados rasgos de personalidad (negativismo, obstinación, irracionalidad) o de supuestos trastornos y enfermedades, como cuando decimos que alguien no consigue dejar de fumar o recae siempre que lo intenta porque 'padece una dependencia, que es una enfermedad crónica y recidivante', cayendo así en una explicación circular que responde más bien a la frustración de no encontrar una explicación mejor. Calificamos de 'patológico' lo que no entendemos. En el fondo de estas pseudoexplicaciones está siempre la asunción cartesiana de que el conocimiento y la información son quienes determinan nuestro comportamiento. Dado que no es así, suponemos que algo falla.

Defenderemos en este texto la idea de que lo que falla no está en el consultante, sino en nuestra manera de conceptualizar su comportamiento y, vinculado con ella, en nuestro estilo de comunicación.

Frente a un modo de proceder que en este texto denominaremos *estilo tradicional*, *estilo confrontativo* o *estilo directivo*, caracterizado por la asunción de un rol de experto que cuestiona las resistencias y dificultades y prescribe al consultante lo que debe hacer, la entrevista motivacional es una estrategia que parte de un punto de vista diferente, al menos en dos aspectos relacionados entre sí:

- La resistencia del consultante al cambio de comportamiento no es una característica o un rasgo personal, sino que es *contextual*, depende del comportamiento del profesional y en buena parte es promovida por él.

- La resistencia del consultante, sus dudas, sus objeciones, sus temores o sus vacilaciones, así como la dificultad para el abandono de los viejos hábitos y la tendencia a volver a ellos pasado el tiempo, tienen *pleno sentido y racionalidad*, y en modo alguno son indicativos de obstinación o patología.

El abordaje de la ambivalencia o la resistencia de nuestros consultantes requiere, por lo tanto, cambios en varios aspectos:

- Cambios en las *habilidades de comunicación* que ponemos en juego.
- Cambios en la *teoría de la conducta*, es decir, en la manera tradicional de entender las reglas que gobiernan los comportamientos.
- Cambios en el *papel del profesional*, que no solo consiste en prescribir tratamientos o intervenciones a los consultantes dispuestos, sino también en motivar al consultante para el cambio cuando este no está en disposición de iniciarlo.

De eso trata esta guía.

2.2 Qué es (y qué no es) la entrevista motivacional.

A lo largo de los años transcurridos desde la aparición formal del concepto, principios y estrategias de la entrevista motivacional, en 1983, los propios Miller y Rollnick han ido depurando el concepto y han ofrecido varias definiciones de la misma. En la tercera edición de su manual, publicada en 2013²², los autores ofrecen hasta tres aproximaciones a la definición, de los cuales la definitiva y más técnica es:

La entrevista motivacional es un estilo de comunicación colaborativo y orientado a uno o varios objetivos y que presta especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para reforzar la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmosfera de aceptación y compasión.

Como toda buena definición, es breve pero sumamente enjundiosa, y conviene, por lo tanto, clarificar algunos de los conceptos que aparecen en ella, y algún otro que no aparece, y sus implicaciones, deslindando lo que es y pretende la entrevista motivacional de lo que no es y no pretende.

22 WR Miller y S Rollnick (2013). *Motivational Interviewing* (third edition). Guilford Press. Traducción española: *La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar* (3ª edición). Paidós, 2015.

2.2.1 La entrevista motivacional no pretende convencer

Tendemos a identificar el concepto de 'motivar' a alguien para que lleve a cabo un cambio con el concepto de 'convencer' para que lo haga, es decir, de plantearle una serie de argumentos frontales, contundentes y claros que demuestren la conveniencia o la necesidad de llevar a cabo ese cambio. En el ámbito de la salud, trataríamos de convencer para utilizar el preservativo, dejar de fumar, beber menos, someterse a restricciones dietéticas, moverse más, seguir un tratamiento... Visto así, se trataría de desarrollar un cierto maquiavelismo de habilidades y trucos que salve las reticencias del consultante y le haga 'entrar en razón'. Esta es frecuentemente la expectativa con la que las personas se acercan a la entrevista motivacional.

Pero sabemos, por experiencia propia y ajena, que esta estrategia no suele ser eficaz. Como decía el filósofo francés Pascal, generalmente nos convencemos más por los argumentos que descubrimos nosotros mismos que por los que nos ofrece (o nos impone) otra persona. También la definición que hemos mostrado de Miller y Rollnick habla de explorar *los motivos que tiene la propia persona para cambiar*.

Así pues, la entrevista motivacional no pretende 'convencer'. El objetivo de la entrevista motivacional es *hacer más probable que el consultante adopte una decisión* y se comprometa con ella, utilizando como estrategia la creación de un contexto interpersonal de validación y respeto a la libertad de elección del consultante que permita la identificación y examen de las ambivalencias con relación al cambio que se plantea.

2.2.2 La entrevista motivacional no es un conjunto de técnicas

Para conseguir el objetivo que pretende, la entrevista motivacional implica un conjunto de procedimientos característicos y diferenciados frente a otros acercamientos, pero no se reduce a ellos.

Los procedimientos que se utilizan en la entrevista motivacional cobran sentido en la medida en que no se utilizan de forma descontextualizada, sino que forman parte de un todo que incluye una manera de entender y explicar los comportamientos, especialmente aquellos aparentemente irracionales y contrarios a la salud, una manera de entender los procesos de cambio de comportamiento, un estilo de intervención determinado y presente a lo largo de todo el proceso de la intervención o tratamiento, y una manera de entender el papel del profesional en la promoción de la motivación para el cambio.

De no funcionar dentro de este planteamiento conceptual, el uso de las técnicas de entrevista motivacional, y particularmente de la estrategia de validación, sería poco consecuente, algo ortopédico y poco eficaz.

2.2.3 La práctica coherente de la entrevista motivacional implica un cambio de perspectiva teórica

La práctica de la entrevista motivacional está dirigida por una manera de entender los comportamientos de nuestros consultantes según la cual estos nunca son absurdos, obstinados, irracionales o patológicos, sino que tienen pleno sentido porque surgen y se mantienen como resultado de la *interacción biográfica entre el organismo y el entorno*, en función de la cual las conductas adquieren un valor instrumental que hace que compense su mantenimiento a pesar de las consecuencias poco saludables que puedan provocar y del conocimiento de esas consecuencias por parte del propio consultante.

Es importante insistir, por lo tanto, en que el uso de la estrategia de la validación, al que nos referiremos, no es un conjunto de trucos: comunicamos consideración a las opiniones, las decisiones o los temores del consultante no solo porque este sea un procedimiento eficaz, sino, sobre todo, porque realmente asumimos que son legítimos y merecedores de esta consideración. Esta visión choca con la más extendida, que los considera irracionales o incluso patológicos.

2.2.4 La entrevista motivacional implica una manera de entender los procesos de cambio de comportamiento

Según el modelo que sustenta la práctica de la entrevista motivacional, los procesos de cambio de comportamiento se inician y se mantienen en el tiempo en la medida en que son el resultado de decisiones que adopta uno mismo, a partir de los valores y metas personales propios, y no de decisiones que otra persona, por muy experta que sea, toma por uno.

La implicación estratégica de este principio es obvia: en la entrevista motivacional organizaremos la comunicación de modo que favorezca *que el entrevistado tome sus propias decisiones*, lo cual requerirá, como veremos, una indagación en los motivos personales para el cambio, así como en las ambivalencias, temores u obstáculos.

2.2.5 La entrevista motivacional implica un estilo de intervención y de relación con el cliente

Este estilo se caracteriza por la aceptación y *validación* de la perspectiva del cliente, la cual puede incluir una disposición contraria al cambio, ideas o expectativas erróneas, ambivalencias, dudas, pegas, temores y retrocesos. Ni que decir tiene que validar no significa dar la razón (el riesgo que implica fumar o mantener relaciones sexuales sin protección no es cuestionable) sino considerar y transmitir la legitimidad y el sentido de lo que el cliente hace y nos comunica, porque es el resultado de su experiencia biográfica y porque cumple funciones que son importantes para él o ella.

2.2.6 La entrevista motivacional implica una manera de entender el papel del profesional en la motivación hacia el cambio de hábitos y conductas

Como es obvio, en la entrevista motivacional se asume que una *responsabilidad del profesional* consiste en ayudar al cliente a adoptar decisiones de cambio. La posición contraria, que no es infrecuente, es la que defiende que la motivación es cuestión exclusiva del consultante, y que la tarea del profesional consiste únicamente en ayudar al cambio una vez que el consultante está motivado para ello.

Este planteamiento parece ignorar el enorme potencial de influencia que puede poner en juego el profesional de la salud de cara a la motivación para el cambio, y no considera que, a menudo, es precisamente la decisión de cambio el elemento clave sobre el que se ha de intervenir. Aunque la planificación y la puesta en marcha del propio cambio es un objetivo diferente, en el que se pueden utilizar distintos procedimientos o terapias que van más allá de la entrevista motivacional, con mucha frecuencia ocurre que esta, por sí sola, pone en marcha los recursos y los procesos del cambio, hace que el propio cliente 'eche a andar' sin necesidad apenas de otra intervención, dando la impresión de que la mayor dificultad que existía para el cambio no consistía en no saber cómo llevarlo a cabo, sino en la falta de una decisión y un compromiso firmes y de calidad.

2.2.7 La entrevista motivacional implica abandonar el rol de experto que dice al consultante lo que tiene que hacer

Este es uno de los aspectos en los que la entrevista motivacional se opone más claramente al enfoque tradicional. Todos hemos sido formados como expertos en algún ámbito de la salud para asumir el rol, también la responsabilidad, de prescribir a nuestros consultantes aquello que 'deben' hacer. La misma palabra 'paciente' da a entender que lo que se espera de nuestros consultantes es que 'reciban' nuestros mensajes de salud y nuestras indicaciones y las sigan sin resistencias, de modo pasivo, incluso dócil, una vez que hemos recabado los datos necesarios y hemos llegado a unas conclusiones.

Esta es la manera de funcionar que hemos aprendido, la que observamos en los demás, la que asumimos que se espera de nosotros, y la que sabemos poner en práctica. Cambiarla, contener el impulso de decir al consultante lo que ha de hacer, sobre todo cuando parece obvio y sencillo no es nada fácil y requiere, también, práctica.

El conocimiento experto y acreditado y la responsabilidad que asume el profesional de la salud no es incompatible, más bien al contrario, con el *respeto a la autonomía* del consultante. No significa indiferencia o neutralidad con relación a si el consultante va a seguir incurriendo o no en prácticas de riesgo, sean las que sean. En algunos casos puede no ser así, pero habitualmente tenemos clara cuál es la dirección de cambio hacia que la queremos que se oriente el consultante: queremos que reduzca el consumo de alcohol, queremos que practique más actividad física, queremos que se administre correctamente la medicación... pero,

precisamente porque es así, respetamos el hecho de que es él o ella quien decide, entre otras cosas porque, como veremos, justamente el respeto, la aceptación y el apoyo suelen dar lugar, de un modo que puede parecer paradójico, a decisiones de cambio en el sentido que deseamos.

2.2.8 La entrevista motivacional no se basa en el modelo transteórico de las fases de cambio de Prochaska y DiClemente.

Pocos modelos psicológicos han disfrutado de una difusión tan rápida y una popularidad tan amplia como el *Modelo Transteórico del Cambio* propuesto por los psicólogos James Prochaska y Carlo DiClemente. Su presentación en sociedad tuvo lugar en los años 80 del siglo pasado²³, al mismo tiempo que el nacimiento y presentación de la *Entrevista Motivacional* por sus progenitores, William Miller y Stephen Rollnick. Podemos encontrar descripciones del mismo en cientos de publicaciones y podemos aventurar con cierta certeza que muy pocos profesionales del ámbito de las conductas adictivas incurren en la osadía de desconocerlo.

Acaso parte del éxito de este modelo se deba a que cumple la función de cubrir, de algún modo, la necesidad de contar con referencias conceptuales que den cobertura y justifiquen determinados objetivos, entonces novedosos, y determinadas actuaciones relacionadas con el cambio de comportamientos, sobre todo aquellas dirigidas a los individuos que, según palabras del propio modelo, se encuentran en la fase de *precontemplación*, es decir, que no presentan ninguna disposición a abandonar el consumo de drogas o la conducta de riesgo de la que estamos tratando.

Ante todo, hay que insistir en que estas ideas constituyen un avance considerable. Llamar la atención sobre el hecho de que los tratamientos más eficaces no sirven de nada si los beneficiarios potenciales no están dispuestos a utilizarlos, promover la disposición al cambio de hábitos como un objetivo cuando se trabaja con consultantes que no cuentan con esta disposición, y asumir que tal objetivo requiere procedimientos basados en la comunicación entre profesional y consultante es algo que va más allá de lo que muchos consideraban hasta hace poco su responsabilidad profesional.

Lo cierto es que son muy frecuentes las referencias a la idea de que la estrategia de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick está basada en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente. Hasta el punto de que los propios Miller y Rollnick se han ocupado en rebatir en más de una ocasión esta supuesta relación^{24, 25}.

La confusión se debe, además de a esa necesidad de contar con referentes teóricos, y tal

23 Prochaska, JO y DiClemente, CC. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276-288.

24 Miller, WR y Rollnick, S. (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009, 37, 129-140

25 Miller, WR y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar* (3ª ed.). Paidós.

vez a su contemporaneidad, al hecho de que la relación entre ambas teorías es obvia. El modelo de las fases de cambio llamaba la atención precisamente sobre el hecho de que hay sujetos con los que nos planteamos un objetivo de cambio de comportamiento (abandono de adicciones u otras) para el que no están dispuestos, y que requieren, por lo tanto, una intervención dirigida todavía no al cambio sino a la elaboración de la decisión acerca del cambio, y que parte del trabajo del profesional consiste precisamente en esa tarea. Al mismo tiempo, la entrevista motivacional, que llama también la atención sobre ese mismo problema, ofrece una estrategia para conseguir precisamente ese objetivo.

Pero esta coincidencia y apoyo mutuos no significa que exista una relación explicativa. Como señalan Miller y Rollnick:

La teoría subyacente implícita de la entrevista motivacional solo ahora se está explicando, y no pretende ser una teoría integral del cambio. No es esencial ni importante utilizar las etapas del modelo transteórico cuando se aplica la entrevista motivacional. No es necesario asignar a las personas a una fase del proceso de cambio como parte de la intervención en entrevista motivacional.

En nuestra opinión, la supuesta fundamentación de la entrevista motivacional en el modelo de las fases del cambio no tiene demasiado sentido.

El modelo de las fases de cambio es, esencialmente, un modelo descriptivo, no explicativo. Describe las supuestas etapas, y una serie de procesos de cambio, mucho menos sustanciales en el modelo (*aumento de la conciencia, autoreevaluación, reevaluación ambiental, liberación social, contracondicionamiento* y otros). Pero describir un fenómeno no es explicarlo, si entendemos por *explicar* el establecimiento de relaciones causales o de asociaciones de probabilidad entre el fenómeno explicado y determinadas variables ajenas a dicho fenómeno. No sin intención el modelo subraya en su propio nombre su carácter *transteórico*, esto es, independiente de una teoría determinada y, por ello, compatible con más de una. *Explicar* supondría asumir un referente teórico determinado, la explicación nunca podría ser transteórica; la descripción sí, porque se queda al nivel de los hechos. El modelo es transteórico porque es meramente descriptivo. Pero para poder fundamentar una intervención sobre un fenómeno cualquiera debemos contar con un modelo explicativo, que nos guíe y oriente, y no meramente descriptivo. Lo que requiere la entrevista motivacional es un modelo explicativo del cambio.

Por otra parte, en las descripciones acerca de cómo se produce la transición entre una etapa y otra, la idea implícita es que se trata de un proceso esencialmente *interno*, que sigue una dinámica relativamente estable y previsible y sensible sólo parcialmente a los cambios de contingencias con el entorno. Sin embargo, la entrevista motivacional asume justo lo contrario: *la disposición al cambio se construye en la transacción con el contexto*. Esta idea es obvia: el profesional de la salud es parte muy significativa del contexto, su comportamiento es la parte del contexto que más fácilmente podemos controlar, y la entrevista motivacional

se basa en el supuesto de que el profesional (contexto) tiene la capacidad de influir sobre las decisiones del cambio del consultante. No tendría sentido emplear los procedimientos de la entrevista motivacional si, al mismo tiempo, consideráramos que poco podemos hacer por promover cambios en el comportamiento de los consultantes porque estos se encuentran en una determinada fase y la transición a la fase siguiente requiere unos tiempos determinados y unos procesos internos que, como mucho, podemos estimular o hacer avanzar. Esta es, en nuestra opinión, la diferencia fundamental entre ambos modelos.

Además, buena parte de la investigación sobre los procesos del cambio no avala las predicciones del modelo de Prochaska y DiClemente. La hipótesis de que la probabilidad de cambio efectivo está asociada con el estado de disposición previa, es decir, que es necesario haber llegado a la fase de preparación o de contemplación para que el cambio tenga lugar, ha sido refutada en distintos estudios^{26, 27, 28, 29, 30}. La experiencia diaria más bien apunta a que es perfectamente posible el paso rápido, incluso en cuestión de minutos, de la supuesta *precontemplación* a la *preparación* e incluso a la *acción*, sin obtenerse por ello peores resultados. Esta transición y este tiempo para el paso a la acción no parecen depender de una supuesta fase en la que el consultante se encuentra, sino más bien de la habilidad y la destreza del profesional para favorecer la disposición al cambio.

Es cierto que el modelo de las fases y los procesos del cambio ha sido matizado desde sus primeras formulaciones hasta hoy. No obstante, a menudo sigue funcionando como un corsé que autoimpone unas limitaciones de la actuación motivacional, como veremos, en un ejemplo, en el siguiente epígrafe.

2.2.9 La entrevista motivacional está orientada a la acción.

Con independencia de cuál sea la disposición previa del consultante al cambio, el objetivo de la entrevista motivacional se dirige a favorecer decisiones en relación con el cambio de conducta. No persigue meramente la *reflexión*, ni la *toma de conciencia*, ni el *cambio de actitud*, ni *avanzar en el proceso...* si no es en relación con el *cambio efectivo de comportamiento* en un plazo de tiempo previsible y no demorado de forma indefinida, como parece plantearse a veces en actuaciones inspiradas en el modelo de las fases de cambio al que nos referíamos en el apartado anterior. Más de una vez hemos escuchado a algún profesional decir, más o menos, que *como el consultante está en fase de precontemplación, he tratado de motivarle para que avance hacia la fase de contemplación y le he dicho que*

26 West, R., Sohal, T. Catastrophic pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ*. 2006; 332: 458-60

27 Blanchard, K. A., Morgenstern, J., Morgan, T. J., Labouvie, E., Bux, D. A. Motivational subtypes and continuous measures of readiness for change: concurrent and predictive validity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2003, vol. 17, 1.

28 Carlson, L. E., Taerzer, P., Koopmans, J., Casebeer, A. Predictive value of aspects of the Transtheoretical Model on smoking cessation in a community-based, large-group cognitive behavioral program. *Addictive Behaviors* 2003, 28.

29 Callaghan, R. C., Herzog, T. A., The relation between processes of change and stage-transition in smoking behavior: A two-year longitudinal test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 2005.

30 Moreno, JJ. (2006). El programa para dejar de fumar 'on line' del Ayuntamiento de Madrid. Un estudio exploratorio. *Adicciones*, 18, 4.

vuelva cuando esté preparado. Existe un riesgo de que la actuación se quede en palabras y poco más.

Ciertamente, no conviene precipitarse, pero no hay que olvidar que estamos sanos o enfermos por lo que hacemos o no hacemos, y no por lo que sabemos o no sabemos, o por la actitud que mantenemos.

Piénsese, además, en las frecuentes situaciones clínicas en las que el cambio es perentorio, como la del joven remitido a nuestra consulta que todos los fines de semana conduce 50 kilómetros hasta Madrid desde su pueblo por las carreteras de la sierra, abusa del alcohol con sus amigos e inmediatamente coge su coche para volver a casa; o la de la adolescente a la que atendemos por tercera vez en dos meses porque mantiene con regularidad relaciones sexuales sin protección. En estos casos no cabe demorar indefinidamente el cambio.

Otra razón estratégica para esta orientación es que *la acción construye la motivación*. Tendemos a pensar que la motivación es un estado que antecede a la acción, de modo que primero habría que motivarse, y luego actuar. Olvidamos que el principal motor de la disposición para practicar un determinado comportamiento es precisamente la experiencia de la relación entre la acción y sus resultados, en la medida en que a través de la acción comprobamos sus efectos valiosos y comprobamos también nuestra capacidad para llevarla a cabo, lo que incrementa la autoeficacia y por lo tanto la disposición a seguir actuando. Como veremos, la invitación a actuar, a hacer la prueba, a llevar a cabo pequeños experimentos, es una importante estrategia en la entrevista motivacional.

2.2.10 La entrevista motivacional es compatible con otras actuaciones dirigidas al cambio de comportamiento, pero no con todas en la misma medida.

La entrevista motivacional no es, en sí misma, una forma de terapia para el cambio de comportamiento. Una vez adoptada la decisión de iniciar un proceso de cambio, y sin abandonar el estilo de la entrevista motivacional, echaremos mano de los principios y estrategias propias de distintos enfoques terapéuticos, psicológicos o farmacológicos. Esto no excluye, como hemos visto, la posibilidad de que, a menudo, la entrevista motivacional pueda poner en marcha por sí sola el proceso de cambio.

No obstante, en el ámbito del tratamiento de los problemas de comportamiento (la llamada *salud mental*), los principios teóricos y las estrategias de la entrevista motivacional (de los que trataremos más adelante) 'casan' perfectamente con los *enfoques contextuales*, como las terapias conductuales de tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, activación conductual...), son compatibles sin dificultad con las *terapias cognitivo-conductuales* (en cuyo contexto se utiliza de modo abrumadoramente mayoritario), pero tienen serios problemas de compatibilidad con el enfoque psicopatológico. No es fácil entender cómo es posible aceptar y validar el comportamiento y las resistencias del consultante mientras estamos 'utilizando' la entrevista motivacional, para, un poco después, adoptar un enfoque confrontativo e invalidante, que renuncia a entender el sentido y la racionalidad de ese mis-

mo comportamiento y esas resistencias porque asume que son el resultado de algún tipo de patología de la que el consultante es víctima. Salvo, claro está, que 'utilicemos' la aceptación y la validación de un modo estratégico y postizo.

2.2.11 El estilo, la estrategia y los supuestos teóricos de la entrevista motivacional están presentes a lo largo de todo el proceso de intervención y de seguimiento, y no solo al principio.

Sería una ingenuidad pensar que la decisión de cambio, una vez adoptada, va a permanecer a lo largo de un proceso que puede ser largo, que implica renuncias a los importantes efectos reforzantes que proporcionaban los viejos hábitos, que encuentra obstáculos y que sufre altibajos y pasos atrás que afectan notablemente a la confianza en conseguir los objetivos finales. Pensemos en un programa orientado a la reducción del peso: nuestro consultante comienza en un taller sobre cambio de hábitos de alimentación y actividad física, asiste a las primeras sesiones, mantiene expectativas realistas, lleva a cabo razonablemente las tareas para casa que se le piden, pierde peso durante las primeras semanas, pero llega a un punto, cerca del final del programa o una vez acabado este, en que, por distintos motivos comienzan a reaparecer viejos hábitos y aparece una lenta recuperación del peso que hace tambalear la incipiente confianza en conseguir los resultados esperados. Y en el ámbito de las conductas adictivas suele ocurrir algo parecido: lo esperable es que aparezcan vacilaciones, temores, incumplimientos de compromisos, contactos más o menos aislados con la droga...Esta situación es más la norma que la excepción.

Sigue siendo necesario, por tanto, trabajar sobre la disposición al cambio, con los principios y las estrategias de la entrevista motivacional, ahora ya no para ponerlo en marcha, sino para continuarlo o reanudarlo si se ha detenido porque han aparecido dificultades y retrocesos. La entrevista motivacional es un *estilo de intervención que impregna todo el proceso*. Una vez más insistimos en la importancia decisiva de que la relación entre profesional y consultante se caracterice por la confianza, la validación y la colaboración. Cuando no es así, el consultante tenderá a ocultar las vacilaciones o las vueltas a los viejos hábitos. Esta es una situación muy conocida cuando, por ejemplo, un exfumador ha mantenido contactos puntuales con el tabaco después de un tiempo de abstinencia, o cuando una joven ha mantenido nuevamente relaciones sexuales sin protección y está preocupada ante un posible embarazo: ante la perspectiva de recibir una recriminación, tiende a ocultar esa situación y, llegado el caso, a abandonar el tratamiento. Más adelante nos referiremos a la aplicación de la entrevista motivacional en las situaciones de recaída en los viejos hábitos o de incumplimiento de propósitos.

3 MODELO TEÓRICO: el sentido de las resistencias al cambio

Más allá del respeto y la consideración que sin duda merece la perspectiva del consultante, incluso aunque sea opuesta a la del profesional, o aunque contenga ideas objetivamente equivocadas, y más allá de que la estrategia más efectiva consista precisamente en aceptar y legitimar esa perspectiva, es importante entender que las resistencias, las dudas, las ambivalencias, los temores o las vueltas a los viejos hábitos tienen un porqué, son racionales, no son fruto de la obstinación o de una supuesta psicopatología.

Los principios y procedimientos de la entrevista motivacional, no puede consistir meramente en un conjunto de técnicas o 'trucos' que se utilizan porque funcionan, sino en el resultado de una visión diferente, según la cual las resistencias o la ambivalencia son racionales y plenas de sentido. No es posible validar la perspectiva del otro si al mismo tiempo consideramos su comportamiento como irracional, patológico o fruto de algún tipo de desajuste cerebral. Necesitamos, pues, un modelo que nos permita entender por qué cuesta abandonar los hábitos poco saludables a pesar de ser plenamente conocedores, o incluso víctimas, de los graves riesgos que conllevan.

Creemos que la mejor guía práctica en esta difícil tarea de promover decisiones de cambio en la persona que tenemos delante en nuestra consulta, como en cualquier otra labor que suponga cierta complejidad, no es un protocolo de procedimientos sino, justamente, contar con una hipótesis explicativa, con un modelo teórico sobre aquello con lo que trabajamos. En dos revisiones sobre la efectividad de la entrevista motivacional, publicadas por Hettema y colaboradores en 2008³¹ y por Lundahl y colaboradores en 2010³², encontraron que la entrevista motivacional guiada por un protocolo de pasos produce peores resultados que cuando está guiada por una comprensión de su fundamento.

31 Hettema, J.; Steele, J.; Miller, W. R. (2008). Entrevista Motivacional. Revista Española de Toxicomanías, 52.

32 Lundahl, B.W.; Kunz, C.; Brownell, C.; Tollefson, D.; Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of Motivational Interviewing: twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice 20.

3.1 El estilo tradicional: entre el libre albedrío y la psicopatología

La práctica habitual de la prestación de servicios de salud sigue impregnada de una visión cartesiana, según la cual la decisión entre distintas opciones (fumar o no hacerlo, utilizar un preservativo o no hacerlo, practicar actividad física o no hacerlo...) sería el resultado de elecciones libres que adoptan los individuos, de modo que un comportamiento sería 'racional' cuando su puesta en práctica ofrece más ventajas objetivas que el resto de las opciones posibles. La estrategia a seguir para promover comportamientos saludables consistiría, por lo tanto, en la información sobre los riesgos y las ventajas de las distintas opciones. Y esto es lo que se ha ido haciendo, y lo que se sigue practicando.

Por lo tanto, según este punto de vista tradicional, la ambivalencia o la franca resistencia del consultante a adoptar cambios en sus comportamientos relacionados con la salud se caracteriza básicamente por su irracionalidad. No se considera racional la resistencia a dejar de fumar, o a utilizar el preservativo en las relaciones sexuales, cuando las alternativas son simples y el sujeto conoce los riesgos a los que se expone.

Dentro de esta visión, la supuesta irracionalidad puede estar asociada a distintos motivos con distintos grados de complejidad, o a una mezcla de varios de ellos:

- Déficits de información.
- Características de 'personalidad' o rasgos más o menos estables, formulados de distintas maneras.
- Ideas irracionales.
- Algún tipo de patología o trastorno, cuya existencia se deduce del propio comportamiento del individuo del que pretende dar razón, incurriendo así en una explicación circular que nada explica.

3.2 La impermeabilización a la influencia del profesional

El resultado de esta visión es una *deslegitimación* de las resistencias, las dudas, las ambivalencias, las objeciones o la inconsistencia del comportamiento del cliente, asociada a la *imposición de lo que este 'debe hacer'* (beber menos, dejar la cocaína, alimentarse mejor, someterse a una intervención quirúrgica...). El profesional asume que, en la relación con el consultante, él es el experto que conoce todo lo que ha de saberse del problema por el que el consultante acude a consulta, y también lo que ha de hacerse.

El problema es que, lejos de favorecer la receptividad a las propuestas de cambio y el compromiso con éste, esta forma de funcionar suele provocar una falta de confianza y una progresiva *impermeabilización* del consultante a los intentos de influencia del profesional, a veces visible en una cadena de situaciones que suelen producirse:



Figura 3. Decir al consultante lo que tiene que hacer provoca impermeabilización

- De entrada, podemos encontrarnos con un cuestionamiento e incluso un rechazo explícito por parte del consultante a lo que el profesional le dice sobre los riesgos de continuar con los viejos hábitos, y sobre lo que 'debe hacer' (*qué sabrá usted... no me entiende... usted no se pone en mi lugar... yo no quiero... sí, sí, es muy fácil decir que cambie...*).
- Más frecuentemente, se produce una conformidad aparente (*sí, sí, lo que usted diga, desde hoy mismo hago lo que usted me dice*) que no va acompañada de verdadero compromiso con los cambios.
- El rechazo o la conformidad aparente van asociados a inconsistencia (si no fracaso total) en el seguimiento de los cambios que plantea el profesional, que este atribuye siempre a características personales del usuario, habitualmente la 'falta de motivación' o incluso algún rasgo psicopatológico.

- El resultado de este incumplimiento es la sensación de fracaso y desaliento, y la insistencia, en consultas sucesivas, sobre la necesidad de los cambios planteados, cada vez con mayor énfasis, pudiendo llegar incluso a discutir.
- Finalmente, puede producirse el abandono del tratamiento por parte del usuario, ante la falta de comprensión y la desagradable perspectiva de nuevas recriminaciones por parte del profesional.

3.3 Una visión alternativa: los comportamientos nacen y se mantienen en la transacción biográfica con los contextos

Frente a la visión tradicional, que se mueve entre la libre determinación y la psicopatología para ‘explicar’ los comportamientos de nuestros consultantes, y que acabamos de esbozar, vamos a defender un planteamiento distinto, radicalmente contextual, o *biográfico-contextual*, que nos llevará justamente a lo contrario: entender la racionalidad y el sentido de los comportamientos de resistencia y de los viejos hábitos. Asumir esta visión es necesario para practicar de modo coherente la entrevista motivacional, porque sustenta y da sentido a sus procedimientos. Aquí nos limitaremos a sus aspectos esenciales. Un desarrollo extenso de la misma puede encontrarse en libros como *Manual de consejo psicológico*³³, *Los problemas psicológicos no son enfermedades*³⁴ o *Educación para la salud*³⁵, entre otros, de los psicólogos Ernesto López y Miguel Costa.

Esencialmente, esta visión plantea que ningún comportamiento es entendible fuera de su relación con el *contexto* en el que se produce y con la particular historia de transacciones con el contexto (*biografía*) de quien lo produce. La *racionalidad del comportamiento y de las resistencias* al cambio es el resultado de su carácter biográfico y contextual.

Cualquier comportamiento, aun el aparentemente más simple, tiene componentes perceptivos, cognitivos, emocionales y, por supuesto, ejecutivos, y todos ellos con relaciones de implicación mutua. Lejos de ser una mera cuestión de elección libre (según una visión) o de alguna alteración cerebral (según otra visión), los comportamientos nacen y se mantienen o se extinguen como resultado de las contingencias que, a lo largo de su biografía, el individuo ha ido estableciendo con los distintos *contextos y situaciones* en los que se ha desarrollado su vida. Al mismo tiempo, en el constante fluir de la transacción histórica con los contextos construimos un *repertorio biográfico*, único e irrepetible, constituido por la infinidad de condicionamientos y repertorios de aprendizajes que modulan al tiempo la sucesiva interacción con el contexto.

Somos todos, pues, tanto nosotros como los usuarios de nuestros servicios, biografías en

33 López, E y Costa, M. (2012). Manual de consejo psicológico. Una visión despatologizada de la psicología clínica. Síntesis.

34 López, E y Costa, M. (2014). Los problemas psicológicos no son enfermedades. Una crítica radical de la psicopatología. Pirámide.

35 Costa, E y López, E (2008). Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables (2ª ed). Pirámide.

contexto, seres únicos cargados de historia y habitantes de circunstancias también únicas. Tanto el flujo de nuestras experiencias biográficas como la continua sucesión de contextos con los que interactuamos no son simplemente cosas que nos ocurren o escenarios en los que habitamos, sino elementos constitutivos de lo que somos y lo que hacemos (*yo soy yo y mi circunstancia*, escribió Ortega), de tal modo que no es posible entender el comportamiento sin hacer referencia a los aspectos biográficos y contextuales de quien lo practica. La supuesta irracionalidad o incluso psicopatología que atribuimos, por ejemplo, a las conductas adictivas, no son sino el resultado de prescindir de la consideración biográfico-contextual.

Abrimos así, pues, la puerta a lo que será la estrategia básica de la entrevista motivacional: la *aceptación o validación* de la perspectiva del cliente, incluyendo sus resistencias al cambio, con el fin de promover *decisiones de cambio* de comportamiento tomadas por el propio cliente a partir de *sus propios valores*.

3.4 Los hábitos no saludables y las resistencias al cambio son racionales

Así pues, los viejos hábitos de nuestros consultantes, sus temores, sus ambivalencias o sus resistencias son racionales y legítimos. Veamos algo más sobre los mecanismos a través de los cuales opera la transacción biográfica con el contexto para generar y mantener los comportamientos.

3.4.1 Los comportamientos de los individuos, incluso los no saludables, aparecen y se mantienen porque en el contexto existen modelos que los ponen en práctica (aprendizaje vicario, o por observación, o modelado).



Figura 4. Niños fumando

La mayor parte de nuestros comportamientos, y especialmente los más complejos, son aprendidos observando a modelos que los ponen en práctica y que obtienen por ello algún tipo de beneficio, premio o refuerzo. A este proceso se le conoce como *aprendizaje vicario*, *aprendizaje por observación* o *aprendizaje por modelado*. Entre esos comportamientos, ciertamente, están fumar, consumir drogas, mantener relaciones sexuales o consumir 'comida basura'. Los modelos pueden

ser personas del entorno cercano, como familiares, amigos, o, muy frecuentemente en un mundo hiperconectado, individuos que observamos a través de la publicidad o los medios de comunicación. Existen distintas variables que condicionan la probabilidad de imitar el comportamiento de los modelos, que tienen que ver con la propia conducta modelada (imitaremos con mayor probabilidad las conductas que son sencillas de poner en práctica y que tienen menos costes), con el propio modelo (imitaremos con mayor probabilidad a los modelos que son parecidos a nosotros o a los que nos gustaría parecernos porque son deseables por algún motivo), con las consecuencias que el modelo obtiene por practicar el comportamiento en cuestión (será más probable que imitemos comportamientos por los cuales el modelo es reforzado) o con las consecuencias que obtiene el propio observador por poner en práctica el comportamiento (será más probable imitar un comportamiento cuando la imitación vaya seguida de algún tipo de recompensa, es decir, cuando ‘funcione’ o sea adaptativa). El uso del modelado es una estrategia central en la publicidad, que pretende inducir a comportamientos de consumo de determinados productos.

3.4.2 Los comportamientos no saludables se mantienen, se resisten a ser abandonados y tienden a reaparecer porque producen consecuencias inmediatas y seguras con importante valor instrumental o adaptativo que compensan los riesgos, que suelen ser demorados y no seguros.

Siempre que un comportamiento de riesgo o poco saludable se repite es porque existe algún tipo de consecuencia que lo mantiene. A esta ley explicativa de las conductas se la conoce como *paradigma instrumental u operante*. Por ejemplo, para un adicto, fumar tabaco puede producir placer, puede servir para escapar o evitar el síndrome de abstinencia de la nicotina, puede facilitar la concentración y la ejecución de determinadas tareas, puede favorecer las relaciones sociales en determinados contextos, o puede prevenir el aumento de peso. Para una adolescente, mantener relaciones sexuales sin protección produce un placer tal vez más intenso por no verse interrumpido por la necesidad de obtener un preservativo, al mismo tiempo que puede servir para complacer a la pareja, de quien está enamorada y a quien no le gusta el uso del condón. Subir dos pisos en ascensor y tumbarse en el sofá varias horas delante de la televisión comiendo palomitas y bebiendo cerveza nos evita la sensación de cansancio que acompaña al subir a pie o pasar varias horas en un gimnasio. En muchos casos se trata de consecuencias con un importante valor adaptativo.

Obviamente, los comportamientos de riesgo producen, por definición, consecuencias indeseables e incluso graves, y el individuo, muy a menudo, es conocedor de estas consecuencias. A pesar de ello, cambiar los hábitos es complicado porque son las consecuencias inmediatas y seguras, y no las lejanas y no seguras, las que condicionan nuestro comportamiento.

Un caso particularmente relevante es el valor reforzante de la aprobación grupal y de la percepción de pertenencia al grupo que se obtiene durante la adolescencia por la práctica de determinados comportamientos. Sabemos que este es un factor determinante en

el inicio del consumo de tabaco y otras drogas, así como de la práctica de determinados comportamientos de riesgo. El grupo de amigos es un escenario que tiene un papel clave en el desarrollo del adolescente, y pertenecer y ser aceptado por el grupo es un poderoso reforzador para que los individuos pongan en práctica aquellos comportamientos que son valorados por el grupo.

3.4.3 Los comportamientos poco saludables o de riesgo se mantienen por su fuerte asociación con estímulos o ‘disparadores’ del contexto.

La percepción subjetiva de deseos de fumarse un porro, de beber o de consumir determinados alimentos está fuertemente asociada a determinadas situaciones, hasta el punto de que la exposición a estas situaciones ‘dispara’ la probabilidad de que aparezcan esos comportamientos. Este es el conocido *paradigma clásico o pavloviano*. Nuestros consultantes nos refieren, por ejemplo, que no tienen dificultad para permanecer sin fumar cuando están en el trabajo, o en el cine, o a determinadas horas del día, mientras que experimentan deseos intensos y difíciles de controlar cuando salen de ese mismo trabajo o cine, o cuando beben una cerveza acompañados de amigos que están fumando, o cuando sienten ansiedad, o cuando desean concentrarse para realizar una determinada tarea... Se trata de situaciones donde se ha fumado miles de veces en el pasado, y en las que, además, se han experimentado importantes consecuencias gratificantes, como señalábamos en el punto anterior. Cuando trabajamos en la deshabituación de las adicciones, este poder condicionante de los estímulos del entorno sobre el deseo y el consumo de drogas suele exigir, en muchos casos, un importante y costoso cambio de estilo de vida, con renuncia a amistades, actividades y seguridades. Algunos consultantes refieren que dejar el tabaco, el cannabis, el alcohol u otras drogas les supone prácticamente aprender a vivir de otro modo. No es exagerado. Rediseñar el contexto suele ser una estrategia central para modificar los hábitos. Las ambivalencias, las objeciones y los temores parecen, desde esta perspectiva, plenos de sentido.

3.4.4 Los comportamientos poco saludables o de riesgo se mantienen porque en el contexto existen facilitadores para su práctica, y no para la práctica de comportamientos alternativos.

El contexto hace más o menos probables los comportamientos, o hace más o menos fácil su modificación, dependiendo de si proporciona las *condiciones materiales, económicas o legales* para su práctica. Si deseamos entender por qué no es fácil promover la actividad física, el abandono del tabaco, la reducción del consumo de alcohol, la alimentación saludable, la práctica de actividad física o el uso del preservativo, deberíamos preguntarnos por la cuestión de los facilitadores y de los obstáculos del entorno. Por ejemplo:

- ¿Cómo son las condiciones materiales del entorno para la práctica de la actividad física? ¿Existen carriles bici, parques infantiles, equipamientos deportivos... que hagan fácil y probable esta práctica?

- ¿Cómo de accesible es el tabaco, el alcohol, el cannabis u otras drogas? ¿Son fáciles de conseguir?
- Y los métodos anticonceptivos, ¿son fácilmente accesibles?
- ¿Cuánto dinero cuesta consumir alimentos hipercalóricos preparados industrialmente? ¿Y hacerlo con fruta y verdura frescas, o con pescado?
- ¿Cómo son las normas, usos y costumbres sociales en relación con determinados comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol?

Una vez más, considerar estos condicionantes nos ayuda a entender mejor las resistencias y las dificultades de nuestros consultantes para los cambios que les sugerimos.

3.4.5 Los comportamientos de riesgo o poco saludables se mantienen, y cuesta cambiarlos, porque en el patrimonio biográfico de los individuos pueden existir determinados déficits de competencias o valores propios de determinados grupos.

A lo largo de la experiencia con los distintos contextos en los que se desarrolla nuestra existencia vamos formando un patrimonio biográfico, formado por aprendizajes, condicionamientos, creencias, valores o repertorios de conductas, con los que se cuenta o de los que se carece, que modulan nuestra manera, única e irreplicable, de comportarnos. De este modo, puede ocurrir que los cambios que pretendemos que nuestro consultante ponga en marcha suponga contar con *habilidades o destrezas* que no estén en su repertorio, o que entren en conflicto con determinados *valores* que son diferentes de los del consultor. Hay que tener en cuenta que determinados cambios de comportamiento que pueden parecer simples no lo son en absoluto. Así, por ejemplo, podemos insistir a una adolescente que se ve sometida a la presión del grupo para fumar, o a la presión de la pareja para mantener relaciones sexuales sin protección, para que se maneje en estas dos situaciones de comunicación, que son complejas, sin haber aprendido las habilidades necesarias para ello. En esta situación, una vez más, las dificultades para el cambio que pretendemos son comprensibles.

3.4.6 La resistencia al cambio puede producirse porque el comportamiento del individuo está condicionado por determinadas reglas de conducta, aprendidas verbalmente en el entorno social.

A menudo los aprendizajes que condicionan nuestro comportamiento no se han aprendido por experiencia directa, sino a través del lenguaje. En nuestro entorno social aprendemos determinadas *reglas verbales* que, con fundamento real o sin él, condicionan nuestra conducta. Por ejemplo:

- Nuestro consultante puede no tomar la decisión de dejar de beber porque piensa, dado que así lo ha escuchado más de una vez, que cuando lo deje habrá momentos

en que *necesite* una copa y, por lo tanto, se verá obligado (por definición de la palabra *necesitar*) a beber.

- Nuestro consultante piensa, porque así se lo ha explicado algún profesional, que su comportamiento es el resultado de ser *víctima de una enfermedad*, acaso crónica (un trastorno adictivo, una depresión...), que está fuera de su control, y ante la cual solo cabe tomar 'conciencia de enfermedad' y recibir pasivamente el tratamiento que el médico le prescriba.
- Nuestra posible participante en un taller de educación para la salud dirigido a la mejora de hábitos de alimentación y a la práctica de actividad física puede creer, porque esa es creencia común, que si algún día se salta las normas dietéticas y se come un bombón habrá caído, una vez más, en el fracaso total en su intento de perder peso, de modo que a partir de ahí solo cabe abandonar el programa.

Una vez más, los temores del cliente tienen sentido. Obviamente, abordar estas reglas verbales será, en su caso, una tarea a incluir en la entrevista motivacional.

3.5 La complejidad real de los comportamientos.

Un par de ejemplos pueden ayudarnos a entender mejor de qué hablamos cuando nos referimos a la complejidad de comportamientos aparentemente simples como utilizar el preservativo o abusar de bebidas alcohólicas.

3.5.1 Utilizar el preservativo de modo consistente: un comportamiento complejo

El caso de Carmen

Carmen es una chica de 16 años que acude a un centro municipal de salud refiriendo que el día anterior mantuvo relaciones coitales con su pareja, que se les ‘rompió el preservativo’ y que desea que le proporcionemos la ‘píldora de emergencia’.

Como es obvio, la atención a esta demanda incluye, entre otras cuestiones, una valoración del posible comportamiento sexual de riesgo de la joven, junto con información y asesoramiento con el fin de que, en lo sucesivo, practique el sexo de forma segura, incluyendo el uso consistente del preservativo en el caso de relaciones coitales. Sin embargo, esta intervención no parecía haber servido de mucho, porque era la tercera vez que Carmen acudía por el mismo motivo en pocos meses.

Durante la entrevista Carmen se mostró nerviosa, rehuía el contacto visual, cambiaba de postura, mantenía un tono de voz bajo y vacilante... probablemente esperando una actitud de recriminación por parte del profesional que la atendía.

Carmen llevaba aproximadamente un mes como pareja de un chico, en el que ‘confiaba al cien por cien’ y del que se declaró ‘muy enamorada’. Refiere que al chico no le gustaba nada usar el preservativo, porque decía que no sentía lo mismo y que le molestaba.

Quienes trabajan en programas de promoción de la salud sexual y reproductiva atienden de modo nada infrecuente a jóvenes que acuden al centro de salud una y otra vez pidiendo anticoncepción de urgencia, incluso habiendo pasado por alguna interrupción del embarazo. A pesar de haber sido advertidas e informadas repetidas veces, siguen fracasando en su objetivo de mantener relaciones sexuales libres de riesgo. Los profesionales que las atienden recurren con frecuencia a la atemorización, a la recriminación y al paternalismo para tratar de ‘convencerles’ de que deben mantener relaciones sexuales sin riesgo, algo que, según explican, es ‘sumamente sencillo’ y depende solo de que tengan ‘voluntad’ para hacerlo. A pesar de ello, esta forma de proceder, además de inútil, es contraproducente porque con-

tribuye a que los jóvenes manifiesten, en el mejor de los casos, una conformidad aparente, unida a una tendencia a no volver en el futuro ante una situación similar ante la perspectiva del sermón y el enfado del profesional.

El asunto es, en realidad, bastante más complejo. Entre los adolescentes y jóvenes, utilizar el preservativo de forma consistente en las relaciones sexuales es algo que está *condicionado por diversos factores*, como vemos en la figura, y que tendremos que considerar, todos ellos, cuando prestemos ayuda y orientación a jóvenes que acuden a nuestra consulta preocupadas por la posibilidad de un embarazo o una infección de transmisión sexual.

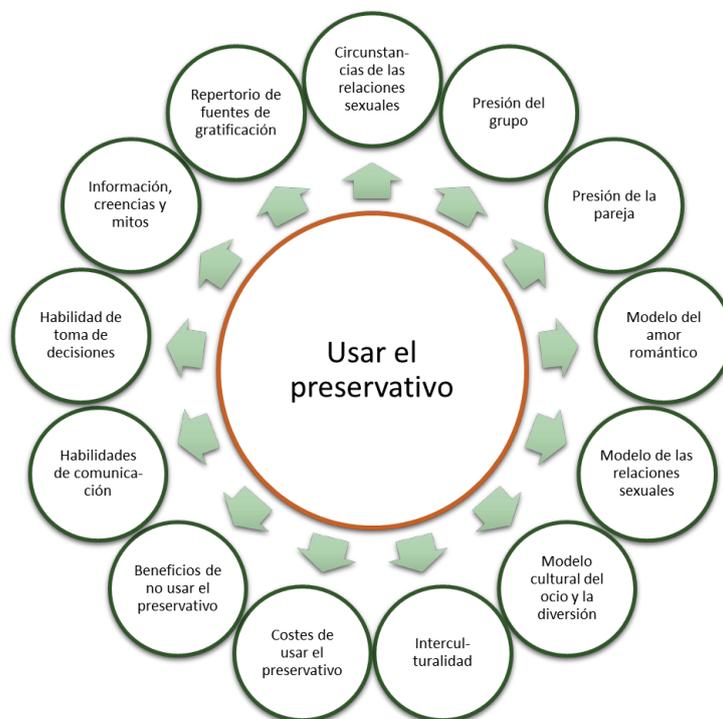


Figura 5. Múltiples factores que condicionan el uso del preservativo

Así, algunos de los factores a considerar porque explican la no utilización del preservativo por parte del o la joven que se sienta al otro lado de la mesa de nuestra consulta son:

El valor reforzante de la práctica sexual y los costes del comportamiento de protección

Ante todo, el comportamiento sexual preventivo resulta complicado de adoptar por las consecuencias de signo opuesto a que dan lugar el comportamiento preventivo y el comportamiento de riesgo.

Así, por un lado, optar por relaciones sexuales protegidas, utilizando el preservativo, conlleva *costes* inmediatos:

- Como a menudo son relaciones no planificadas, hay que parar, hay que hacer algo tan difícil como *demorar la gratificación*, para buscar un preservativo. Demorar la gratificación sexual cuando el comportamiento se ha puesto en marcha no es nada sencillo, y fácilmente se buscan argumentos para seguir adelante sin protección (*yo controlo, este chico parece muy sano, mañana me tomo la píldora...*).
- Esta demora de la gratificación es mayor, además, cuanto menos *accesibles* son los preservativos. Es verdad que es fácil encontrar máquinas de venta de preservativos, pero incluso en ese caso no son todo lo accesibles que sería deseable. Los jóvenes que viven en pueblos o en entornos rurales encuentran, además, la dificultad añadida de la falta de anonimato cuando se entra en una farmacia a comprar preservativos. Y ciertamente no resulta fácil conseguir que los jóvenes, y sobre todo las jóvenes, los lleven con ellos por sistema en aquellas situaciones en las que hay probabilidad de mantener relaciones sexuales, tal vez por temor a que los padres los encuentren si los tienen en casa, o también por temor a lo que piensen los demás si saben que siempre sale con preservativos en el bolso.
- Obviamente, otro coste es la *pérdida del placer* que muchos adolescentes asocian con el uso del preservativo (*me molesta, me aprieta, no me gusta, me corta el rollo...*).
- Por ese motivo, otro coste es la *necesidad de negociar* con la pareja, especialmente si es ocasional, el uso del preservativo o la sustitución del coito por formas de estimulación que no impliquen riesgos. Negarse a practicar el coito si no es con preservativo no es un objetivo tan sencillo de gestionar. Además del previsible déficit de habilidad de comunicación, entra en juego la urgencia de la situación y, a menudo, el temor al abandono de la pareja si se le plantean este tipo de pegas. La idealización de la pareja y de la situación erótica, asociada al mito del amor romántico, puede hacer el resto.

En definitiva, este conjunto de costes puede hacer que, colocado ante la situación de inicio del juego erótico, el uso del preservativo no compense.

Por otro lado, optar por relaciones sexuales sin protección conlleva *beneficios* inmediatos al mismo tiempo que se libera de costes. Sería la opción más funcional.

Recordemos que, según explicábamos en el apartado 3.4.2., una de las leyes que explican y ayudan a entender el comportamiento humano es la que establece que, existiendo dos clases de consecuencias en nuestras acciones, unas a corto y otras a largo plazo, tienden a prevalecer y a condicionar el comportamiento futuro las consecuencias a corto, más que las consecuencias a largo plazo, y ello con independencia del conocimiento que el individuo posea sobre lo que es más conveniente o saludable o seguro llevar a cabo. En el caso de las consecuencias a corto plazo de no utilizar el preservativo, los aspectos gratificantes superan claramente a los costes. Ya hemos señalado, además, el valor que el *presente* tiene para los adolescentes, tanto que privarse de un placer inmediato y real como es el goce sexual no compensa por un hipotético embarazo o infección que, tal vez, no ocurra en un futuro que se percibe lejano.

Condiciones y circunstancias de las relaciones sexuales

Según si las relaciones sexuales corresponden a una 'primera vez', a situaciones ocasionales y esporádicas o a relaciones con la pareja habitual, aparecen distintos tipos de riesgo:

- En la situación de 'la primera vez' o primeras veces, la inexperiencia hace que existan algunas dificultades para asumir el comportamiento de protección:
 - La ansiedad, los 'nervios', a menudo las prisas, la inseguridad, las dudas, las ganas de quedar bien y de disimular la inexperiencia.
 - La imprevisión, de modo que el preservativo no se tiene a mano.
 - La falta de habilidad en el uso del preservativo, y por lo tanto su uso incorrecto, la interferencia con el juego sexual o incluso la decisión de no usarlo.
 - A veces, el mito de que la primera vez no pasa nada.
- En el caso de las relaciones ocasionales y esporádicas, el problema proviene a menudo de que tienen lugar por lo general en contextos de diversión, después de haber consumido alcohol, con poca predisposición a negociar en caso de no llevar preservativos encima, con personas semiconocidas con las que existe más 'confianza' pero menos compromiso (o ninguno) y con el objetivo de satisfacer el 'calentón'. En conjunto, estos factores hacen menos probable el uso del preservativo.
- En el caso de relaciones con la pareja habitual también la práctica de conductas sexuales de riesgo puede verse favorecida porque:
 - Al existir un pacto de fidelidad, la percepción del riesgo disminuye.
 - Se ocultan las infidelidades cuando ocurren y, por tanto, confían erróneamente en que no deben adoptar medidas de protección.
 - Aunque la relación sea exclusiva con la pareja habitual, a menudo puede haber ocurrido una relación breve con una pareja no habitual y, por tanto, la exclusividad es ficticia, de modo que cada uno de ellos arrastra la posibilidad de infecciones por parejas anteriores.
 - Cuando la pareja se consolida se tiende a cambiar de método anticonceptivo, utilizando la píldora y abandonando el preservativo, con lo que no existe protección frente a infecciones.

La presión del grupo

Recordemos que el comportamiento es contextual. En pocos casos se ve tan claro como cuando nos referimos a los comportamientos de los adolescentes y a la influencia del contexto grupal. Los cambios de conducta que caracterizan a la adolescencia no nacen 'dentro' del adolescente y posteriormente 'se manifiestan' externamente, sino que es justamente al

revés: son modelados y moldeados por el contexto social significativo con el que se relacionan, su grupo de iguales. La presión del grupo es tal vez el principal condicionante del comportamiento de los adolescentes. El desarrollo del adolescente implica ir experimentando, con el modelado y el reforzamiento diferencial del grupo, aquellos comportamientos que caracterizan la adultez y la diferencian de la infancia.

Necesitamos, pues, al grupo para 'hacernos mayores'. Por este motivo, ser aceptado y pertenecer al grupo es un motivador básico en la vida del adolescente. Quien determina qué comportamientos son deseables y cuáles no, es el grupo, y el 'premio' por poner en práctica esos comportamientos es justamente la aceptación y la pertenencia al grupo. *De cuáles sean los comportamientos que practique y valore el grupo dependerá en buena medida cuáles sean los comportamientos que practiquen y valoren los individuos que lo componen.* Estos comportamientos pueden incluir fumar, abusar del alcohol, practicar deporte, faltar a clase, leer libros, utilizar el móvil, vestirse o peinarse de determinada manera, mantener relaciones sexuales, etc.

También la conducta sexual del adolescente debe entenderse con relación a las reglas del grupo, que son diferentes entre distintos grupos pero que con frecuencia incluyen determinados elementos:

- Haber mantenido relaciones sexuales completas es deseable, y reforzado con estatus y prestigio dentro del grupo. Por lo tanto, hay que haberlas mantenido antes de cierta edad. Ante esta exigencia, tan perentoria, ocuparse de la gestión de los riesgos puede pasar a segundo plano.
- La relación sexual consistente en caricias y estimulación mutua, sin penetración, no es considerada relación sexual plena, sino quedarse 'a medias'. Lo importante es el coito. Incluso el coito con preservativo puede ser considerado 'de segunda categoría'.

Estas reglas, que ejercen una influencia tan poderosa, son difícilmente compatibles con las prácticas consistentes de protección. En el caso de Carmen, la presión del grupo tuvo un papel importante en sus primeras relaciones sexuales, y, en la actualidad, la identificación entre la relación sexual y el coito aparecía claramente.

El modelo cultural del amor romántico

*Sin ti no soy nada...
mi alma, mi cuerpo, mi voz, no sirven de nada...
porque yo sin ti no soy nada
(Amaral)*

La influencia del *contexto cultural* e interpersonal (padres, grupo de amigos...) está también presente, y de qué modo, en la más privada, íntima y 'espontánea' de las relaciones interpersonales: las relaciones sexuales de pareja. En ellas se inician los adolescentes, cargados de modelos culturales sobre lo que es esperable, lo que se 'debe' hacer, lo que significa el amor... Basta echar un vistazo a la publicidad, a las películas, a las series de televisión para jóvenes o a la música que ellos escuchan para comprobar hasta qué punto es decisiva (y a menudo lamentable) su influencia.

Entre estos aspectos culturales está el llamado *modelo del amor romántico*, de profundas y extensas raíces, y de frondosas y poéticas ramas, que suele plantearse como ideal a alcanzar en las relaciones de pareja, y que se caracteriza por la entrega completa a una pareja absolutamente idealizada, que se produce como consecuencia de un acontecimiento que surge un buen día (el 'enamoramamiento'), cuyo carácter cuasi-mágico lleva a pensar incluso en una especie de predestinación ('la media naranja', 'el príncipe azul', 'el hombre de mi vida'...). La 'entrega' supone, obviamente, la renuncia a pensar en uno mismo, porque el egoísmo es visto como incompatible con el amor, y supone también el deber de complacer a la pareja en todo. Al fin y al cabo, como dice la canción, *sin ti no soy nada*.

Esta renuncia a la autonomía personal, esta dependencia en nombre del amor y este irracional temor a la pérdida está en la raíz de la asunción de riesgos en las relaciones sexuales, y también (señalémoslo, de paso) del control del otro, de la idea de posesión y del maltrato en las relaciones de pareja. En el caso de Carmen esta idealización de la pareja, con el consiguiente temor al abandono, hacía que cediera ante la presión de él para mantener relaciones sexuales sin preservativo. Durante las entrevistas con Carmen, un objetivo importante consistió en ayudarla a contemplar las relaciones de pareja desde la perspectiva del amor a sí misma y de la autonomía, y no desde la renuncia.

El modelado de las relaciones sexuales en los medios de comunicación

El comportamiento sexual está fuertemente condicionado por modelos culturales sobre lo que supone ser atractivo y sobre lo que debe y no debe hacerse para ser un buen amante y complacer así a la pareja. Llamam la atención algunas características frecuentes en las relaciones sexuales tal como se muestran en películas o series de televisión vistas por adolescentes:

- La relación sexual es genital y se identifica con el coito. No hay sexo sin el coito. Todo lo demás es, en el mejor de los casos, 'preliminares' o sexo de segunda categoría. Si no se dispone de un preservativo, mal asunto. Por este mismo motivo la relación sexual es breve y apresurada, no hay espacio para el disfrute tranquilo.
- Las escenas de sexo en cine o televisión muy rara vez incluyen el uso del preservativo, y menos aún cuanto más gratificante, apasionada y arrebatadora pretende ser la escena. La espontaneidad parece ser un ingrediente necesario, detenerse a

considerar el asunto del preservativo rompe el encanto del momento, por lo que es preferible obviarlo. En los escasos momentos en que aparece, se muestra como una interrupción o un incordio.

- El modelado de la presión del grupo (aprendizaje vicario) es muy frecuente. Consiste en escenas donde se muestran burlas, hacia el chico o la chica que todavía es virgen.

El comportamiento sexual se aprende. Este aprendizaje proviene de distintas fuentes, pero, precisa y paradójicamente por tratarse de un comportamiento íntimo, en buena medida proviene a partir de la observación de modelos que se muestran en medios de comunicación de masas. Lamentablemente, los modelos más habituales parecen favorecer la práctica de comportamientos sexuales de riesgo entre los adolescentes. Carmen y su pareja no eran una excepción.

El modelo cultural del ocio y la diversión

Las relaciones sexuales entre los adolescentes a menudo tienen lugar en tiempos y espacios de ocio. Una de las 'reglas de oro' del uso de ese tiempo de ocio entre los adolescentes, hoy tal vez más que nunca, es la *inmediatez*. Inmediatez significa vivir el momento y no preocuparse del después, darse permiso, al menos durante unas horas, para sustraerse de las normas que rigen el resto de la semana, hacer un paréntesis de desinhibición e incluso de irresponsabilidad, a lo cual contribuye de modo decisivo el consumo de alcohol o de otras drogas, siempre en contexto grupal y reforzado por la pertenencia y la aceptación del grupo.

En este contexto es difícil que las relaciones sexuales no se rijan también por la ley de la inmediatez. Es frecuente que el sexo se practique en el coche, en la playa, en un parque, en los lavabos, en donde surge y donde se puede, en condiciones donde la gestión de los riesgos no es un asunto sencillo.

Factores asociados a la migración y la interculturalidad

En relación con la migración, se cree que la movilidad constante, las barreras culturales y sociales, el limitado conocimiento sobre los servicios sanitarios, los cambios en las prácticas culturales y las situaciones de discriminación, pobreza y desempleo pueden ir asociados con una mayor práctica de conductas sexuales de riesgo. Así, a la vulnerabilidad que conlleva el hecho de ser adolescentes, se le une la que aparece por ser inmigrante.

La adaptación que los adolescentes inmigrantes lleven a cabo en España, en los diferentes aspectos de su vida, es esencial para un correcto desarrollo y calidad de vida y es una variable protectora ante la práctica de conductas sexuales de riesgo. Los adolescentes más adaptados practican menos conductas sexuales de riesgo.

Los *adolescentes inmigrantes* presentan una menor adaptación que los autóctonos, sobre todo en el ámbito familiar y social. Estas dos esferas de la vida son básicas para un correcto ajuste durante la adolescencia; la familia es el agente de socialización más importante para los niños y adolescentes, y más aún en el caso de los inmigrantes, en los que la discordancia familiar conlleva mayores problemas de integración. Además, se estima que la aculturación se relaciona con la adopción de conductas protectoras, lo que incluye la comunicación sobre sexo con la pareja y la actuación a partir del diálogo y la negociación. Así, por ejemplo, los adolescentes latinoamericanos sufren una gran confrontación cultural a la llegada a España, dado que se enfrentan los valores tradicionales de sus sociedades (sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos o el papel del varón y la mujer) con los valores más modernos que rigen las sociedades de acogida. Hemos conocido casos de chicas que, después de haber mantenido varios contactos coitales sin preservativo y no haberse quedado embarazadas, mantenían intencionadamente relaciones sin protección, pero esta vez para comprobar que el embarazo era posible, ante el temor de que existiera algún impedimento para ello, y relativizando la importancia y el efecto que ese embarazo pudiera tener sobre sus vidas en base a la consideración que, desde su cultura de origen, merece el papel de la mujer. Así, las adolescentes no saben a qué valores atenerse, encontrándose en muchos casos reticencias por parte de su familia a la adopción de medidas preventivas, lo que las lleva a una situación de mayor vulnerabilidad. A todos estos condicionantes contribuye también la discriminación, real o percibida, que puedan sentir los adolescentes inmigrantes.

Las habilidades de comunicación y de toma de decisiones y la presión del grupo y de la pareja

La presión del grupo o de la pareja es un factor capital para entender el comportamiento de los adolescentes. Pero esta presión se ejerce sobre biografías diferentes, más o menos vulnerables a esta presión en función de su diferente grado de *competencia o habilidad para hacer frente* a la misma. La protagonista de nuestro ejemplo, Carmen, experimentaba serias dificultades para negociar el uso del preservativo con su pareja sin poner en peligro la relación, tan importante para ella.

Dado que parece difícil conseguir que el adolescente crezca en un entorno carente de riesgos, y que, además, la presión del grupo es también necesaria y positiva, se comprende que el objetivo preventivo debe orientarse más bien a potenciar la habilidad para afrontar y resistir la presión de grupo más que a eliminar esta.

No hace falta insistir mucho en que, cuando decimos 'presión del grupo', podemos decir igualmente 'presión de la pareja'. Tal vez el grupo, en sentido amplio, ejerza su influencia sobre los individuos para que se inicien y mantengan relaciones sexuales, pero es tal vez en la situación de pareja (un minigrupo) donde más claramente se manifiesta y se dirime la difícil cuestión de utilizar o no un preservativo cuando tal vez el chico declara que 'no le gusta' o que 'le molesta', cuando en torno a esta decisión se cierne la amenaza del deterioro o inclu-

so la pérdida de la relación romántica o cuando esta decisión puede suponer, como mínimo, aplazar la urgencia del momento para buscar un preservativo o prescindir del coito. Afrontar esta presión puede no ser nada fácil.

Ser competente para resistir la presión del grupo o de la pareja implica ser *competente para tomar decisiones* personales y también ser *competente para defender estas decisiones*, especialmente cuando son contrarias a las que el grupo o la pareja pretenden inducir. La competencia para tomar decisiones implica aspectos de cierta complejidad como identificar cuáles son las opciones de que se dispone, recoger información sobre las mismas, analizar los pros y los contras de cada opción y decidirse por una de ellas. Posteriormente, defender esta decisión ante el grupo o ante la pareja puede ser un objetivo nada sencillo cuando se trata de ir a contracorriente de los deseos o las presiones del otro o los otros. Se trata de ser capaces de decir 'no' manteniendo al mismo tiempo (e incluso mejorando) la vinculación existente con la pareja o el grupo.

Incluso cabría ir más allá, y plantear la importancia preventiva de las habilidades sociales y de comunicación en general (escuchar, iniciar y mantener conversaciones, conversar en grupo, expresar emociones, positivas y negativas, defender opiniones similares u opuestas a las del interlocutor, expresar respeto y consideración...). Cuanto más amplio sea el repertorio de destrezas sociales de nuestro adolescente, más opciones de comportamiento tendrá disponibles, incluyendo la opción de cambiar de grupo. La dependencia, incluyendo la dependencia del grupo y, por lo tanto, la vulnerabilidad a su influencia o, si se quiere, la libertad ante la presión para actuar de una determinada manera puede cuantificarse a partir de la amplitud del repertorio de respuestas disponibles ante una misma situación de presión.

Información, creencias y mitos

Aunque, como hemos señalado ya, la información no es suficiente para la prevención de comportamientos sexuales de riesgo, sí es necesaria, en la medida en que determinados *déficits de conocimiento* o determinadas *creencias erróneas* contribuyen a la práctica de estos comportamientos. Algunos de estos déficits y errores que conviene tener en cuenta y rastrear son los siguientes:

- La sobrevaloración de la eficacia y seguridad que se atribuye al método de la “marcha atrás”.
- La consideración de la píldora postcoital como método anticonceptivo que puede utilizarse de modo habitual.
- El conocimiento sobre cómo utilizar el preservativo de modo seguro.
- Los conocimientos sobre qué prácticas sexuales entrañan riesgos y cuáles son seguras para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- La idea errónea de que la píldora anticonceptiva no sólo previene el embarazo, sino que también protege frente a infecciones de VIH u otras.

Rastrear la existencia de creencias equivocadas o lagunas de información que pudieran condicionar la práctica de comportamientos de riesgo, y, en su caso, abordarlas, será uno de los procedimientos que utilizará la entrevista motivacional.

El repertorio de fuentes de gratificación

No es posible entender plenamente los comportamientos si los consideramos aisladamente unos de otros. Aunque estamos analizando el comportamiento sexual, que es un comportamiento relativamente específico y diferenciado, en realidad las conductas de los individuos son difícilmente parcelables, y por lo tanto no se entienden sin tomar en consideración su vinculación con otros escenarios de la vida del individuo.

Así, aspectos como el valor reforzante que el o la adolescente otorgue del comportamiento de riesgo o el valor que adquiere la conformidad con lo que dicte el grupo y por lo tanto la susceptibilidad a su presión dependen de cómo de amplio y de variado sea el *repertorio de intereses y fuentes de refuerzo potenciales* en su vida. Cuando más amplio y variado sea este repertorio, cuanto más gratificantes sean sus transacciones con otros escenarios donde se desarrolla su vida (su familia, su instituto, su tiempo de ocio...), menor será esta vulnerabilidad. Por el contrario, en una situación de mala relación familiar, de problemas escolares, de ausencia de otros intereses o de barreras para acceder a otras actividades, el valor reforzante de la conformidad al grupo aumenta.

En la entrevista motivacional y en la evaluación que llevemos a cabo de los comportamientos sexuales de riesgo, conviene no olvidar, por lo tanto, ampliar la perspectiva y 'echar una mirada' a cómo es la vida, día a día, de nuestro consultante: qué cosas hace, qué aspectos son gratificantes, cuáles le gustaría que cambiaran, qué cosas le gustaría hacer, qué cosas son importantes para él o ella, cómo se ve de capaz de conseguir sus objetivos, qué barreras percibe...

3.5.2 Abusar del alcohol: un comportamiento complejo

El caso de Manuel

Manuel es un joven de 20 años que fue remitido a nuestro centro, de atención a problemas asociados al consumo de alcohol, por haber sufrido un accidente leve cuando conducía su coche de regreso a casa a las 6:30 de la mañana y haberle sido detectada una alcoholemia de 2,2 gramos de alcohol por litro de sangre. No era la primera vez que Manuel era sometido a pruebas de alcoholemia y que daba valores muy por encima del máximo legal permitido.

Manuel vivía solo con sus padres en un pueblo pequeño de la sierra noroeste de Madrid, situado a 45 km. de la capital. Solo salía del pueblo los viernes o los sábados por la tarde, cuando se marchaba a Madrid en un coche de gran cilindrada que pertenecía a su padre. Los primeros 20 km. eran de carretera de montaña estrecha y peligrosa. Allí quedaba con un grupo de amigos con los que iba 'de marcha' y bebía abundantemente. Al terminar la noche se montaba otra vez en el coche y conducía hasta su casa, donde llegaba de madrugada. Su médico de familia, que había apreciado ya el enorme riesgo al que Manuel se enfrentaba cada fin de semana, le había advertido de modo muy enfático de que, en caso de que no tuviera más alternativa que conducir por la noche él solo de vuelta a casa, no debía beber alcohol cuando saliera en Madrid con sus amigos.

Manuel tenía antecedentes de tratamiento psicológico por lo que, según sus padres, era una 'timidez exagerada'. En las entrevistas costaba conseguir que mantuviera contacto visual, se expresaba con poco más que monosílabos y daba signos de encontrarse muy nervioso. También padecía dificultades auditivas, y era preciso dirigirse a él despacio y con un volumen de voz alto. Su círculo social, aparte de sus amigos de fin de semana, era prácticamente inexistente, y en su pueblo no veía fácil hacer amistades nuevas.

El caso de Jorge

Jorge es un conductor de autobús de la Empresa Municipal de Transportes de Madrid, de 49 años, casado y con dos hijos.

Jorge fue remitido a nuestro centro porque, en un control aleatorio de alcoholemia de los que realiza la propia empresa, le habían encontrado por segunda vez una concentración de alcohol en sangre de 0,3 gramos por litro de sangre, un valor que apenas superaba el permitido en el caso de un conductor particular, pero que sí excedía el límite para conductores de autobús. En el caso de la primera vez, Jorge fue sometido a la prueba de alcoholemia porque había tenido un pequeño accidente en las cocheras, justo al terminar su turno.

A partir de un aparatoso accidente de un autobús de la misma compañía en pleno centro de la ciudad, ocurrido años atrás, en el que el conductor superaba el máximo de alcoholemia permitido entonces a conductores de autobús, la compañía extremó los controles a los conductores y endureció la normativa interna relativa al consumo de alcohol, exigiéndoles 0,0 de concentración de alcohol en sangre.

El servicio médico de la empresa ha advertido a Jorge de posibles sanciones y se le ha exigido pasar por un programa de 'deshabitación alcohólica' en nuestro centro. Jorge se ha mostrado completamente colaborador.

Durante la entrevista, él mantiene que su consumo de alcohol es muy escaso, no entiende por qué él no puede conducir con 0,3 y los conductores particulares sí; considera que si no fuera conductor profesional no tendría ningún problema con el alcohol. Esto le cabrea y a menudo piensa en la posibilidad de cambiar de trabajo pero lo ve bastante improbable pues su familia depende de su sueldo (tiene 2 hijos de 5 y 8 años y su mujer se dedica a las tareas domésticas). Teme también que le echen de la empresa si los controles positivos se repiten. Hay momentos que está muy preocupado y atemorizado y es cuando pone más cuidado en estar abstinentes cuando coge el autobús. Sin embargo, hay otros momentos en los que se compara con los taxistas o con los conductores privados y ello le enfada sobremanera hasta el punto de probar alguna 'cervecita' o alguna que otra copa esporádica. Preguntado al respecto, nos informa de que está pasando una 'mala racha' con su mujer, en parte motivada precisamente por sus problemas con el alcohol. Además, refiere que no tiene apenas intereses ni aficiones, que cuando no trabaja no hace nada en particular, y que su mujer y él sólo tienen amistad con otras dos parejas, a las que ven esporádicamente.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es, junto con el consumo de tabaco, uno de los hábitos a los que más frecuentemente nos dirigimos cuando trabajamos en la atención sanitaria o en la promoción de la salud. Cuando el consumo excesivo reúne los criterios al uso para un diagnóstico de dependencia, la práctica asistencial habitual consiste en derivar al consultante a un recurso o a un programa especializado. La 'patologización' de la depen-

dencia supone, en la otra cara de la moneda, una ‘despatologización’ y una cierta visión simplista de la intervención a realizar cuando no se reúnen esos criterios diagnósticos de dependencia. Esta banalización no está en absoluto justificada, en primer lugar, por la complejidad (que veremos) del fenómeno al que nos enfrentamos y, en segundo lugar, porque la mayoría de los problemas asociados al consumo de alcohol son diferentes de la situación de dependencia tal como se entiende en las taxonomías al uso. El catálogo de los riesgos con los que se asocia el abuso de alcohol es largo y sobradamente conocido: enfermedades graves, accidentes de tráfico y laborales, conductas violentas, riesgos durante el embarazo, conducta sexual imprudente o, en el caso de conductores profesionales como Jorge, posibilidad de pérdida del trabajo.

Lo cierto es que la información, sin duda necesaria, sobre los riesgos y la prescripción, sin duda justificada, de *no beber o beber menos* a menudo suele ser, sin embargo, insuficiente, y tropieza a menudo con resistencias, conformidades solo aparentes e incumplimientos de parte del consultante. Sin ánimo de ser exhaustivos, repasaremos algunas variables que complican la cuestión, y que representamos en la figura siguiente.



Figura 6. Múltiples factores que condicionan el abuso de alcohol y que hacen complejo su abordaje

Efectos reforzantes del consumo de alcohol

Las recomendaciones de beber menos o no beber chocan, una vez más, con las *importantes funciones* que beber alcohol puede cumplir en la vida del consultante, de modo que, a pesar de que este conoce los riesgos a los que se enfrenta, seguir bebiendo le compensa. Para Manuel, beber alcohol durante el fin de semana funcionaba como una potente herramienta para conseguir excitación, evasión, contacto social, integración en el grupo... Para Jorge, tomar una cerveza de vez en cuando le ayudaba a afrontar las fuentes de estrés que provenían de su trabajo y de su familia y le proporcionaba una pequeña pausa cuando disponía de tiempo en la cabecera de línea del autobús.

Al igual que ocurre con todos los hábitos de riesgo, el abuso de alcohol implica consecuencias graves que aparecen a medio o largo plazo, cuando se lleva mucho tiempo consumiendo y que, además, no son seguras: distintas enfermedades y problemas de salud, problemas familiares y laborales, accidentes... Sin embargo, a muy corto plazo y de forma segura, el bebedor obtiene gratificaciones valiosas para cuya consecución no dispone de alternativas:

- Escape o evitación de la experiencia sumamente aversiva del 'síndrome de abstinencia'.
- Tranquilidad, relajación, sensación de equilibrio emocional.
- Evasión, euforia y olvido momentáneo de dificultades o problemas que agobian.
- Facilitación del contacto social en determinados contextos.
- Desinhibición para acercarse al sexo opuesto.
- Integración en el grupo de amigos, especialmente durante la adolescencia.
- Creatividad, cuando se busca.
- Afrontamiento de determinadas situaciones que de otro modo se evitarían...

Como es sabido, en esta situación tienden siempre a influir sobre el comportamiento futuro las consecuencias a corto plazo y seguras, que son gratificantes, frente a las demoradas y no seguras, que son de signo negativo. Colocado ante una situación asociada al consumo, la importante funcionalidad de este provoca que se busquen y se encuentren justificaciones para seguir bebiendo.

Presencia de incitadores al consumo en el contexto cotidiano

Además, y salvo que se produzca un cambio radical de escenario y contexto vital, el entorno del bebedor seguirá estando repleto, a pesar de los esfuerzos, de *señales que harán probable*, que incitarán, que casi dispararán, la conducta de beber.

Afrontar el potente poder evocador de tantas y tantas situaciones, fuertemente asociadas durante miles de ocasiones a beber alcohol, es sumamente complicado. Al igual que ocurre con el tabaco, y a diferencia del caso de otras drogas, el consumo de alcohol suele tener

lugar, en nuestra sociedad, en multitud de situaciones diferentes. Simplemente manejar las *situaciones sociales* que le empujan a beber supone de parte del consultante un considerable grado de compromiso y no poca habilidad. Pero, además, la conducta de beber suele estar asociada con *estados de ánimo* como el nerviosismo, la preocupación, la tristeza, el enfado o la euforia, con determinadas *compañías* o con la soledad, con determinadas *actividades* o con el fin del trabajo, con la *toma de decisiones* difíciles y con tantas situaciones más. No es exagerado afirmar, como hacen muchos bebedores, que dejar de beber o beber menos supone, como dejar de fumar, aprender a vivir de otro modo. En el caso de Manuel, dejar de beber implicaba, probablemente, prescindir totalmente de su grupo de amigos y de las actividades que realizaba los fines de semana. En el caso de Jorge existían igualmente en su entorno incitadores frecuentes: invitaciones, compromisos sociales, bebidas alcohólicas en casa, entrada en bares para ir al baño en la cabecera de línea, o situaciones de enfado en casa o en el trabajo.

Modelado y presión de los amigos

Tal como señalábamos antes, a propósito de la práctica de relaciones sexuales sin protección, la *presión del grupo de amigos* es acaso el principal determinante de la aparición de cualquier comportamiento de riesgo en la adolescencia y en la juventud. En el caso del abuso de alcohol, el peso condicionante de este factor es abrumador. En el caso de Manuel, de poco sirve que un profesional de la salud le advierta sobre los graves riesgos que asume por beber en exceso y conducir su coche hasta su casa, y que él mismo asuma estos riesgos como importantes, ante el enorme valor motivacional de la perspectiva de pasar unas horas de diversión con sus amigos, a quienes no ve durante una tediosa semana, de evadirse de la monotonía, de sentirse parte del grupo, de entablar relación con chicas... todo ello de forma segura e inmediata, ¿cómo hacerlo sin probar el alcohol, cuando precisamente beber y 'coger el punto' es condición necesaria para todo lo demás? Y en cuanto a conducir su coche después, ¿cómo no hacerlo, si no dispone de alternativas?

La familia

La familia tiene un papel decisivo en el aprendizaje del autocontrol, y, por lo tanto, en la probabilidad de que el adolescente practique o no distintos comportamientos de riesgo. Esta influencia se ejerce a través de varias vías:

- En primer lugar, *el clima afectivo y la comunicación con los padres*. Según cuáles sean sus características, los padres podrán influir más o menos en los comportamientos de riesgo de los hijos.
- En segundo lugar, *la función de modelo de los padres*. Sabemos que los modelos parentales condicionan poderosamente la probabilidad de las conductas de riesgo en los hijos. Así, los padres pueden ser modelos de impulsividad o bien de comportamientos reflexivos, en los que valoren los pros y contras de determinadas opciones.

- En tercer lugar, *el estilo en el manejo de las normas y los límites*. Este estilo es decisivo en el aprendizaje del autocontrol. Se han encontrado de modo consistente determinados patrones de supervisión parental en las familias de los adolescentes con conductas de riesgo. Tanto el *estilo autoritario* como el *estilo permisivo* o el *estilo sobreprotector* no promueven el aprendizaje del autocontrol porque hurtan al adolescente la oportunidad de ejercerlo y experimentar sus consecuencias, o porque no proporcionan normas y contingencias claras. Por el contrario, la ausencia de conductas problemáticas en la adolescencia se asocia con un estilo educativo en el que:
 - Los padres acuerdan con sus hijos normas y límites, son un ejemplo de comportamientos deseables, y proporcionan contingencias consistentes (premios y castigos) de modo diferencial hacia aquellos comportamientos que están dentro o fuera de la norma.
 - Las normas tienen un porqué. No surgen de una imposición. No pretenden obediencia ciega, sino ser asumidas como necesarias para el ajuste personal o el funcionamiento social.
 - Los padres alientan que los hijos tomen decisiones de modo autónomo, experimentando e incluso afrontando riesgos de modo controlado.
 - Los hijos son responsables de sus decisiones, afrontando las consecuencias que se derivan de las mismas.
 - Todo ello en un ambiente de comunicación y seguridad afectiva.

Lamentablemente, la familia de Manuel era claramente deficitaria en su competencia para manejar normas y límites, para comunicarse de forma efectiva y para transmitir seguridad afectiva. Sus padres mantenían, además, escasa consideración por las capacidades de su hijo, y, por ese motivo, consentían que Manuel tuviera sus ratos de expansión cuando salía los fines de semana a Madrid con sus amigos.

Accesibilidad de las bebidas alcohólicas

No es fácil, a pesar del conocimiento y la voluntad, prescindir de beber cuando existen tantos incitadores para hacerlo, cuando de ello se derivarían efectos sumamente apetecibles y cuando, además, la *disponibilidad del alcohol* es muy elevada: las bebidas alcohólicas son baratas, el número de bares es inmenso, tal vez en la propia casa hay alcohol en abundancia para cocinar o para cuando hay invitados, o puedo comprarlo a cualquier hora en la tienda de la esquina. Jorge nos hablaba de la 'necesidad de tomar algo' cuando aprovechaba la breve parada en la cabecera de la línea del autobús que él conducía para entrar al baño de un bar (no existía alternativa para ello) y, de paso, y en parte 'obligado' por hacer uso del servicio, pedirse una cerveza.

Usos y costumbres sociales

Nuestro consultante, a quien hemos informado y hemos insistido para que modere su consumo de alcohol, debe acometer la compleja tarea de enfrentarse a tantas y tantas costumbres, hondamente arraigadas en su entorno cultural y en su biografía: se espera de él que beba (y se le incita) cuando los demás lo hacen porque se bebe para celebrar el fin de año, la jubilación, el cumpleaños, el reencuentro, la despedida, la boda, el divorcio, el nacimiento, el viernes, el éxito, la confianza, la intimidad... después de tantas ocasiones anteriores, y ante tantas ocasiones como se presentarán en el futuro, no es sencillo mantener el rumbo marcado.

Modelo social de la diversión entre los jóvenes

La separación tajante entre el tiempo de trabajo o estudio, por un lado, y el tiempo de ocio, por otro, junto con la identificación de este como tiempo de *transgresión y descontrol* durante el cual se llevan a cabo determinadas actividades que incluyen el consumo de distintas sustancias y, en entre ellas y de modo muy predominante, el alcohol, (piénsese en el fenómeno del *botellón* como actividad social y recreativa básica del fin de semana) está, sin duda, en la base de la dificultad que supone para un joven como Manuel, como para tantos otros, seguir fielmente las instrucciones de quienes le conminan a beber menos o a no beber.

Creencias y mitos acerca del consumo de alcohol

Además, nuestra documentada y bienintencionada advertencia puede encontrar resistencias al cambio e incumplimientos de parte de nuestro consultante porque acaso choca con determinadas *creencias* que, aunque tal vez erróneas, son siempre legítimas y sirven siempre para justificar que se vuelva a beber:

- La cerveza es solo cerveza, beber cerveza es prácticamente lo mismo que no beber alcohol.
- Todos los jóvenes de mi edad beben lo mismo que yo.
- Si me tomo un par de vinos no doy positivo en el control de alcoholemia.
- Este médico me dice una cosa, pero otros médicos dicen que beber vino es bueno para la salud.
- Si me tomo unas cuantas copas esta noche pero después me voy a dormir, mañana a las 7 ya no tengo problemas cuando me ponga a conducir el camión.
- ...

Déficits en el repertorio de habilidades sociales

Poco hay que añadir a lo apuntado sobre esta cuestión a propósito del papel de las habilidades para la comunicación y la relación social en el caso del cambio hacia el comportamiento sexual sin riesgo. Sabemos que el consumo abusivo de alcohol y otras drogas suele en muchos casos estar asociado a *déficits en el repertorio de habilidades sociales*, y que la dificultad para su modificación choca con la ausencia de recursos y herramientas para generar un entorno social alternativo. El comportamiento social es sumamente complejo, implica la competencia para manejarse en situaciones muy diferentes (iniciar y mantener una conversación con desconocidos, movernos en un registro superficial cuando procede, cambiarlo a un nivel más personal, utilizar el humor, expresar opiniones tanto concordantes como contrarias, manifestar emociones, relacionarse en situaciones de ligue, hablar en público...), y además siguiendo unas reglas determinadas que son sumamente específicas en función del grupo y el contexto, y además cambiantes. El déficit de un repertorio mínimo hará difícil el cambio.

En el caso de Manuel esta dificultad era muy evidente. Manuel era descrito como 'muy tímido' por sus propios padres. Su dificultad para el contacto social era apreciable en la propia situación clínica. Y, además, su dificultad auditiva no facilitaba las cosas. En el caso de Jorge la dificultad tenía más que ver con un déficit asertivo (decir no, expresar opiniones contrarias, hacer y recibir críticas, expresar emociones...), muy palpablemente en la relación con su mujer, que favorecía estados de estrés y cierta agresividad verbal que favorecía el consumo de alcohol.

Baja percepción de autoeficacia

Comprender y manifestar la importancia de moderar el consumo de alcohol no da lugar a una decisión firme de llevar a cabo acciones en ese sentido si, al mismo tiempo, existe escasa confianza en conseguirlo. La *baja expectativa de autoeficacia* provoca que los intentos de cambio sean poco persistentes: para qué esforzarse cuando surge una dificultad o un tropiezo, si se 'sabe' que, tarde o temprano, se va a abandonar. Una vez más, la motivación se construye (o se destruye) en la acción: las experiencias de éxito nos llevan a mantener la confianza en conseguir nuestros objetivos y, por lo tanto, a persistir ante las dificultades; y, al revés, los fracasos repetidos 'minan nuestra moral' y hacen que nuestras expectativas de autoeficacia sean bajas. Tanto en el caso de Manuel como en el de Jorge habían existido intentos anteriores de cambio, todos fracasados.

La existencia de bajas expectativas de autoeficacia, por fracasos previos o por otros motivos, supone importantes implicaciones para la estrategia de la entrevista motivacional, como veremos más adelante. De momento, solo vamos a destacar, una vez más, la ingenuidad que supone prescribir cambios de comportamiento sin tener en cuenta esta variable.

Repertorio de fuentes de gratificación alternativas

Si dejar de beber alcohol (o beber menos) supone a menudo cambios y renuncias a fuentes de gratificación importantes, parece claro que estos cambios y renuncias serán más complicados cuando, al mismo tiempo, en el individuo existe un repertorio limitado de intereses, aficiones y fuentes de gratificación potenciales, alternativos y no asociados a la bebida. Esta situación es sumamente frecuente en los casos de abuso de sustancias, y en los casos de Manuel y de Jorge era muy evidente.

Cuando nuestro objetivo es promover cambios de hábitos, especialmente en aspectos tan absorbentes, tan contaminantes de otras áreas de la vida como es el consumo de alcohol, es fundamental dedicar una mirada al *estilo de vida general* de nuestro consultante y, en particular, a qué cosas le interesan, cuáles son sus aficiones, qué actividades practicaba y disfrutaba antes, y acaso ahora no, y qué otras actividades le gustaría hacer.

Un cambio importante, como es dejar de beber alcohol o dejar de fumar tabaco, es costoso porque supone un esfuerzo y una renuncia. Tomar una decisión puede no ser fácil. Por este motivo, una buena idea es plantear el cambio también como una *oportunidad*, como una ocasión para introducir, al mismo tiempo, otros cambios en la vida que la hagan más rica, variada e interesante, siempre en dirección hacia los objetivos que son valiosos para nuestro cliente. Esta estrategia implica ampliar el foco de nuestra mirada hacia los valores y metas vitales de nuestros consultantes. Dejar de beber o de fumar puede ser mucho más que dejar de beber o de fumar.

Hemos tratado de mostrar la dificultad que supone el cambio de comportamientos aparentemente simples como utilizar el preservativo, mantener relaciones sexuales no coitales, dejar de fumar o reducir el consumo de alcohol. Podríamos plantear otros ejemplos, como el caso de los hábitos de alimentación y actividad física, implicados en el sobrepeso, y señalar la influencia de los entornos 'obesogénicos', de los factores económicos, del uso sedentario que los niños hacen de su tiempo de ocio y juego, del modelo de los padres, y de otras variables. Nos limitaremos aquí a remitir a libros como el de Isaac Amigo y José Manuel Errasti *¡Quiero chuches! Los 9 hábitos que causan la obesidad infantil*³⁶ o el de Ernesto López y Miguel Costa *Qué fácil ganarlo, qué difícil perderlo*³⁷. No es el objetivo de este apartado desarrollar esta cuestión, sino simplemente señalar la complejidad de la tarea a la que nos enfrentamos.

36 Amigo, I y Errasti, JM. ¡Quiero chuches! Los 9 hábitos que causan la obesidad infantil. Desclée de Brouwer, Madrid, 2006.

37 López, E y Costa, M. Qué fácil ganarlo, qué difícil perderlo. Dar sentido a la vida cuando el sobrepeso y la obesidad nos la complican. Pirámide, Madrid, 2017.

3.6 Qué entendemos por motivación y de qué depende

Antes de pasar a describir la estrategia, los ingredientes y el desarrollo de la entrevista motivacional, conviene que nos detengamos brevemente sobre el concepto de motivación y clarificar algunos aspectos que tienen, como veremos, importancia estratégica.

Normalmente consideramos que la motivación, como predisposición mayor o menor a actuar en un sentido determinado, consiste en:

- Un estado *interno*: es el individuo el que viene, por así decirlo, motivado o desmotivado.
- Que es *previo* a la acción: primero tengo que estar motivado para después actuar.
- Que depende del *conocimiento* sobre las consecuencias del cambio o del no cambio y de la *importancia* que demos a esas consecuencias: estaré más motivado para el cambio si conozco los efectos previsibles de no cambiar, y si esos efectos son importantes para mí.
- Cuya ausencia es la *causa* de la persistencia de los viejos hábitos y de la falta de disposición al cambio.

3.6.1 La motivación no es un estado interno, sino contextual

La probabilidad de tomar una decisión de cambio o de no cambio no es algo que está 'dentro' del individuo, sino en la *transacción del individuo con el contexto* particular en el que se encuentre. La disposición a contar un chiste no es la misma si estoy en una reunión de amigos después de tomar unas copas que si estoy en un funeral. Lo importante aquí, desde el punto de vista estratégico, es que el profesional de la salud es un elemento del contexto y tiene la capacidad para organizar el contexto de la entrevista de forma que haga más probable la decisión de cambio. De no ser así, la entrevista motivacional tendría un alcance muy limitado o nulo.

3.6.2 La motivación se construye en la acción

Habitualmente pensamos que la motivación es un estado previo y causante de la acción: primero hay que estar motivado, para luego actuar. La relación temporal y causal sería la siguiente:



Figura 7.

Si embargo, en realidad, la relación, tanto temporal como causal, es más bien al revés. La motivación es tanto previa como posterior a la acción. En muchas ocasiones no nos motivamos

primero para actuar después, sino que la acción se produce como consecuencia de circunstancias que nos obligan a actuar, sobre las que no tenemos control, y la motivación, en su caso, aparece *después*. La relación entre motivación y acción podríamos representarla así:

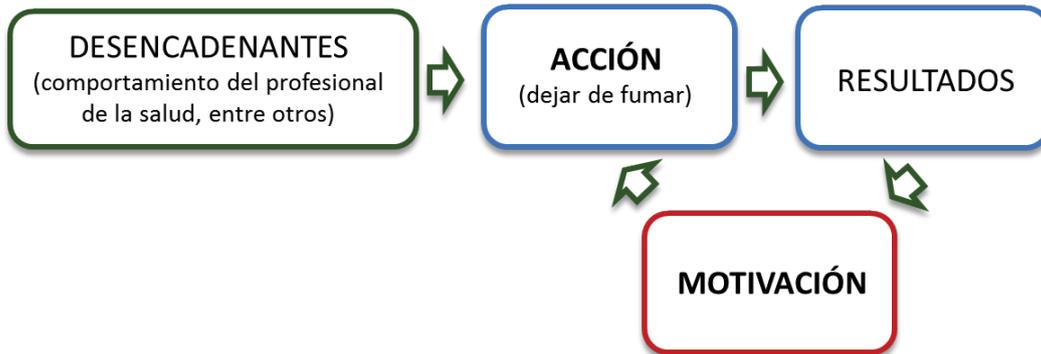


Figura 8.

Básicamente, la motivación no se construye a través de un proceso de argumentación y persuasión verbal. Acaso nunca hemos decidido empezar a estudiar inglés, acaso simplemente empezamos a hacerlo porque era una asignatura en el colegio donde estudiamos, acaso fue después, cuando empezamos a practicarlo y comprobamos que obteníamos beneficios de ello, cuando nos sentimos motivados para continuar estudiando. La persistencia en un comportamiento (la motivación para mantenerlo, si se quiere) se produce precisamente porque la práctica de ese comportamiento produce unos resultados valiosos. El verdadero motor motivacional es la relación entre la acción y los resultados. No hay que *motivarse para actuar*, sino *actuar para motivarse*.

Este concepto tiene una implicación estratégica importante para la práctica de la entrevista motivacional: una buena forma de hacer probables las decisiones de cambio es precisamente promover acciones antes de decidir, a modo de prueba o de experimento para comprobar los efectos de las acciones o la capacidad para llevarlas a cabo. La entrevista motivacional está orientada a la acción.

Obsérvese que este planteamiento se opone al modo de funcionar de las terapias cognitivas (según las cuales hay que ‘cambiar las ideas’ para ‘cambiar las acciones’), y también frente a ciertas versiones, acaso simplificadas pero muy extendidas, del *modelo transteórico de las fases de cambio*, al que ya nos hemos referido según las cuales el avance hacia el cambio opera por una dinámica interna y escasamente susceptible a la influencia del contexto, pasando por determinados estadios de duración temporal más o menos inexorable y propiciado por procesos de naturaleza cognitiva, de modo que hay que estar *en fase de*

preparación antes de actuar.

3.6.3 La disposición al cambio depende de la percepción de los beneficios del cambio y también de la confianza en conseguirlo

La probabilidad de adoptar una decisión a favor del cambio no depende solo de hasta qué punto percibimos el cambio como algo ventajoso porque obtendríamos beneficios o evitaríamos riesgos, sino también de hasta qué punto nos sentimos capaces de conseguir el objetivo del cambio. La percepción clara del riesgo de mantener los viejos hábitos no dará lugar a una decisión de cambio si, al mismo tiempo, nos percibimos con escasa confianza para conseguir realmente el cambio.

A la percepción acerca de la capacidad propia para conseguir un objetivo determinado se le denomina *percepción de autoeficacia*, y es uno de los principales determinantes de la probabilidad de acometer un proceso de cambio.

De este modo, y simplificando, podrían plantearse cuatro situaciones, de las cuales la ideal sería la formada por una percepción elevada tanto de *importancia* como de *autoeficacia*.

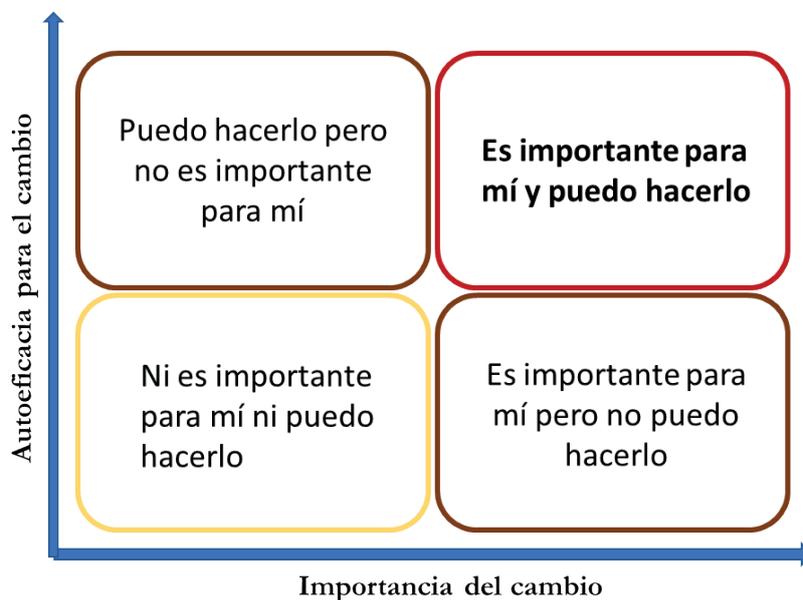


Figura 9. La disposición al cambio depende de la percepción de los beneficios del cambio y también de la confianza en conseguirlo

Significa esto que, como veremos, uno de los objetivos de la entrevista motivacional ha de ser fomentar en el consultante, junto con argumentos acerca de los beneficios del cambio, *verbalizaciones sobre la autoeficacia* para el cambio. Este proceso incluirá una identificación de los *obstáculos* y también de las *fortalezas* para el cambio, como veremos.

3.6.4 La falta de motivación no es la causa de que no se inicie el proceso del cambio

Tendemos a pensar en la motivación o en la falta de motivación como algo relacionado con las emociones. De hecho, las palabras *motivación* y *emoción* comparten la misma etimología latina, el verbo *movere*, que significa *mover*. Decimos que las emociones *nos remueven* por dentro, y consideramos a la motivación como un estado emocional que *nos mueve* a hacer algo. La expresión *tener ganas* o *no tener ganas* de hacer algo, que identificamos como *estar motivado* o *no estar motivado*, denota tanto un estado emocional como una predisposición a actuar o a no actuar en un sentido determinado.

Desde su mismo origen etimológico, pues, consideramos que tanto las emociones como la motivación (las *ganas*) son la causa de que hagamos algo. Esta idea aparece frecuentemente en las situaciones clínicas en las que tratamos de ‘convencer’ a nuestros consultantes para que cambien algún hábito.



Figura 10. Las emociones o la ‘falta de ganas’ no determinan nuestras decisiones

Las emociones y las *ganas* condicionan, quién lo duda, nuestras decisiones. Pero no las determinan ni son su causa. Desmontar esta *regla verbal* suele ser un objetivo estratégico importante en la entrevista motivacional.

Si no fuera así, si la motivación o las *ganas* determinaran nuestras acciones, tendríamos que esperar a estar motivados o con *ganas* para actuar, lo que nos llevaría a un proceso largo, incierto y, por lo general, estéril, de persuasión verbal.

La realidad es que en infinidad de ocasiones llevamos a cabo acciones sin ‘estar motivados’, sin que nos apetezca, a pesar de no tener *ganas*. Y lo hacemos porque de esas acciones se derivan consecuencias que son *importantes* y *valiosas* para nosotros. La causa de que lleve-

mos a cabo o no un determinado cambio de comportamiento no reside en nuestras emociones o nuestras ganas, sino en nuestras *decisiones*, las cuales, a su vez, dependen de nuestros *valores*, de aquello que consideramos importante para nosotros. La relación causal sería la siguiente:

Figura 11.



Este concepto tiene una importancia estratégica central en la práctica de la entrevista motivacional, porque invita al cliente a cuestionarse, con nuestra ayuda, hasta qué punto su vida, las cosas que hace o no hace, están determinadas o no por sus valores, por aquello que realmente es valioso e importante para él o ella, e invita al cliente a actuar en función de esos valores, a pesar, tal vez, de la falta de ganas que pueda sentir en un momento determinado.

Obviamente, esto implica también que un posible objetivo importante durante la entrevista ha de ser la *identificación de valores*, como veremos.

4 Estrategias y habilidades

4.1 El modelo biográfico-contextual del comportamiento y la estrategia de la entrevista motivacional

Si el objetivo de la entrevista motivacional consiste en influir sobre el comportamiento del consultante favoreciendo la toma de decisiones y, en su caso, un compromiso en relación con el cambio de hábitos relacionados con la salud, el modelo expuesto contiene, como se ha señalado ya, implicaciones estratégicas importantes.

Esencialmente, hemos tratado de mostrar que, con independencia de los indudables efectos perjudiciales atribuibles al comportamiento sobre el que estemos tratando, del propio conocimiento de estos efectos por parte del individuo (no olvidemos que, por ejemplo, numerosos profesionales de la salud bien informados son también fumadores) e incluso del deseo sincero de cambio por parte del consultante, las ambivalencias y las resistencias al cambio pueden mantenerse porque se trata de hábitos fuertemente arraigados y que producen beneficios y satisfacciones que compensan al individuo en su interacción cotidiana con los distintos contextos y situaciones de la vida. Como corolario, todas las dificultades, temores u objeciones que plantee el usuario son legítimos, tienen pleno sentido y no deben ser cuestionados como irracionales.

La estrategia de la *validación* de la perspectiva del usuario, elemento clave de la entrevista motivacional, se basa en esta realidad psicológica, y difícilmente puede utilizarse de modo coherente si el profesional no comparte este planteamiento teórico y se limita a aplicar sin sentido los procedimientos que veremos más adelante.

Por otra parte, y según lo expuesto, comportamientos de riesgo como fumar tabaco, beber alcohol o abusar de las grasas saturadas son conductas *morfológicamente simples pero funcionalmente complejas* y que impregnan numerosos ámbitos de la vida. Su modificación requiere del individuo un proceso de renuncia y de aprendizaje costosos, y la actuación profesional debe dirigirse a todas las variables implicadas, no limitándose a la prescripción de un fármaco junto con, en el mejor de los casos, a ofrecer un 'apoyo psicológico' inconsistente. Por este mismo motivo, sería ingenuo suponer que la mera información sobre los riesgos sea suficiente para que los usuarios adopten una decisión y un compromiso firmes y mantenidos.

Dado que hablamos de un proceso de aprendizaje, y no de 'curación' de una enfermedad, es esencial la participación activa del 'aprendiz'. La relación terapéutica debe entenderse como una relación de *colaboración* en la que el usuario es un agente activo y no un mero 'paciente' que sigue de modo disciplinado las pautas marcadas por el 'experto'. No hace falta insistir en que este concepto puede plantear cambios sustanciales en el modo de obrar habitual de numerosos profesionales y contextos. Así, el profesional no dice al consultante 'lo que debería' hacer o dejar de hacer, ni se limita a informar o a advertir sobre los riesgos, sino que ayuda en la tarea (que corresponde al consultante) de tomar una decisión, de adoptar un plan de acción, de llevarlo a cabo y de afrontar las dificultades que van surgiendo.

La *validación* de la perspectiva del usuario implica también la validación de la decisión que este adopte respecto al cambio. Obviamente, este principio supone que la decisión al respecto corresponde al consultante, no al profesional. Este se limita a crear un contexto interpersonal que ayude al usuario a adoptar una decisión personal y de calidad. En caso de que el usuario decida hacer un intento de cambio, esta decisión será más firme y comprometerá más que si es adoptada por la imposición más o menos velada del profesional. Los datos al respecto así lo confirman.

La estrategia no directiva de Carl Rogers

Entre los referentes fundamentales de la entrevista motivacional ocupa un lugar destacado la obra del psicólogo norteamericano Carl Rogers, uno de los 'padres' de la terapia de orientación fenomenológica o humanista, y especialmente de la llamada *psicoterapia no directiva* o *psicoterapia centrada en el cliente*. Así lo consideran Miller y Rollnick, que vinculan a ella los principios y la estrategia de la entrevista motivacional de modo prácticamente exclusivo.

Rogers publicó en el año 1957 uno de los artículos más influyentes y citados en la historia de la psicología clínica. El artículo se titulaba *Las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico de personalidad*³⁸. En él, Rogers planteaba que, para que se produjera el cambio terapéutico, existían tres condiciones que no solo eran necesarias sino, además, (y esta es la mayor audacia) suficientes. Estas tres condiciones, que no son meros procedimientos o técnicas sino actitudes del terapeuta, son la congruencia, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática.

- La *congruencia* o *autenticidad*, por parte del terapeuta, significa el acuerdo interno entre el concepto de sí mismo y la experiencia, por oposición al uso automático de técnicas y procedimientos. Esta congruencia es justamente el objetivo a conseguir de parte del consultante. Se trata de una condición que facilita el encuentro con el otro y hace posible la aparición de las otras dos condiciones.
- La *consideración positiva incondicional* o *aceptación* supone la apertura, el interés genuino, el respeto y la legitimación hacia los sentimientos, opiniones, creencias o deseos del cliente, sean estos los que sean, aunque sean opuestos a los mantenidos por el profesional o aunque incluyan ideas o actitudes equivocadas o que impliquen algún tipo de riesgo, por el hecho de tratarse del resultado de las circunstancias y experiencias del cliente. Obviamente, no se trata de estar de acuerdo con lo que refiere el cliente o de darle la razón.
- La *comprensión empática* consiste en la capacidad de ver las cosas desde la perspectiva del otro, de sumergirse en su mundo subjetivo, y de comunicar al otro esta visión.

En la teoría de la personalidad de Rogers, el sufrimiento psicológico, el conflicto y la ambivalencia se deben a la incongruencia entre el yo tal como el individuo lo percibe y el conjunto de su experiencia como organismo. El origen de la incongruencia está en la no aceptación de determinados aspectos de la experiencia, y especialmente determinados sentimientos y emociones, por ser inaceptables o no coherentes con la percepción del yo. El objetivo de la terapia es, por lo tanto, conseguir que el autoconcepto sea congruente con la totalidad de la experiencia del consultante. La estrategia para conseguir esta congruencia es precisamente la aceptación positiva incondicional (aceptación, validación) por parte del profesional, de todos los aspectos de la experiencia orgánica del cliente. Al no existir ningún tipo de juicio de valor por parte del profesional, que acepta cuanto le refiere el cliente como legítimo por ser fruto de su experiencia personal, el cliente se experimenta libre para 'poner sobre la mesa' cualquier tipo de sentimiento o conflicto como propios, integrándolos, de este modo, en su imagen del yo.

Este mismo procedimiento de indagación, de interés genuino, de empatía y de eliminación de cualquier tipo de valoración o confrontación, y que denominamos en el texto como *validación*, es el que se utiliza en la entrevista motivacional en orden a promover la toma de decisiones personal y el compromiso por parte del cliente.

38 CR Rogers (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology 21, 95-103.

4.2 El principio de interdependencia y las resistencias

Durante la entrevista motivacional el profesional busca *promover en el consultante argumentos favorables al cambio* y, al mismo tiempo, *hacer menos probables los argumentos dirigidos a no cambiar*. Este objetivo es posible gracias al principio de interdependencia del comportamiento.

El *principio de interdependencia* es una consecuencia del carácter contextual del comportamiento. En las situaciones interpersonales, el contexto es la otra persona. Este principio tiene especial relevancia para nosotros porque significa que *lo que haga y diga el consultante depende de lo que hagamos y digamos nosotros*.

Las resistencias del consultante o su disposición al cambio no son, por lo tanto, una condición exclusivamente personal, algo que trae consigo, como parecemos asumir cuando decimos de un usuario de nuestros servicios que es obstinado, reiterativo, terco... sino algo que surge y se fortalece (o no surge, o se diluye) en la transacción con el profesional. El principio de interdependencia es lo que permite que la entrevista motivacional tenga sentido.



Figura 12. Las resistencias al cambio pueden surgir y fortalecerse en la transacción con el profesional

Lamentablemente, son muchas las ocasiones en las que la manera que tiene el profesional de conducir la entrevista, lejos de promover la disposición al cambio, favorece la aparición y el fortalecimiento de las resistencias. Obsérvese este diálogo entre el profesional de la salud y Maite, una mujer de 52 años que fuma un paquete de tabaco al día y, además, varios porros a la semana. Maite tiene antecedentes familiares de enfermedades graves debidas al tabaco, ha hecho varios intentos de dejarlo y ahora acude nuevamente para hacer un nuevo intento. Hasta ahora ningún profesional le ha dicho que tenga de dejar también los porros. Ella los fuma cuando está sola, en su casa, por la noche.

PROFESIONAL	(Mirando la pantalla del ordenador) Bien, por lo que veo parece que por fin está usted considerando seriamente dejar de fumar, ¿no?
MAITE	Sí, sí.
PROFESIONAL	Bien, está bien. Lo cierto es que usted tiene que dejar de fumar. Tiene un trastorno por dependencia, bueno, en realidad dos trastornos por dependencia, dependencia nicotínica y dependencia de cannabis. Y, por lo tanto, existe un riesgo de morbilidad claro, y es importante que usted deje ya de fumar.
MAITE	(Con voz temblorosa y mirándose las manos). Hombre, dicho así, no sé, parece que soy una drogadicta, una enferma... 'trastorno doble...'
PROFESIONAL	(Interrumpiendo y encogiéndose de hombros). Bueno, vamos a ver, usted reúne los criterios para un diagnóstico de trastorno de dependencia. Lo que pasa es que en este país el tabaco es algo que siempre se ha considerado que no importaba, pero aquí hay un trastorno de dependencia. Y, además, muchas veces se lo hemos advertido, tiene un riesgo importante por antecedentes familiares y personales, y tiene usted que dejar de fumar, el tabaco y los porros. Entonces yo lo que voy a hacer es recetarle unas pastillas, que ahora le explicaré cómo se utilizan, y adelante.
MAITE	Pero ¿tengo que dejar también los porros? Eso sí que no.
PROFESIONAL	(Echándose hacia atrás) Pues usted verá, pues usted verá, milagros no hacemos. Hay una relación desde el punto de vista bioquímico, el sistema cannabinoide tiene un mecanismo de potenciación mutua con el sistema dopaminérgico por el cual es muy difícil... o sea, el craving, el deseo de fumar cannabis se dispara también si fuma tabaco y, por lo tanto, lo que hay que hacer es dejar las dos cosas.
MAITE	¿Y no puedo, como hace una amiga mía, fumar un porro de vez en cuando, no sé, una vez a la semana...?
PROFESIONAL	(Interrumpiendo y haciendo gestos con las manos). No, no, vamos a ver, su amiga es su amiga, no vamos a entrar en el caso de su amiga, todos tenemos un amigo que hace cosas, un abuelo que murió a los 90 años y fumaba, a mí eso no me interesa y a usted tampoco debería interesarle. Eso son excusas, excusas...
MAITE	(Interrumpiendo, encogiéndose de hombros) Bueno, yo conozco gente que ha muerto de un cáncer de pulmón y no ha fumado en su vida...
PROFESIONAL	Uf, si yo le contara a usted los casos que veo, de eso y de todo lo contrario... son excusas, nada más, y lo que hay que hacer es coger el toro por los cuernos

MAITE	(Mirándose las manos) Bueno, pues... recéteme las pastillas.
PROFESIONAL	De acuerdo. Pero hay otra cosa: lo verdaderamente importante no son las pastillas, sino que usted ponga de su parte, que le eche fuerza de voluntad. Si usted no pone de su parte, por mucha pastilla que tome no hay nada que hacer. ¿Está claro?
MAITE	No sé, ya veremos...
PROFESIONAL	No, ya veremos no, verá usted, mi responsabilidad profesional queda cubierta informándole y diciéndole lo que tiene que hacer, pero a partir de ahí es responsabilidad suya.
MAITE	(Con gesto de escepticismo) Bueno, vale... ¿Y los porros?
PROFESIONAL	Ya se lo he dicho, hay que dejarlos, es cuestión de echarle voluntad y ya está
MAITE	Pero me va a costar mucho, ¿no lo entiende? Cuando estoy sola en casa, después de cenar, después de un día duro, me encanta fumarme un canuto y evadirme un rato, es uno de los pocos placeres que tengo y creo que no pasa nada por fumar un porro de vez en cuando.
PROFESIONAL	(Suspirando) Pues claro que lo entiendo, claro que lo entiendo, pero esto es así, qué quiere que le diga...

La evolución previsible del caso es que Maite manifieste una conformidad aparente con las instrucciones del profesional, más que nada para escapar de una situación que resulta aver-siva porque se siente incomprendida, juzgada y sermoneada. Sería una ingenuidad esperar de esta intervención un verdadero compromiso con el cambio; más bien, como tantas veces ocurre, dará lugar a un intento con escasas perspectivas de éxito que termine, una vez más, con la recaída y la vuelta a fumar, y esta vez con menos probabilidades aún de volver a intentarlo, al menos con el mismo profesional.

¿Maite es una consultante 'resistente'? ¿O es el comportamiento del profesional el que la hace 'resistente'? Observemos qué efecto parecen producir, sobre su disposición al cambio, determinados aspectos de los mensajes del profesional como, por ejemplo:

- Mensajes que expresan hartazgo y desinterés: *por fin está usted considerando... muchas veces se lo hemos advertido... mi responsabilidad profesional queda cubierta informándole y diciéndole lo que tiene que hacer...*
- Mensajes que hurtan su derecho a decidir y le dicen lo que tiene que hacer: *lo cierto es que usted tiene que... lo que hay que hacer es dejar las dos cosas...*
- Mensajes que presionan para que actúe ya: *es importante que usted deje ya de fumar... lo que voy a hacer es recetarle unas pastillas...*

- Mensajes que invalidan, juzgan y minusvaloran sus dificultades, sus temores, sus dudas, sus objeciones: *milagros no hacemos... a mí eso no me interesa... todos tenemos un amigo que hace cosas, un abuelo que murió a los 90 años... eso son excusas...*
- Jerga técnica que, lejos de informar, se limita a etiquetar: *reúne los criterios para un diagnóstico de trastorno de dependencia... el sistema cannabinoide tiene un mecanismo de potenciación mutua con el sistema dopaminérgico por el cual es muy difícil... el craving...*
- Interpretaciones sobre sus motivos: *lo que pasa es que en este país el tabaco...*
- Mensajes vagos, interpretables, que no comunican nada ni resuelven ninguna duda: *lo verdaderamente importante no son las pastillas, sino que usted ponga de su parte, que le eche fuerza de voluntad... lo que hay que hacer es coger el toro por los cuernos...*
- Falsa empatía: *pues claro que le entiendo, pero...*

Da la sensación de que el consultor 'acorralla' a la consultante y de que esta se 'defiende' del acorralamiento. Es obvio que el estilo de comunicación del profesional, lejos de favorecer una disposición receptiva por parte de Maite, la lleva a encerrarse más y más.

4.3 Dos estrategias entrelazadas

En el ámbito sanitario, la entrevista motivacional tiene como objetivo hacer probable que el entrevistado adopte una decisión de cambio en relación con un comportamiento relacionado con su salud. Ese objetivo final incluye un objetivo instrumental, cuya consecución es condición previa y también herramienta esencial para alcanzar el primero: el establecimiento de una relación basada en la confianza hacia el profesional y en la permeabilidad hacia su influencia.

De este modo, cabe distinguir dos estrategias que ocurren al mismo tiempo pero que no son paralelas sino más bien entrelazadas y a veces fundidas:

- Una estrategia dirigida a promover la *permeabilidad* del consultante ante la influencia del consultor: la *validación*.
- Una estrategia dirigida a promover en el cliente *decisiones favorables al cambio* de comportamiento.

Cada una de estas estrategias se materializa en habilidades y procedimientos específicos que constituyen los 'ladrillos' de la entrevista motivacional, y a las que nos referiremos más adelante.

4.3.1 La estrategia para promover la permeabilidad del consultante: la validación.

Es un hecho que cuando los profesionales sanitarios muestran consideración y respeto hacia sus consultantes la motivación y el compromiso de estos se acrecientan y el cambio se hace factible. A este trato lo llamamos *validación*.

La validación consiste, pues, en el conjunto de actuaciones que durante la consulta se orientan a reconocer la legitimidad, el sentido y la racionalidad del punto de vista del consultante, cualquiera que sea este y con independencia de lo alejado que pueda estar del conocimiento científico o de lo que se considera recomendable, y a manifestarlo así al consultante. Obviamente, no se trata de darle la razón ('válido' o 'legítimo' no significa necesariamente 'verdadero') sino de reconocer que el interlocutor tiene motivos y razones, enraizados en su biografía y en su circunstancia, para mantener sus creencias, sus deseos y sus decisiones.

La estrategia de la validación implica, por lo tanto, asumir que cada consultante es *único y exclusivo*, y que, por lo tanto:

- Es inevitable y legítimo que mantenga su propia perspectiva, sea cual sea, de modo que es igualmente legítimo que manifieste resistencias al cambio, que tenga sus propias opiniones, que disienta abiertamente de lo que les sugerimos que haga e incluso que incurra en conductas de riesgo y las aprecie.
- El mejor camino para promover la apertura a la influencia del consultor es aceptar y reconocer esta legitimidad.

El efecto que produce la validación de la perspectiva del otro es *favorecer la permeabilidad* a la influencia del consultor. En la figura siguiente hemos representado el efecto diferente que producen los mensajes del profesional. Hemos representado la falta de receptividad con una línea continua, como una membrana cada vez más gruesa, en la que los argumentos del profesional 'rebotan' del mismo modo que una pelota sale rebotada más lejos cuanto más fuertemente la lanzamos contra una pared. La permeabilidad la representamos justamente como lo contrario: una membrana porosa que absorbe, que deja pasar las consideraciones del profesional.

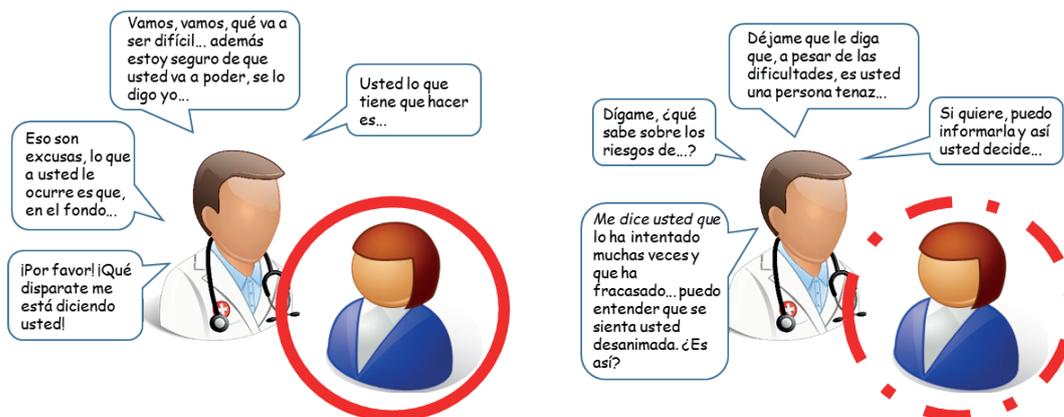


Figura 13. La invalidación provoca resistencias. La validación provoca permeabilidad

Así pues, la validación es condición necesaria para que se produzca permeabilidad a la influencia del consultante. Cuando el consultor se interesa por la opinión del otro, por sus deseos, por su punto de vista, por sus dificultades, legitimándolos y no juzgándolos, se desvanecen las resistencias y el consultante se vuelve receptivo.

El anverso de la validación es la *invalidación*, que practica el profesional del segundo ejemplo, y cuyas 'estrategias' aparecen resumidas en la siguiente figura.

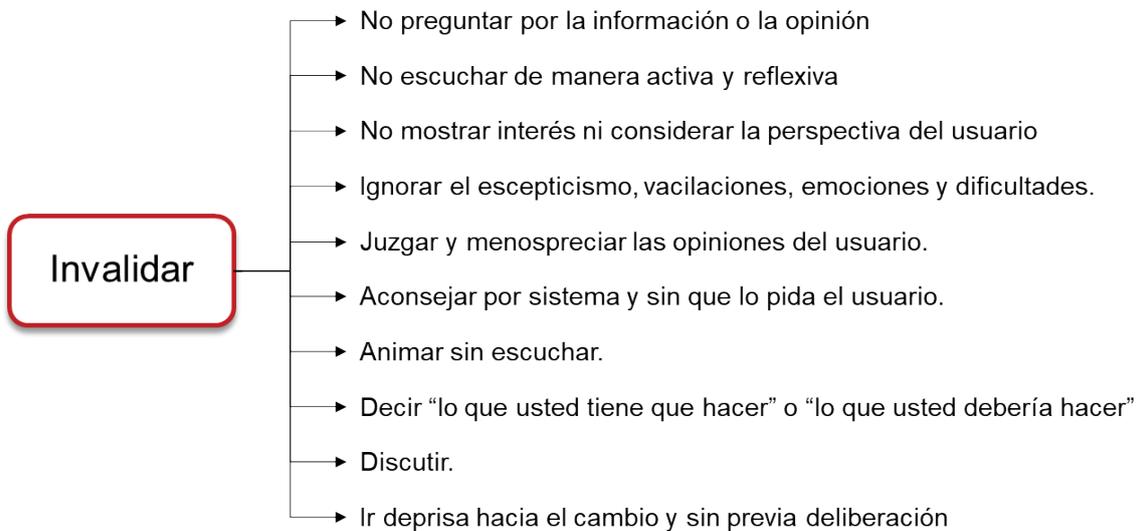


Figura 14. Maneras de invalidar

La figura sintetiza lo que NO debe hacerse si se pretende motivar y comprometer al usuario con los procesos de cambio orientados a facilitar las opciones saludables. Esta estrategia conduce a que el consultante adopte un comportamiento *defensivo*, generando nuevos argumentos para *mantener su posición* y anulando por tanto su receptividad. También puede dar lugar a una *conformidad aparente*, que busca más que nada que el profesional no le regañe o le sermonee (*bien, haré lo que usted dice*) pero que no genera verdadero compromiso con el cambio.

Insistamos en que la estrategia de la validación, aunque incluye la práctica de un conjunto de procedimientos, no se reduce a su aplicación protocolaria, sino que es una consecuencia práctica del marco teórico en el que nos movemos, y que hemos explicado ya. Más aún: la estrategia de validación es más eficaz y más sencilla de utilizar cuando está orientada por ese modelo conceptual.

La validación implica, pues, un *cambio de perspectiva teórica* y un *cambio de actuación profesional* con respecto al manejo de determinadas situaciones que son frecuentes en el contexto clínico o de promoción de hábitos saludables, y en las que, con mucha frecuencia, el profesional tiende a actuar de modo directivo e invalidante. Pongamos dos ejemplos:

- Ante el *incumplimiento de propósitos* manifestados previamente por el consultante, es decir, ante la vuelta al patrón anterior de comportamiento que es poco saludable o que implica riesgos (volver a fumar, saltarse una norma dietética, volver a mantener relaciones sexuales sin protección...) después de un tiempo en que se había producido el cambio. La validación implica considerar el incumplimiento de propósitos no como un síntoma de resistencia, de terquedad, o de un proceso patológico subyacente ('recaída'), ante el cual es preciso advertir y reconvenir al usuario o adoptar sin más medidas para que no se repita, sino como una *decisión*, condicionada sin duda por la situación, pero legítima, que el consultante adopta, y que el consultor enfocará como una oportunidad para que el consultante se replantee si desea persistir en el propósito inicial de cambio, tal vez aprendiendo de la experiencia, o por el contrario si decide continuar con sus viejos hábitos. Esta actitud de aceptación y respeto posibilita que el interlocutor no oculte al profesional que ha vuelto a fumar o que ha vuelto a mantener relaciones sexuales de riesgo (algo frecuente cuando el profesional juzga o reprende) y permite replantear abiertamente la decisión inicial, que siempre va a ser una decisión del consultante, nunca del consultor, generando, por lo tanto, un mayor compromiso con la decisión adoptada. El incumplimiento de propósitos, lejos de ser un primer paso para la vuelta a los viejos hábitos, es entonces una oportunidad para consolidar el cambio. Volveremos a esta cuestión.
- Obviamente, cuando el consultante *decide no adoptar un cambio de comportamiento*: seguir fumando, seguir con un estilo de vida sedentario, seguir abusando del alcohol y conduciendo un vehículo, seguir manteniendo relaciones sexuales sin protección... Tal vez sea en esos casos cuando cuesta más refrenar la tendencia, tan arraigada, a adoptar un rol de experto que dice al otro lo que tiene que hacer (el *reflejo de corrección*, en palabras de Miller y Rollnick). Aunque esta tendencia no puede ser más bienintencionada ni más justificada desde el punto de vista de lo que es aconsejable y lo que no, es preciso considerar algunas cuestiones:
 - Ante todo, la decisión del consultante de seguir bebiendo del mismo modo (por ejemplo) no indica cabezonería ni necesariamente inconsciencia, sino el *importante valor* instrumental, funcional, adaptativo, de este comportamiento y los *obstáculos* que el consultante percibe para cambiarlo.
 - En segundo lugar, considerar la decisión del consultante como válida y legítima, y manifestárselo empáticamente (*realmente no es tan sencillo cambiar eso, ¿verdad?, tienes claro que no te compensa...*) sin realizar juicios de valor ni discutir ni interpretar (*¿pero estás loca o qué?, esto no puede seguir así, lo que tienes que hacer es llevar siempre preservativos, lo que te ocurre es que tienes miedo a no gustar a los chicos...*) produce el efecto de *favorecer la permeabilidad* hacia la influencia del consultor en orden a que el consultante adopte una decisión a partir de la consideración de los beneficios y perjuicios de uno u otro comportamiento y de una visión más realista de los obstáculos y sus posibles soluciones.

- Recordemos, finalmente, el principio de *interdependencia*: las decisiones son contextuales, la resistencia al cambio se construye en la transacción y, por lo tanto, si el consultante se enroca en una decisión claramente contraria a la salud hemos de asumir que el consultante ha vivido anteriormente, tal vez en repetidas ocasiones, la experiencia de la invalidación y de que le digan lo que ‘tiene que hacer’.

4.3.2 Estrategias para promover la toma de decisiones

La validación de la perspectiva del consultante implica el reconocimiento de su singularidad y su legitimidad. También es un fundamento, una condición previa que hace posible y sustenta la estrategia que el consultor pone en marcha para que el consultante adopte una decisión y un compromiso con el cambio, y que desarrollaremos con cierta extensión en el capítulo 5. Aquí nos limitaremos a señalar el cambio estratégico radical que implica la entrevista motivacional frente al modelo tradicional, y que representamos en la figura. En el modelo tradicional el profesional ofrece argumentos de distintos tipos para ‘convencer’ al consultante de las bondades del cambio, mientras que en la entrevista motivacional el profesional busca que sea el propio consultante quien genere y plantee esos argumentos, como veremos en el capítulo 5.

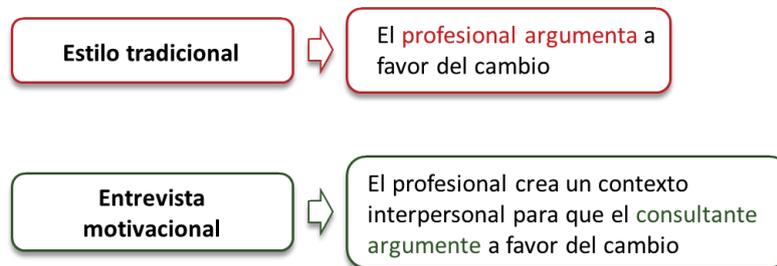


Figura 15. Cambio estratégico radical que implica la entrevista motivacional frente al modelo tradicional

4.4 Habilidades que materializan las estrategias de la validación y la toma de decisiones

No es fácil separar de modo tajante las habilidades y procedimientos que materializan una y otra estrategia. La construcción de un tipo determinado de relación interpersonal no es un fin en sí mismo, sino un elemento que está orientado y que favorece los procesos de toma de decisiones y de cambio; y, al revés, los procedimientos específicos que ponemos en juego para avanzar hacia la toma de decisiones se ponen en práctica de tal manera que validan y legitiman las resistencias y ambivalencias del cliente. La habilidad de *preguntar*, por ejemplo, podría ser incluida tanto en un grupo como en otro: en la medida en que preguntar es el punto de partida para conocer y, por lo tanto, para seguir preguntando, para

señalar discrepancias, para informar, etc., es, indudablemente, un elemento que forma parte del proceso de deliberación que conduce a la toma de decisiones; pero, en la medida en que preguntar es (o puede ser) la antesala de la *escucha activa*, es un potente instrumento para transmitir al interlocutor interés genuino por aquello que nos va a comunicar y, por lo tanto, forma parte del proceso de *validación*. Otro tanto cabe decir de la propia *escucha activa*. Ciertamente, es una destreza orientada a la construcción de una relación interpersonal basada en la aceptación, la confianza, el interés genuino y la validación de la perspectiva del cliente; pero, al mismo tiempo, en la medida en que es no solo activa sino *intencional*, de modo que se utiliza de modo diferencial para prestar atención y, por lo tanto, reforzar más aquellas verbalizaciones del cliente que están orientadas hacia el objetivo de la entrevista, es también un potente instrumento para avanzar en el proceso hacia el cambio.

Así pues, optamos por una caracterización de los procedimientos sin asignarlos a una u otra estrategia.

Ambas estrategias implican poner en juego determinadas habilidades o destrezas de comunicación, que resumimos en la figura siguiente, y que pasamos a caracterizar.

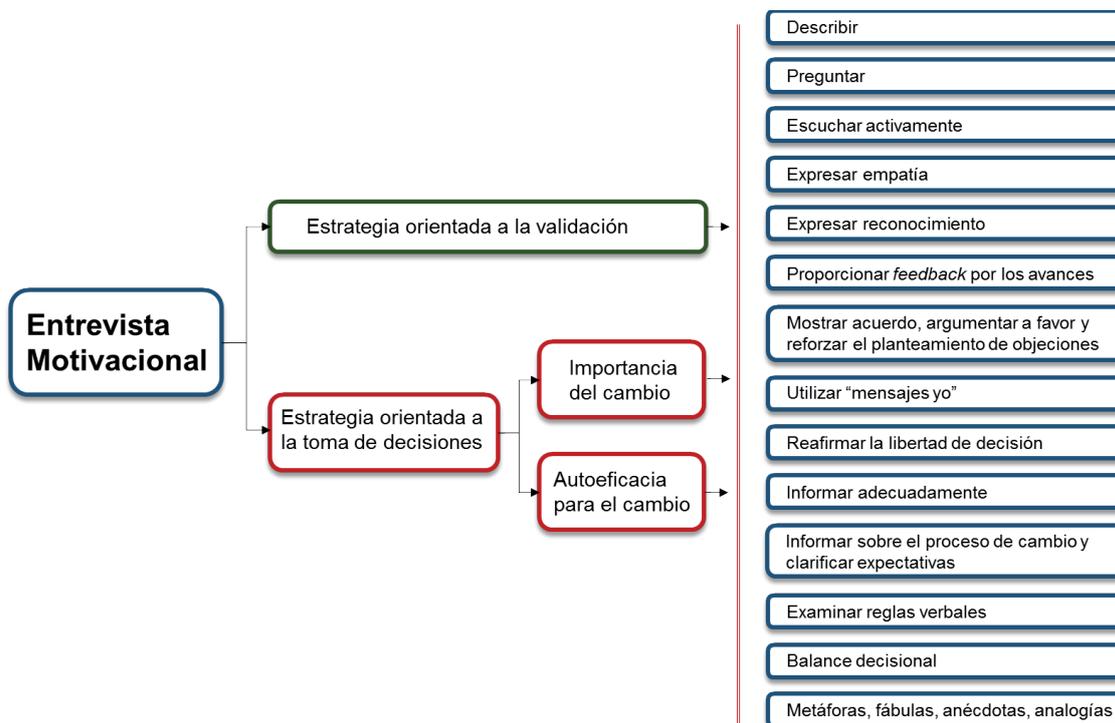


Figura 16. Estrategias y habilidades en la entrevista motivacional

4.4.1 Describir

La entrevista motivacional parte siempre de algún acontecimiento o algún conjunto de datos que llevan a plantear la conveniencia de un cambio en alguna conducta relacionada con la salud. Este punto de partida puede ser diverso:

- Los resultados de analíticas o pruebas, realizadas de forma rutinaria o por cualquier motivo, que identifican, por ejemplo, un consumo excesivo de alcohol.
- La reiteración de un motivo de consulta que supone una conducta de riesgo, como, por ejemplo, el hecho de que una joven acuda varias veces pidiendo anticoncepción de urgencia.
- La derivación por una sanción administrativa, por ejemplo, por consumo de cannabis en la calle.
- Un diagnóstico previo, por ejemplo, de diabetes tipo 2.
- Un exceso de peso apreciado en consulta.
- La preocupación de los allegados por algún comportamiento arriesgado, como conducir un coche bajo los efectos del alcohol o de alguna otra droga.
- La iniciativa del propio interesado, que acude a nuestro centro interesado en un programa para reducir y controlar su peso, o para dejar de fumar.
- La existencia de antecedentes familiares de enfermedades graves asociadas a algún hábito.

Esta detección de la existencia de un posible problema que puede requerir un cambio de comportamiento suele plantearse siempre al principio de la entrevista, porque es lo que justifica que se produzca, pero es esperable que existan referencias a ella en otros momentos de su desarrollo.

La habilidad de *describir* consiste en *exponer los hechos* o en *plantear los motivos* que dan lugar al planteamiento de un cambio de comportamiento. Si la entrevista tiene lugar por iniciativa del propio consultante, será este quien exponga inicialmente estos hechos o motivos. Si no es así, será el profesional el encargado de plantearlos.

La importancia de *describir* es fácil de percibir si se compara con otras formas diferentes de empezar la entrevista, como etiquetar, diagnosticar, hacer interpretaciones sobre los motivos o las intenciones, generalizar, utilizar un lenguaje impreciso o hacer juicios de valor, como se ve en los ejemplos de las figuras siguientes.



Figura 17. Etiquetar o diagnosticar produce resistencias



Figura 18. Interpretar los motivos o las intenciones produce resistencias



Figura 19. Generalizar o utilizar un lenguaje impreciso produce resistencias



Figura 20. Hacer juicios de valor produce resistencias

Estas formas de plantear la cuestión *favorecen la resistencia* en un momento especialmente sensible. Los primeros intercambios verbales con el entrevistado marcan en buena parte la pauta, el clima, los objetivos y las reglas de lo que va a ser el desarrollo de la entrevista, y por lo tanto la disposición del consultante a tomar en consideración lo que diga el entrevistador. Un buen comienzo es sumamente importante, y, por ello, en la entrevista motivacional debemos ser cuidadosos. Recuérdese el principio de interdependencia. Tendemos a rechazar aquellas opiniones que nos cuestionan, que consideramos injustas, que no nos toman en consideración o que, simplemente, no comprendemos.

Veamos algunos ejemplos de descripción de los motivos de la entrevista:

Veo por tu historia que fumas en torno a dos paquetes de tabaco diarios. Además, creo que tomas la píldora anticonceptiva. ¿Es correcto?

Veo que es la tercera vez que vienes a consulta para tomar la píldora de emergencia. La primera vez fue hace 3 meses y la segunda hace un mes y medio. ¿Es así?

Si no me equivoco te envía tu empresa porque están preocupados porque hace unos días te hicieron un test de alcohol en sangre y diste 0,4. Además, hace un par de meses te hicieron otro control y diste 0,3. Como sabes, son valores que están por encima de lo que permite la ley para conductores profesionales, y, además, tu empresa exige que des 0. Tu analítica es normal, no hay nada en ella que indique abuso de alcohol, el problema está en tu actividad profesional. ¿Es correcto?

Como sabes, estás aquí porque hace unos días te pillaron fumando un porro en la calle y te pusieron una sanción, y eso obliga a acudir a un centro de deshabituación...

Bien, estás aquí porque tus padres querían que vinieras, están muy preocupados porque, al parecer, te han visto volver a casa con el coche con aspecto de haber estado bebiendo... ¿es así?

Por lo que veo has pedido cita con nosotros porque quieres apuntarte a nuestro programa para perder peso. Por lo que sé, has intentado perder peso en varias ocasiones, y lo has conseguido, pero después siempre has recuperado el peso perdido, y te sientes un poco desanimada, ¿es así?

Como se observa, esta descripción termina siempre pidiendo al consultante que confirme los datos, para darle la oportunidad de confirmar cuál es el origen de la entrevista, corregir si hay algo incorrecto o añadir algo más si le desea.

4.4.2 Preguntar

Preguntar es una habilidad esencial en cualquier escenario de la comunicación interpersonal. Quien domina el arte de las preguntas (qué preguntar, cómo y cuándo) tiene mucho camino recorrido para llegar a ser competente en la práctica de la entrevista motivacional.

Las referencias documentales al uso de las preguntas para orientar el curso del pensamiento del interlocutor y acceder así a una percepción más ajustada de la realidad se remontan

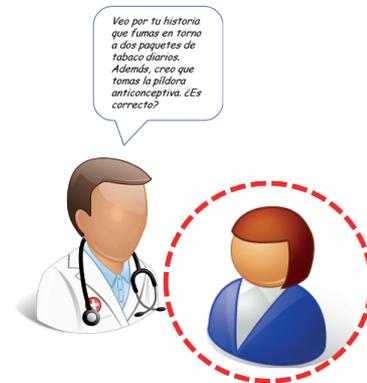


Figura 21. Describir favorece la permeabilidad

hasta el filósofo griego Sócrates, a quien se atribuye la invención, hace veinticinco siglos, del diálogo o *cuestionamiento socrático*, también llamado *mayéutica* o *arte de las parteras* por su similitud con la tarea física de extraer o ayudar a alumbrar la aparición de un nuevo ser. En el diálogo platónico del *Teeteto*, el personaje de Sócrates dice que, así como la comadrona no da a luz ella misma, sino que ayuda a la mujer a dar a luz, tampoco él proporciona conocimiento, sino que ayuda al interlocutor a dar a luz su propio conocimiento. En Sócrates las preguntas sirven para acceder al conocimiento filosófico, un objetivo más bien teórico. En nuestro caso vamos más allá: las preguntas son, siempre, el punto de partida que enciende la toma de decisiones y el proyecto del cambio.

Por lo que respecta a su función como elemento de validación, las preguntas, cuando son *abiertas* y van seguidas de *escucha activa*, sirven para conseguir dos objetivos importantes:

- En primer lugar, sirven para *mostrar interés* por lo que el interlocutor tiene que comunicar. Ciertamente, para mostrar interés es necesario *escuchar* (como bien sabemos), pero para escuchar suele ser necesario primero *preguntar*, dar la oportunidad al otro de ser escuchado.
- En segundo lugar, las preguntas *suscitan el interés del interlocutor*, hacen pensar a este acerca de una cuestión de la que tal vez se va a tratar en la conversación, o de la que va a ser informado, y, de este modo, lo vuelven receptivo a los mensajes del entrevistador.

Obsérvese en la figura qué diferente es el efecto que producen, sobre la disposición de los asistentes, estas dos formas de comenzar una sesión en un taller de educación para la salud para dejar de fumar.

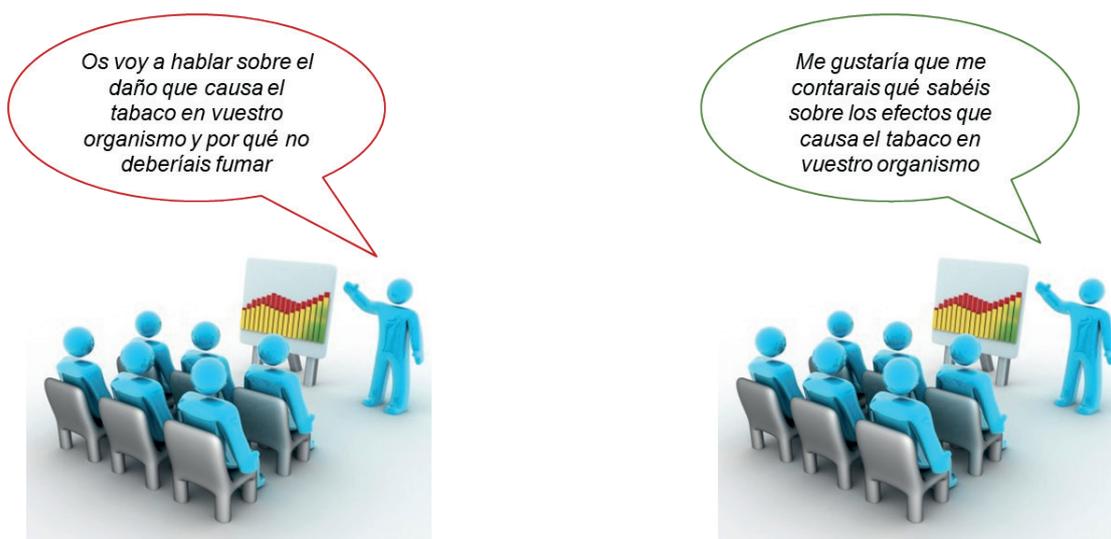


Figura 22. Preguntar sirve para mostrar interés y para suscitar el interés del otro

Por lo que respecta a la estrategia para promover la toma de decisiones, las preguntas cumplen también dos funciones:

- La más evidente consiste en acceder a la *información necesaria para ajustar nuestra intervención*. Así, por ejemplo, en el ejemplo de la figura anterior, si los asistentes a la charla exponen al monitor lo que ya saben, el monitor puede:
 - Evitar reiterar una información ya conocida, innecesaria y tal vez tediosa, y centrarse en aquello que nos asistentes no conocen
 - Identificar necesidades de información que no tenía previstas, e incluirlas en su exposición.
 - Ajustar los ejemplos a la casuística específica del interlocutor o interlocutores, evitando referirse a situaciones que no tienen nada que ver con su realidad personal o profesional.
- Además, las preguntas sirven para *orientar el desarrollo de la entrevista* por el camino que conduce hacia nuestro objetivo. A través de preguntas convenientemente enlazadas promovemos que el consultante hable acerca del cambio, de su confianza, de los obstáculos que percibe o de lo que necesitaría.

Las preguntas en la entrevista motivacional pueden ser diversas, pero hay algunas que aparecerán siempre y que conviene dominar, y hay otras que claramente conviene evitar.

Las preguntas clave a poner en práctica en la entrevista motivacional aparecen en el cuadro siguiente. Como se verá, todas ellas están encaminadas al mismo objetivo: **que el consultante hable a favor del cambio de comportamiento**: de los riesgos, de la importancia que tienen para él, de las ventajas del cambio, de su competencia para conseguirlo, de lo que podría hacer...

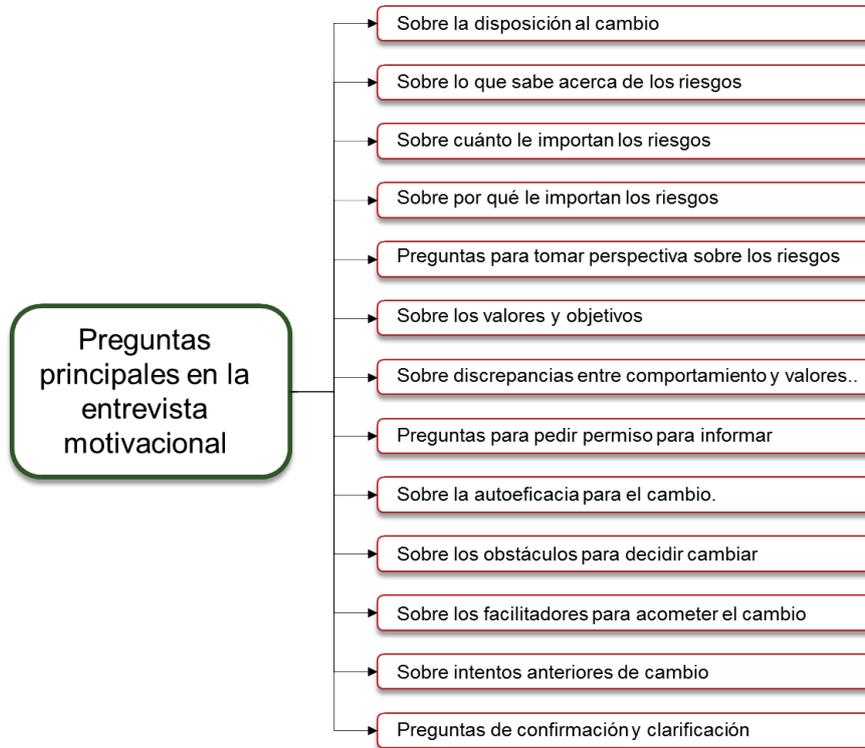


Figura 23. Preguntas principales en la entrevista motivacional

Vamos a detenernos en ellas

Preguntas sobre la disposición al cambio

Normalmente se plantean después de la descripción del motivo de la entrevista.

Por ejemplo:

¿Y tú cómo lo ves?

Por lo que veo, te han dicho que tendrías que... pero me interesa sobre todo tu perspectiva. ¿Hasta qué punto estás dispuesto a hacer caso a los que te dicen que deberías...?

Se utiliza sobre todo al principio de la entrevista. Sirve para situarnos en la *predisposición inicial* al cambio y, de este modo, perfilar mejor la estrategia a seguir durante la entrevista. Obviamente, la entrevista será más sencilla si el consultante plantea de entrada un discurso claramente favorable al cambio y a su competencia para conseguirlo; en este caso pasaríamos rápidamente a abordar cuestiones relativas al proceso mismo de cambio (información, expectativas, procedimientos...). Por el contrario, la entrevista será más compleja si no existe disposición previa al cambio.

Preguntas sobre lo que sabe acerca de los riesgos del comportamiento en cuestión

Por ejemplo:

¿Qué te han dicho sobre...?

¿Qué información tienes sobre los riesgos de...?

¿Qué sabes acerca de...?

Sirven para identificar lagunas de *información y expectativas* erróneas y, en el contexto del desarrollo de la entrevista, sirve sobre todo para *favorecer que el cliente argumente a favor del cambio*, en lugar de hacerlo nosotros mismos.

Recordemos que nuestra estrategia consiste en que sea el propio cliente quien descubra y verbalice las razones para el cambio. La información de la que dispone el cliente puede habérsela proporcionado otras personas u otras fuentes (el médico, internet...) y no está necesariamente relacionada con disposición al cambio, pero es el *punto de partida* para informar de modo personalizado sobre los riesgos (si procede) y para indagar por el grado de importancia o de preocupación que él o ella concede a esos riesgos. Este estilo no confrontativo produce como resultado que el cliente, incluso el más 'precontemplativo', traiga a colación una serie de argumentos, a veces larga y bien fundamentada, para el cambio. Si no es así, siempre es posible profundizar después (*hábleme un poco más, ¿en qué puede perjudicar su salud?*).

El elemento decisivo aquí es que los argumentos para el cambio no los aporta el profesional, como ocurre habitualmente, sino el propio consultante, y que él *se escucha a sí mismo* dando razones para dejar de fumar, dejar el cannabis o cambiar sus hábitos de alimentación.

Preguntas sobre cuánto le importan esos riesgos

Por ejemplo:

¿Hasta qué punto estos riesgos (embarazo, ITS, diabetes, enfermedades asociadas al tabaco o al alcohol...) son importantes para ti?

Si tuvieras que valorar en una escala de 0 a 100, donde 0 significa ninguna importancia y 100 significa importancia máxima, ¿cuánto dirías que te importan estos riesgos?

Sirven para que el consultante *argumente a favor del cambio*.

No hay que asumir que un buen conocimiento de los riesgos lleve sin más a cambios de comportamiento. Puede ocurrir que el consultante conozca bien los riesgos, para la salud o de otro tipo, asociados a fumar, a moverse poco o a no utilizar el preservativo, pero que esos riesgos no tengan importancia para él o que, más frecuentemente, no tengan efecto motivacional porque son percibidos como algo lejano e improbable. Una vez planteados los riesgos

y, si es necesario, haber informado acerca de ellos, preguntamos ahora por la importancia que tienen *para él o ella*. Su respuesta será atentamente escuchada y validada, sea cual sea. Si le pedimos que sitúe la importancia o el grado de preocupación que produce el riesgo para él en una *escala de 0 a 100*, conseguimos que el consultante afine más su respuesta que si se limitara a contestar *mucha, poca o ninguna*. Esa respuesta numérica (90, 50, 20...) nos permitirá enlazar con la pregunta siguiente.

Preguntas sobre por qué le importan esos riesgos

Por ejemplo:

¿Por qué 70 (o lo que haya contestado) y no 20 (siempre una puntuación inferior)?

Con esta pregunta seguimos promoviendo con preguntas que el consultante *argumente a favor del cambio*, en lugar de hacerlo nosotros mismos.

Si hemos utilizado en la pregunta anterior una escala numérica de importancia, la siguiente pregunta será por las razones de esa puntuación (sea cual sea) y no otra *inferior*. Preguntar por qué concede una importancia de 50 al riesgo de fumar cannabis y no una importancia de 0 es invitarle a que se fije y verbalice motivos para dejar de consumir cannabis, que es lo que pretendemos. A menudo el consultante plantea entonces una larga lista de motivos.

Preguntas para tomar perspectiva y considerar los riesgos

Por ejemplo:

¿Qué puntuación crees que diría tu pareja (o tu mejor amigo, o tus padres)? ¿Por qué?

¿Qué diría tu profesor sobre este asunto?

¿Qué te dice tu mejor amiga sobre el uso del preservativo?

¿Qué le dirías a un amigo que hiciera lo que haces tú?

¿Cómo te encontrabas durante tus embarazos, cuando no fumabas?

¿Cómo era tu vida hace años, cuando colaborabas en una ONG?

¿Qué ventajas le ves a utilizar el preservativo si fueras capaz de utilizarlo siempre?

¿Cómo te gustaría que fuera tu vida dentro de 5 años? ¿Cómo afectaría el hecho de no cambiar?

Estas preguntas se plantean cuando el consultante tiene *dificultades para identificar motivos de preocupación*.

En algunas de ellas preguntamos por la perspectiva de personas cercanas (los padres, la pareja, la mejor amiga, los profesores), lo cual facilita que hable sobre motivos para el cambio, aunque sean motivos aducidos por otras personas.

En otras preguntas invitamos a asumir una perspectiva temporal algo alejada del futuro inmediato. Siempre que sea posible, es preferible preguntar por experiencias pasadas reales (colaboración con ONG, embarazo...); también podemos invitar a que imagine su vida y su circunstancia dentro de 5 años.

Preguntas sobre los valores y objetivos

Por ejemplo:

¿Cuáles diría que son las cosas que más le importan en su vida?

En relación con su vida familiar, ¿qué cosas son importantes para Ud.?

Imagínate por un momento que consiguieras dejar de fumar... ¿qué consecuencia tendría esto para tu vida a la larga?

¿Qué le gustaría conseguir en tu relación con tus padres?

¿Y en relación con tu pareja?

¿Y en relación con los hijos?

¿Y en el trabajo?

¿Y en tus aficiones?

¿Y en la participación social?

¿En qué momentos del pasado se ha sentido especialmente feliz y satisfecho? ¿Por qué se sintió así?

¿Cuáles son las personas que admira? ¿Por qué son admirables para usted?

Con estas preguntas seguimos promoviendo que el consultante *argumente a favor del cambio*, esta vez planteando una perspectiva vital amplia: la del *contexto de sus valores y de los objetivos* que a él o ella le gustaría conseguir en la vida.

De este modo establecemos el punto de partida y la referencia para una posible decisión de cambio: esta decisión no estará determinada por lo que el profesional, el sistema sanitario o la sociedad en general consideran importante, sino por *lo que el propio cliente considera importante, en su vida, según su propia escala de valores*. Para conseguirlo es importante hablar acerca de esa escala de valores personal.

Hay que recordar que los comportamientos no saludables se mantienen por las consecuencias que producen a corto plazo (evitación de sensaciones desagradables, alivio emocional,

placer, facilitación de tareas...), y que su modificación requiere, por lo tanto, hacer presentes de algún modo, unos *beneficios del cambio* que pueden tener escaso valor motivacional porque suelen aparecer a la larga y, además, implican renunciaciones importantes. Se trata, pues, de invitar al cliente a *asumir una perspectiva temporal amplia y tomar una decisión desde ella*, y no simplemente desde las consecuencias inmediatas de los actos. Hacerlo así favorece notablemente que el cliente considere razones para el cambio.

Esta estrategia podemos concretarla de distintas maneras. Una de ellas es preguntar directamente por las cosas que importan al consultante en general (primera pregunta del ejemplo) o repasando los principales ámbitos específicos de la vida, como se ve en los ejemplos. Otra forma de indagar en los valores personales es preguntar acerca de momentos del pasado en que se ha sentido feliz, y por qué, y también en preguntar por personas a las que admira, y por qué.

Preguntas sobre las discrepancias entre el comportamiento y los valores.

Por ejemplo:

Por un lado, me dices que la salud y la seguridad económica tuya y de tu familia son algo muy importante para ti, y por otro sigues bebiendo antes de conducir, ¿cómo lo ves?

Por un lado, me cuentas tus planes de futuro, las cosas que te gustaría hacer, y te veo muy ilusionada con todo esto. Y, por otro lado, me dices que no utilizar el preservativo puede llevarte a un embarazo o a una enfermedad que pondría en peligro estos planes. Incluso me dices que tienes una amiga a la que le ha ocurrido. ¿Cómo lo ves?

Estas preguntas recogen todo el diálogo anterior, e invitan directamente a considerar y manifestarse, no sobre cambiar (porque esta decisión depende, además, de la confianza o la autoeficacia), pero sí sobre la *importancia del cambio*.

Recordemos que la decisión del cambio está condicionada por dos variables independientes: la importancia que concedemos al cambio, y la confianza en poder conseguirlo. Esta pregunta busca una respuesta a la primera cuestión.

Habitualmente percibimos la necesidad o la conveniencia de un cambio cuando notamos una *discrepancia entre lo que hacemos y aquello que queremos conseguir*.

Preguntas para pedir permiso para informar

Por ejemplo:

Si quiere puedo facilitarle alguna información que le puede ayudar a tomar una decisión. ¿Le parece?

¿Hay algo más que quiera saber?

En otro apartado nos referiremos a la habilidad de informar como elemento que facilita la toma de decisiones. Por el momento, digamos que es importante siempre, antes de informar, pedir permiso para hacerlo e insistir en que la información sirve para que él o ella tome una decisión

Preguntas sobre la autoeficacia para el cambio

Por ejemplo:

¿Hasta qué punto te ves capaz de conseguir estos cambios que te propones?

Si tuvieras que valorar en una escala de 0 a 100, donde 0 significa ninguna capacidad y 100 significa capacidad total, ¿cómo te ves de capacidad de conseguir dejar de fumar?

Pretendemos ahora conocer el grado de *confianza* o *autoeficacia* del cliente en conseguir el cambio de comportamiento.

En muchos casos el cliente percibe un riesgo como elevado, y por lo tanto atribuye gran importancia al cambio (dejar de fumar, perder peso...), pero no adopta una decisión de cambio porque se considera incapaz de conseguirlo, tal vez porque lo ha intentado en otras ocasiones y ha fracasado. Es importante entonces conocer los obstáculos que encuentra, así como las fortalezas.

Al igual que en el caso de la pregunta por la importancia del cambio, también podemos utilizar una escala numérica de autoeficacia, de 0 a 100, y enlazaremos la respuesta con la pregunta siguiente.

Preguntas sobre los obstáculos para decidir cambiar

Por ejemplo:

Enlazada con la anterior: ¿Por qué 50 (o lo que haya contestado) y no 100?

¿Qué más obstáculos ves?

¿Qué te ayudaría a decidirte?

¿Qué cosas podrías hacer para practicar más actividad física?

La pregunta pretende *identificar obstáculos* que el cliente percibe y que le impiden tomar la decisión y el compromiso del cambio. Esta identificación es necesaria para que los obstáculos puedan ser abordados, y promover así la decisión.

Si la autoeficacia no es alta, la respuesta a la pregunta anterior, sobre el grado numérico de confianza, suele ser baja o discreta. Si entonces se pregunta el porqué de ese número y no 100 (confianza absoluta), lo que conseguimos es invitar al consultante a que hable de los obstáculos, barreras o dificultades. Por supuesto, podemos profundizar y clarificar con más preguntas (*¿qué más obstáculos ves?*).

Las dos preguntas últimas del ejemplo son muy interesantes porque están muy *enfocadas a la acción*. La primera sirve para identificar de forma muy precisa lo que al cliente le ayudaría a cambiar (*¿qué te ayudaría a decidirte?*); la segunda plantea, incluso, qué primeros pasos podría dar (*¿qué cosas podrías hacer...?*) en caso de que decidiera comprometerse en un cambio de comportamiento. Estas preguntas huyen del riesgo de caer en análisis abstractos y debates estériles y abren el camino hacia la acción misma como forma de salir de dudas y tomar una decisión.

Preguntas sobre los facilitadores para acometer el cambio

Por ejemplo:

Enlazada con la pregunta por el grado de autoeficacia entre 0 y 100, o también después de la pregunta anterior: ¿Por qué 50 (o lo que haya contestado) y no 0?

La pregunta pretende identificar *fortalezas, puntos fuertes o facilitadores* para el cambio. Una vez más, se trata de promover el discurso y la argumentación favorables al cambio.

El punto de partida es el mismo que para la pregunta por los obstáculos: la respuesta numérica a la pregunta por el grado de autoeficacia, entre 0 y 100. Pero esta vez, en lugar de preguntar por qué la puntuación no es más elevada (por qué 50, por ejemplo, y no 100), lo hacemos justamente al revés: *por qué 50 (o lo que haya contestado) y no 0*. La pregunta invita a considerar y a responder con aspectos, del individuo o de sus circunstancias, que son favorables al cambio.

Preguntas sobre intentos anteriores de cambio

Por ejemplo:

Por lo que veo, ha hecho usted varios intentos de perder peso. Cuénteme, ¿cómo fueron? ¿Con qué resultados?

Hace un tiempo estuviste en esta consulta por el mismo motivo, y hablamos de lo importante que es usar siempre el preservativo. ¿Qué pasó después?

¿Qué pasó para que volvieras a no usarlo?

¿Qué dificultades encontró la última vez que intentó dejar de fumar? ¿Qué ocurrió para que volviera a fumar?

Las preguntas sobre intentos anteriores de cambio, cuando estos han existido, son enormemente útiles porque proporcionan información sobre las *dificultades que realmente se han presentado en la práctica*, y no sobre hipótesis o suposiciones. Esto nos permitirá identificar de modo más fiable cuáles son esas dificultades y qué se puede hacer para prevenirlas o para afrontarlas con más garantías de éxito.

Cuando llegue el momento de abordar la cuestión de cómo afrontar una recaída o el incumplimiento de unos propósitos (piénsese en un programa para dejar de fumar o en un programa para perder peso basado en el cambio de hábitos) estableceremos que las experiencias de fracaso son, de hecho, una fuente de aprendizaje insustituible. Estas preguntas asumen ese mismo principio y plantean los intentos fallidos como una oportunidad para aprender de los errores y diseñar mejor el nuevo intento.

Se puede preguntar sobre intentos anteriores en general o, mejor aún, sobre alguno de ellos, generalmente el último, y con cierto detalle.

Preguntas de confirmación y clarificación

Por ejemplo:

¿A qué te refieres con...?

¿Te estás refiriendo a...?

Por lo que veo, tiene usted dificultades para no picar entre horas, ¿es así?

Confía usted poco en su capacidad para dejar de fumar porque ya lo ha intentado muchas veces. ¿Le he entendido bien?

Tratan de *clarificar* el sentido de una respuesta, o de *confirmar* un dato que tal vez no ha quedado claro y, de paso, sirven como reflejo de la respuesta del cliente. Como tal reflejo, transmite *interés* por lo referido por el cliente, y puede servir también para *subrayar un dato* especialmente relevante.

A diferencia del resto, puede tratarse de preguntas *cerradas*, que se contestan con un *sí* o con un *no*, o poco más.

Cuidado con las preguntas sobre los porqués y sobre el pasado

Junto con el uso de estas preguntas, *evitaremos* las preguntas que se dirigen a indagar los porqués y las supuestas causas, así como las que buscan la mera reflexión improductiva. Habitualmente, provocan que el entrevistado se centre en las dificultades del cambio y en

justificaciones para no cambiar. Por ejemplo:

Mira que le he dicho veces que tuviera cuidado con las celebraciones y comer dulces que no debe ¿Por qué sigue sin hacer caso de lo que le digo?

¿Por qué no eres más responsable?

¿A qué se debe tu falta de motivación para mantenerte sin fumar y no recaer?

¿Qué pretendes conseguir recayendo con los porros una y otra vez?

¿Por qué no cumples las tareas que acordamos?

¿Por qué tengo que estar recordándote continuamente que no cojas el coche si vas a salir con tus amigos?

4.4.3 Escuchar activamente

La *escucha activa* implica un conjunto de habilidades de importancia central en la entrevista motivacional. Una proporción elevada del tiempo de duración de la entrevista, que puede ser la mitad o más, transcurre mientras el entrevistador escucha al entrevistado. Se trata de un tiempo bien invertido, porque la escucha activa sirve para conseguir varios *objetivos* necesarios en relación con las dos estrategias centrales de la entrevista motivacional:

- *Reforzar* el comportamiento de hablar por parte del consultante. La escucha del interlocutor es el principal reforzador que promueve que el diálogo continúe. Si pretendemos que el consultante ponga en palabras, y no solo en pensamientos, argumentos favorables al cambio, deberemos escuchar activamente lo que nos diga.
- *Validar* la perspectiva del cliente, manifestar sin palabras el valor y la consideración que merece lo que me está contando y, por lo tanto, favorecer su permeabilidad y diluir las barreras a la comunicación. Dado el *principio de interdependencia* del comportamiento, escuchar al cliente es la mejor forma de promover que él también escuche al profesional.
- *Orientar* la estrategia para promover la toma de decisiones, dirigiendo el discurso del cliente. Lejos de ser una estrategia neutra o indiferente al contenido del discurso del cliente, la escucha es *activa* porque el profesional decide qué refleja y qué no refleja, y cómo lo hace, de modo que puede reforzar diferencialmente determinados contenidos del discurso, y en especial aquellos que están orientados hacia el cambio, contribuyendo así a acelerar el proceso.
- *Clarificar* si estamos entendiendo bien al cliente, y *recoger de forma fiable* la información que comunica, lo que le preocupa, las dudas que mantiene, sus temores, sus experiencias, sus circunstancias, sus necesidades de información...

Escuchar es, pues, la llave de la validación y la herramienta que nos permite continuar en el proceso.

Escuchar es una habilidad compleja, que incluye distintos componentes verbales y no verbales, que representaremos en la siguiente figura y que examinaremos a continuación.

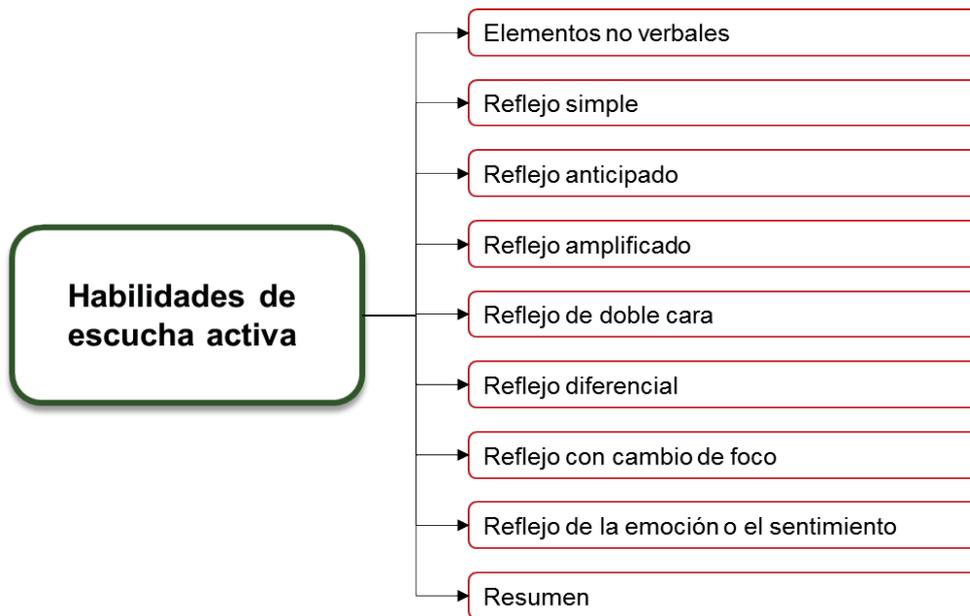


Figura 24. Habilidades de escucha activa

Elementos no verbales de escucha

Escuchar no significa simplemente oír lo que la otra persona me está diciendo. Significa también transmitir interés por lo que se oye y, por lo tanto, estimular al interlocutor para que siga hablando. Dado que, durante la mayor parte del tiempo de escucha, permanecemos en silencio, son los aspectos no verbales (el contacto visual, los gestos, la postura del tronco...) los encargados de comunicar al interlocutor que el canal de comunicación sigue abierto y que seguimos receptivos e interesados en lo que nos dice. En el contexto de la atención sanitaria y, en particular, en el de la entrevista motivacional, el descuido de los aspectos no verbales puede ser un serio obstáculo para conseguir nuestro objetivo.

Así, sabemos que la percepción de ser escuchado está asociada con aspectos no verbales de parte del profesional como los siguientes.

- Contacto visual

Escuchar requiere mirar a los ojos, durante la mayor parte del tiempo, al que habla. Mirar por la ventana, leer unos papeles o consultar el reloj o el móvil provocan que el consultante perciba poco interés de parte del profesional y, por lo tanto, corte pronto el flujo de comunicación.

- Dedicación exclusiva a la escucha

Se trata de no aprovechar para hacer otra cosa mientras el cliente habla. En particular, es muy frecuente utilizar al mismo tiempo el ordenador para comprobar o introducir datos. El uso del ordenador no es, obviamente, algo de lo que se pueda prescindir, como sí lo es el uso del móvil durante la entrevista, por ejemplo, pero funciona a menudo como una barrera para la comunicación, incluso física porque puede estar colocado en medio, entre consultor y consultante. Esta colocación facilita que el profesional mire alternativamente a la pantalla y al usuario, provocando en éste la percepción de que la atención del profesional está, en el mejor de los casos, dividida. Por ese motivo es aconsejable que la consulta o la introducción de datos esté temporalmente separada de la entrevista, y también que la pantalla del ordenador esté colocada de tal modo, tal vez en un ángulo abierto, que no interfiera en nada el contacto visual y que no sea sencillo pasar de mirar al consultante a mirar a la pantalla.

- Movimientos de la cabeza y sonidos

Cuando se escucha, los movimientos de asentimiento con la cabeza son una señal de *feedback* sumamente importante que enviamos a quien nos habla para comunicarle que le prestamos atención y que deseamos que continúe hablando. Muy a menudo estos movimientos van acompañados por sonidos (*hum, ajá...*) que cumplen la misma función, especialmente importante cuando quien habla lo hace durante un tiempo largo. Conviene advertir también contra el exceso en el uso de movimientos y sonidos, porque puede ser percibido como que el profesional tiene prisa o ya conoce lo que el cliente va a decirle.

- Gestos de la cara

La escucha activa incluye acompañar la recepción del mensaje del consultante con gestos de la cara que sean adecuados al mensaje verbal, que comuniquen que ese mensaje ha sido recibido y, por lo tanto, provoca algún tipo de impacto. Una vez más, hay que advertir tanto contra la inexpresividad como contra una teatralidad excesiva.

- Posición del tronco

El consultante percibe que el profesional le escucha cuando este está sentado con el tronco ligeramente inclinado hacia aquel, y no cuando está echado hacia atrás. Normalmente suele existir una mesa entre ambos, y el profesional está en actitud

de escucha con los brazos apoyados en la mesa. Cuando no existe una mesa de separación es importante estar atento también a la distancia física, y sobre todo a no acercarse demasiado, porque puede crear incomodidad.

- Reflejo simple, con o sin paráfrasis

El reflejo simple consiste en repetir lo verbalizado por el consultante. La repetición puede ser literal, o puede consistir en una *paráfrasis*. Por ejemplo:

CONSULTANTE: Le voy a ser sincero, he venido porque mi mujer está siempre dándome la tabarra con que deje de fumar, pero yo no quería venir.

PROFESIONAL: Viene para que su mujer deje de darle la tabarra...

El reflejo simple es un ingrediente básico de la habilidad de la escucha activa. Como mínimo, permite al entrevistador comprobar que se ha entendido bien. Además, el interlocutor se percibe escuchado y no juzgado, no es interrumpido de inmediato con opiniones de experto o juicios de valor, y percibe al profesional como alguien interesado en sus opiniones y en quien se puede confiar. La escucha es un poderosísimo reforzador del comportamiento de hablar, de modo que el consultante tiende a seguir hablando, y a menudo esto es suficiente para que el cliente comience con verbalizaciones favorables al cambio.

- Reflejo anticipado

El reflejo anticipado consiste en repetir (literalmente o no) lo dicho por el cliente, pero añadiendo lo que el cliente probablemente va a decir a continuación. Por ejemplo:

CONSULTANTE: La verdad es que lo he intentado todo, empiezo una dieta, pierdo algo de peso, sí, sobre todo al principio, pero... (permanece unos segundos en silencio)

PROFESIONAL: Pierde peso bastante rápidamente, pero luego deja de perder peso y empieza a recuperarlo, ¿no?

CONSULTANTE: Sí, así es.

El reflejo anticipado es eficaz porque es el entrevistador el que pone en boca del entrevistado lo que este quiere decir, tal vez porque no encuentra las palabras, de modo que el entrevistado percibe que se le presta toda la atención. Requiere ser cuidadoso para no hacer interpretaciones o sacar conclusiones que puedan ser equivocadas, por lo que siempre irá seguido de una pregunta para confirmar si se ha entendido bien.

- Reflejo amplificado

En este caso se trata de repetir o parafrasear, pero magnificando o exagerando un tanto un determinado aspecto de lo referido por el consultante. El resultado suele ser que el consultante a continuación tiende a matizar lo que acaba de decir, abriendo así la puerta a argumentos a favor del cambio. Por supuesto, es importante evitar cualquier atisbo de sarcasmo o ironía; la exageración debe ser moderada y ser una deducción defendible de lo referido por el cliente. La expresión *yo no quería venir* es reflejada como *no hay ningún motivo de preocupación*. La respuesta inmediata del cliente es una matización, donde argumentará que sí existen motivos de preocupación, es decir, hablará a favor del cambio



Figura 25. El reflejo amplificado puede favorecer el discurso del cambio

- Reflejo de doble cara y reflejo diferencial

Con mucha frecuencia el cliente ambivalente verbaliza tanto argumentos a favor como en contra del cambio. En estos casos podemos utilizar un reflejo *de doble cara*, repitiendo o parafraseando ambos lados de la ambivalencia, o bien podemos reflejar sólo la parte favorable al cambio (*reflejo diferencial*). De este modo reforzamos únicamente la parte del discurso en la que argumenta a favor del cambio, favoreciendo así que este continúe y se amplíe, como se muestra en la siguiente figura.



Figura 26. Reflejo de doble cara y reflejo diferencial

- Reflejo con cambio de foco

Cuando reflejamos lo referido por el cliente podemos hacerlo convirtiendo o replanteando las dificultades, las dudas o los temores en oportunidades, apoyos y fortalezas, de modo que se favorezcan las verbalizaciones automotivadoras.

En este caso, la idea de que la mujer del consultante le 'da la tabarra' es reflejada por el profesional en términos de 'tendríamos una ayuda estupenda'. La presión hacia el cambio se replantea como un recurso valioso.



Figura 27. Reflejo con cambio de foco

- Reflejo de la emoción o el sentimiento

Se trata de un elemento de escucha sumamente eficaz en las dos estrategias de la entrevista motivacional. En este caso el entrevistador no refleja el contenido verbal de lo dicho por el entrevistado, sino *el sentimiento o la emoción* que van implícitos en él, y que el entrevistado no ha manifestado literalmente sino que se deduce o se manifiesta en sus aspectos no verbales.

El reflejo del sentimiento permite pasar fácilmente de la exposición de unos hechos al *impacto emocional* que esos hechos provocan, y abre, de este modo, la puerta a la consideración del cambio. Por otra parte, es un magnifico modo que comunicar al consultante que el profesional se coloca en su lugar, que *se hace cargo* del impacto emocional y que considera sus emociones o sus temores como algo normal, de lo que no debe avergonzarse.



Figura 28. Reflejo de la emoción o el sentimiento

- Resúmenes

A lo largo de la entrevista suele ser útil intercalar pequeños resúmenes de lo que se va tratando. Así, por ejemplo, después de los minutos iniciales de una entrevista con una persona que acude a un taller para perder peso, el profesional dice:

Bien, vamos a ver si soy capaz de resumir lo que me estás diciendo. Te noto desanimada y con poca confianza en ti misma ante la perspectiva de intentar otra vez perder peso; me dices que lo has intentado muchas veces, que has probado todo tipo de dietas, y que pierdes algunos kilos al principio, pero que luego te cuesta seguir perdiendo y que, sobre todo, pasado un tiempo, vuelves a engordar. La verdad es que puedo entender que no te sientas motivada para intentarlo otra vez. También me dices que, al mismo tiempo, consideras que sería muy importante para ti perder peso, porque estás empezando a tener problemas serios de salud, y también me dices algo que me parece muy interesante: que cuando pierdes peso sueles 'bajar la guardia' poco a poco y volver a los viejos hábitos, y que por ese motivo crees que recuperas el peso... me gustaría que me hablaras un poco más de esto.

Como se aprecia en el ejemplo, los resúmenes cumplen varias funciones importantes:

- Dado que el profesional es capaz de repetir y sintetizar lo referido por el consultante a lo largo de un tiempo, contribuyen de modo importante a que el consultante se perciba *escuchado* y, por lo tanto, a construir una relación basada en la confianza y la legitimación de la perspectiva del consultante, sea cual sea (... *vamos a ver si soy capaz de resumir lo que me estás diciendo...*).
- Los resúmenes son, además, una buena oportunidad para incluir reflejos del sentimiento (*te noto desanimada...*) y expresiones de empatía (...*puedo entender que no te sientas motivada para intentarlo otra vez...*) que consolidan la relación que deseamos establecer.
- Al igual que con el reflejo, tampoco el resumen de lo referido por el consultante es un procedimiento neutro y carente de orientación. Cuando hacemos un resumen estamos *reforzando de forma diferencial* aquella parte del discurso del consultante que nos interesa porque es favorable al cambio (*también me dices que, al mismo tiempo, consideras que sería muy importante para ti perder peso, porque... me dices algo que me parece muy interesante...*) y promovemos que ese discurso continúe.
- Cuando el cliente habla mucho, o pasa con facilidad de un asunto a otro, el resumen permite *retomar el camino* y no perder el rumbo de la entrevista.
- El resumen es una forma de cerrar un asunto, de señalar unas conclusiones, y pasar a otra cuestión (*me dices que cuando pierdes peso sueles 'bajar la guardia' poco a poco y volver a los viejos hábitos, y que por ese motivo crees que recuperas el peso... me gustaría que me hablaras un poco más de esto...*).

4.4.4 Expresar empatía

Con la palabra *empatía* no hacemos referencia a una habilidad o un procedimiento específico, como sí lo es *preguntar* o *resumir*. Se trata de un concepto más genérico, que puede materializarse en distintas maneras, y que en algunos textos se identifica con el propio concepto de validación, o al menos, con sus rasgos centrales y definitorios. En cualquier caso, no existe validación (ni, por lo tanto, entrevista motivacional) si no existe empatía. En cierto sentido, la empatía es el corazón de la validación.

La empatía puede definirse como la capacidad de percibir, compartir y comprender lo que otro ser puede sentir. Aunque la etimología de la palabra hace referencia al aspecto emocional de la experiencia del otro, esa asunción de la perspectiva del otro incluye tanto una *dimensión propiamente afectiva* (capacidad para percibir y responder emocionalmente de modo adecuado a las emociones del otro) como una *dimensión cognitiva* (comprender la perspectiva, el punto de vista, las ideas, que están asociados a la emoción). Ni que decir

tiene que expresar empatía no significa dar la razón a la otra persona, sino ser capaces de asumir la legitimidad de su visión y situarnos en ella.

La empatía es, pues, una forma de responder ante las manifestaciones, generalmente con una carga afectiva importante, del consultante. Veamos, como ejemplo, algunas respuestas posibles ante una verbalización de desánimo, con referencias incluso al suicidio, por parte de un consultante con problemas de adicción al juego.

El profesional de esta figura asume un estilo paternalista, tal vez simpático, pero en absoluto empático ni validante. Rechaza como inapropiadas las emociones expresadas por el consultante (*no se desanime...*), manifiesta juicios de valor sobre sus planes o sus fantasías (*no diga disparates...*), anticipa lo que el consultante 'debe' hacer (*dejar de jugar y hacer un plan de tratamiento...*) y contraargumenta frontalmente ante la insinuación del suicidio (*tiene usted una familia estupenda y que le quiere...*).



Figura 29. Estilo paternalista, no empático

Ante estas intervenciones el consultante siente que su estado de ánimo no ha sido tenido en cuenta, por lo que se 'cerrará' a continuar la comunicación, dando lugar, o bien a conformidad aparente y a un intento de cambio poco consistente y que acabará en abandono cuando se presenten las primeras dificultades, o bien a plantear como respuesta más argumentos y justificaciones contrarios a las buenas palabras del profesional, y, en definitiva, al cambio.

La respuesta del profesional de la siguiente figura es el etiquetaje psicopatológico (*lo que usted tiene es una ludopatía, una dependencia...*). Las opiniones y los afectos no solo son irrelevantes, sino que, además, ni siquiera son genuinos: son *síntomas*, manifestaciones clínicas de un proceso patológico que reside en su cerebro (*alteraciones en el funcionamiento cerebral*), difícil de entender, cuyas causas últimas se desconocen o carecen de importancia y que, por lo mismo, escapa al control del sujeto



Figura 30. Etiquetaje psicopatológico

que lo padece. La salida a esta indefensión es, por supuesto, ponerse dócilmente en tratamiento y abandonarse a lo que los expertos le digan que ha de hacer. Una vez más, se pasa por alto la situación afectiva y la funcionalidad que el comportamiento de jugar cumple en la transacción del sujeto con sus contextos vitales. El profesional no se priva, además, de enjuiciar (*creo que exagera... no es para tanto...*) la preocupación del consultante, que tenderá muy probablemente a responder rechazando esos juicios de valor y justificando, de modo improductivo, por qué no exagera,

Por comparación con las anteriores, en la respuesta del siguiente profesional existe, sin duda, un avance significativo. Cuando dice *créeme que entiendo cómo te sientes* se está deteniendo en las emociones que comunica el consultante, las está considerando como legítimas y dignas de su atención. Incluso emplea el verbo *entender*. Sin embargo, su respuesta está lejos de expresar auténtica empatía y de provocar apertura en el cliente. Hay al menos dos razones para ello,



Figura 31. Empatía no auténtica

Hay al menos dos razones para ello,

dos errores que entrevistadores poco expertos cometen con frecuencia:

- El primer error consiste en *pasar rápidamente* por la expresión de empatía, sin demorarse en ella, sin darle entidad, como poco más que una cantinela o una expresión introductoria, un trámite conveniente para pasar con celeridad a otra cosa, al consejo bienintencionado, paternalista y de significado impreciso (*entiendo cómo te sientes, pero habrá que coger el toro por los cuernos y ponernos en marcha...*).
- El segundo error consiste en que *la manifestación de empatía no es creíble*. ¿Cuál es la experiencia del profesional en situaciones similares a las que describe el consultante? ¿Justifica esa experiencia el poder decir al consultante *créeme que entiendo cómo te sientes*? ¿Realmente sabe el profesional cómo se siente el consultante? ¿Ha experimentado algo parecido? Tal vez sí, y en ese caso su afirmación tendría sentido, y tal vez podría compartir algo de su experiencia con el consultante. Pero en la mayoría de los casos no es así. Cuando atendemos a una persona que desea dejar de fumar y que nos dice que le está costando mucho conseguirlo, o a una mujer que revive ante el profesional (que tal vez es varón) el impacto emocional de una agresión sexual, o a una adolescente que se siente angustiada ante la posibilidad de estar embarazada, no podemos decirle sin más *entiendo cómo te sientes*, porque no es cierto y no es creíble. Más de un consultante aprovecha el momento para lanzar al profesional una pregunta comprometida sobre su experiencia personal, como, por ejemplo, *¿usted ha fumado alguna vez, doctor?* Si el profesional declara entonces, con honestidad, que nunca ha sido fumador, la conclusión que saca y manifiesta

inmediatamente el consultante es *entonces no puede entender lo que siento*. Y es una conclusión irrefutable, por mucho que el profesional intente entonces justificar su pretendida empatía apelando a sus conocimientos o su experiencia, que siempre será vicaria.

El comportamiento del profesional de esta figura evita los dos errores del profesional anterior:

- En primer lugar, no responde de inmediato a lo dicho por el cliente. Se toma su tiempo, asiente con la cabeza durante un par de segundos, procesando lo que el consultante le ha dicho, e igualmente deja pasar otro par de segundos cuando termina su declaración de empatía, sin prisas, sin *peros* inmediatos. Hablar acerca de las emociones que experimenta el consultante no es un mero trámite, y por eso se detiene en ese momento de la entrevista, le da peso y entidad.
- En segundo lugar, su expresión verbal es honesta, no va más allá de lo que puede afirmar por su experiencia (o falta de experiencia) personal. No dice *me pongo en tu lugar*, sino *trato de ponerme en tu lugar*, reconoce la dificultad de conseguirlo (*aunque no es fácil*) y en absoluto pretende conocer los sentimientos del otro sino, a lo sumo, hace un esfuerzo para imaginarlo (*me imagino lo duro que debe ser pasar por lo que tú estás pasando*).



Figura 32. Empatía auténtica

De algún modo, la clave de la empatía está, pues, en la *autenticidad*: hacer el esfuerzo de situarnos lo más cerca posible de la perspectiva y el sentimiento del otro, reconocer ante el cliente que, a pesar de ello, es muy difícil o incluso imposible conseguirlo, asumir desde allí la legitimidad y el sentido de las emociones que experimenta el cliente, y comunicar todo ello de forma honesta, aludiendo además al contexto o suceso que las provoca. Por ejemplo:

Te sientes... por todo lo que ha ocurrido

Me hago cargo de que lo ocurrido supone una experiencia...

Te estoy escuchando y tengo la impresión de que...

Tus palabras suenan como si estuvieras....

Comprendo que con todo lo que ha pasado... te sientas...

Sé que no va a ser fácil...

Debe de ser muy frustrante haber hecho el esfuerzo que has hecho y encontrarte ahora con todo esto...

No es agradable, en efecto, que tengáis broncas por el asunto del preservativo, cuando de lo que se trata es precisamente de disfrutar...

Me da la sensación de que estás disgustada...

Es muy humano que sientas lo que estás sintiendo...

El hecho de que llores indica que no eres de piedra. Además, me estás indicando que eso te preocupa especialmente...

Sé que te enfrentas a una situación dolorosa para ti...

María, trato de ponerme en tu lugar y creo que puedo entender tu enfado si, como dices, tu madre y tu día te dan la vara con lo del preservativo... seguro que en esos momentos te dan ganas de mandarlas a paseo...

Mediante la comunicación de empatía manifestamos reconocimiento por la anticipación de las dificultades, por la expresión de los temores y dudas, sea cual sea su fundamento, o por el impacto de las experiencias pasadas y, en esa medida, normalizamos y estimulamos su expresión, en lugar de desacreditarla o combatirla como hacen los profesionales en las dos primeras situaciones que mostramos cuando dicen *no diga disparates* o *no es para tanto*.

El efecto que conseguimos es muy nítido: cuando reconocemos la dificultad del cambio de comportamiento que estamos planteando y empatizamos con ella, el consultante, recíprocamente, se vuelve *más receptivo* a las propuestas que le hacemos. El impacto emocional que provoca la perspectiva del cambio, y su manifestación en la entrevista, lejos de ser afrontado por el profesional como un obstáculo contra el que hay que combatir, es visto en la entrevista motivacional como algo que conviene *agradecer y promover* porque constituye una oportunidad para construir la decisión por el cambio.

De paso, hacerse cargo de los afectos, sean cuales sean, sirve para enseñar al cliente a *tomar distancia* frente a ellos: las emociones, los miedos, las incertidumbres, están ahí, plenos de sentido, pero no son lo mismo que la integridad de la persona y, por lo tanto, no son quienes gobiernan sus decisiones y su comportamiento. Podemos experimentar dudas y temores, y hemos de aceptarlos y no cuestionarlos, pero, al mismo tiempo, podemos *tomar decisiones a pesar de esas dudas y temores*, tomando como criterio los valores y objetivos personales. Abordamos ya esta cuestión cuando tratamos acerca de la indagación por los objetivos y valores del cliente, y volveremos a ella cuando abordemos la cuestión de las reglas verbales.

4.4.5 Expresar reconocimiento

En el enfoque tradicional es muy habitual que el profesional se centre en los obstáculos y los puntos débiles, en supuestas razones para que el consultante no lleve a cabo lo que, a su juicio, debe hacer, o en lo que se hizo pero se hizo mal, en lo que al consultante le falta y, por lo tanto, necesita.

Es obvio que nos interesa conocer las dificultades y los déficits. Y preguntamos por ellos, como hemos visto. Pero igualmente nos interesamos por las *fortalezas y recursos*, los sacamos a la luz, los iluminamos, ayudamos al cliente a poner el foco sobre ellos. Y lo hacemos así porque una variable que contribuye fuertemente a la adopción de decisiones de cambio es precisamente conseguir que el cliente identifique, reconozca y valore aquellos recursos personales que pueden contribuir a emprender con éxito el camino hacia ese cambio. Nos planteamos objetivos cuando mantenemos, como ya hemos explicado, *expectativas de autoeficacia* elevadas para conseguirlos, y un factor importante para construir las es el reconocimiento de estos méritos por parte del profesional de la salud.

Esto es así a condición, claro está, de que ese reconocimiento tenga sentido y fundamento, que sea percibido como procedente y creíble porque está basado en datos objetivos, y no consista en meras fórmulas vacías, del *estilo de estoy seguro de que tú puedes, ya verás cómo lo consigues, te lo digo yo*, o declaraciones parecidas, que más que comunicar expectativas favorables traslucen la torpeza del profesional.

Así, durante la entrevista motivacional estamos atentos, rastreamos, reconocemos y no dejamos pasar la oportunidad de mostrar valoración por cuestiones como:

- Los *logros anteriores* del consultante ante la misma tarea de cambio que se plantea ahora.

Me has dicho que ya en una ocasión lo intentaste, y estuviste seis meses sin fumar, aunque luego volviste. Déjame que te diga que, según los datos que tenemos, ese es un factor predictivo de éxito muy importante. Y esto por varios motivos. En primer lugar, porque demuestra que estás preocupado y motivado. Y, en segundo lugar, porque tú ya no te vas a enfrentar a lo desconocido, tú ya sabes lo que supone vivir sin fumar, has afrontado las dificultades que se experimentan, y sin duda has aprendido mucho de todo ello...

- Los *logros ante retos* que, aunque diferentes, implicaban también poner en juego determinados recursos personales necesarios para el cambio.

María, veo en tu historia algunos datos muy interesantes: sabes tocar el piano, tienes tres hijos pequeños... estoy seguro de que te costó aprender a tocar el piano, porque a mí me parece muy difícil, pero te empeñaste, fuiste a clase, practicaste horas y horas... y, sobre el esfuerzo enorme que supone criar a tres hijos, qué te voy a contar, yo tengo dos, que ya son mayores, y sé bastante bien lo difícil que es, me pregunto qué es más difícil, si dejar de fumar o criar a tres hijos... no sé, ¿tú cómo lo ves?

- La *persistencia*, la disposición a nuevos intentos de cambio a pesar, quizá, de fracasos anteriores.

Antonio, te noto un poco desanimado, y la verdad es que puedo entenderlo, porque has hecho muchos intentos de perder peso, con mucho esfuerzo, y siempre has vuelto a recuperar los kilos que perdías. Pero, precisamente por eso, tengo que darte la enhorabuena por venir, porque, a pesar de haber fracasado otras veces, y estar desanimado, estás aquí, has venido, y eso demuestra que tienes una cualidad importante, que es la tenacidad...

- La práctica de comportamientos saludables que, aunque no se producen siempre, sí *en ocasiones*, lo cual implica una preocupación por los riesgos:

Está muy uses condón cuando tienes relaciones con chicos desconocidos...

- El *conocimiento* sobre los riesgos que asume, primer paso para poder plantear la posibilidad del cambio.

En efecto, veo que estás bien informado, que conoces la normativa legal sobre consumo de alcohol, y los riesgos que asumes...

- La *preocupación* por esos riesgos, con independencia de que exista o no una decisión de cambio.

Carmen, sé que no es fácil para ti venir aquí otra vez a pedirnos la píldora de emergencia. Supongo que por eso te sientes nerviosa, y a lo mejor un poco avergonzada, e incluso te noto con ganas de llorar. Es normal, lo raro sería que no fuera así. Para mí todo eso significa que esto es algo que te importa mucho, y eso es muy positivo, y tengo que felicitarte por haber venido...

Además de arrojar luz sobre las fortalezas, y favorecer así la autoeficacia y la disposición al cambio, el efecto que produce el reconocimiento de nuestros recursos, de nuestra disposición y de nuestros esfuerzos es, una vez más, la *apertura a la influencia* del profesional de la salud.

4.4.6 Proporcionar *feedback* por los avances

Los procesos de cambio de comportamientos sólidamente arraigados son, por lo general, y como todos los procesos de aprendizaje, costosos y prolongados, y suelen incluir avances y retrocesos. Piénsese en un objetivo de cambio de hábitos de alimentación y actividad física para perder peso y no recuperarlo, o en un objetivo de reducción del consumo de alcohol. La intervención motivacional no se limita, como pudiera pensarse, a una actuación que se lleva a cabo *antes* del inicio del cambio propiamente dicho y que termina una vez que el cliente ha adoptado una decisión. Tan importante como la entrevista inicial es el abordaje de los aspectos motivacionales *a lo largo del proceso* de cambio, y especialmente

cuando se producen tropiezos, errores, deslices, dificultades y vacilaciones que pueden llevar, incluso, a reconsiderar la decisión de cambio que se tomó en su día.

A menudo los profesionales tienen cierta prisa por que se produzcan los cambios, tal vez porque minusvaloran las dificultades que suponen, y tienden a prestar poca atención a los avances, y mucha a los objetivos que todavía no se han conseguido. Sin embargo, y precisamente por ser conscientes de los conflictos y las renunciaciones que implica el cambio, es decisivo *prestar atención, señalar y reforzar los avances* que se van produciendo en el proceso. Cuando centramos la atención en el camino ya recorrido, aunque sea corto, nuestra disposición a continuar avanzando es mayor que cuando nos fijamos únicamente en el camino que queda por recorrer. Además, la práctica y la experiencia de camino, con sus reveses y dificultades, es la mejor fuente de aprendizaje para continuar avanzando.

Proporcionar *feedback* por los avances es, por lo tanto, una habilidad que está presente en la intervención motivacional, y que incluye dos partes:

1. Señalar y reforzar verbalmente al consultante por los *cambios llevados a cabo*, grandes o pequeños, y especialmente por el empeño y el *esfuerzo* invertidos en lograrlos. El refuerzo lo es, y funciona como tal, cuando hace referencia a *aspectos específicos y relevantes* del comportamiento del cliente, de modo argumentado, incidiendo en el porqué, y no consiste, por lo tanto, en expresiones genéricas y huecas, del estilo de *lo estás haciendo muy bien, estupendo, fenomenal...*
2. *Posteriormente*, señalar y negociar, en base a la experiencia adquirida, aquellos *aspectos que pueden mejorar* o aquellas *nuevas metas intermedias* del largo y complejo proceso de cambio.

Proporcionar feedback por los avances

Tomemos como ejemplo el caso de un niño de 12 años, con sobrepeso, con el que estamos trabajando en un programa de cambio de hábitos de alimentación y de incremento de la actividad física. Durante la evaluación encontramos algunos hábitos claramente obesogénicos:

- No desayuna, o desayuna muy poco.
- Se lleva bollería industrial para comer en el recreo.
- El menú escolar contiene poca variedad de verdura y fruta, y además él declara que la verdura no le gusta.
- Se lleva una 'maquinita' de juegos para jugar en el recreo.
- En su habitación tiene ordenador y televisión, y a veces se queda usando el ordenador hasta bastante tarde, por lo que duerme menos horas de las deseables. Es 'un fenómeno' con la informática, le interesa mucho y es el 'asesor' de todos sus compañeros de clase en estos temas.
- En la cocina de su casa hay una tele que suele estar encendida durante las comidas y las cenas.
- No practica ningún deporte.
- Los hábitos de los padres son claramente sedentarios.

Durante las entrevistas que se mantienen con los padres estos se muestran dispuestos a iniciar un proceso de cambio de hábitos, para lo cual se diseñó un plan a la medida, que en la actualidad se está ejecutando. En la consulta actual, un mes después, procede evaluar el grado de cumplimiento del plan, y proporcionar el *feedback* correspondiente. En síntesis, se obtienen los siguientes datos:

AVANCES	OBJETIVOS PENDIENTES
<p>Ha perdido 2 Kg</p> <p>Se levanta de la cama 15 minutos antes y desayuna con su madre leche y una tostada de pan con tomate.</p> <p>La bollería industrial del recreo se ha sustituido por una o dos manzanas</p> <p>Se ha suprimido la tele de la habitación</p> <p>Ya no lleva la "maquinita" al cole.</p> <p>Va a nadar una tarde a la semana</p>	<p>Sigue sin practicar ningún deporte colectivo</p> <p>La familia sigue sin practicar ningún ejercicio físico en común (p.e. excursiones).</p> <p>Sigue sin comer verdura en el cole, y tampoco en casa porque los menús del fin de semana no han variado.</p> <p>Siguen comiendo y cenando en casa con la tele encendida.</p> <p>Sigue pasando mucho tiempo en casa jugando con el ordenador o la consola.</p>

Simplificando un tanto, cabría plantear el feedback que el profesional ofrece a los padres de dos maneras opuestas:

PROFESIONAL 1: Bien, por lo que veo, Carlos ha perdido 2 kilos de peso, y habéis hecho algunos cambios sobre lo que hablamos hace un mes. Pero es muy poco, a Carlos le sobran todavía 10 kilos por lo menos, y hay que esforzarse mucho más. Carlos sigue viendo mucho la tele, incluso a la hora de comer y de cenar, pasa muchas horas jugando con la consola y sigue sin hacer deporte con otros chicos; además, prácticamente no habéis introducido cambios en la alimentación en casa, seguís sin probar el pescado o las verduras, así no me extraña que Carlos no las coma tampoco en el cole, tened en cuenta que él va a hacer lo que vea que vosotros hacéis en casa. Para que veáis a lo que me refiero, os diré un detalle que me ha llamado la atención: esta consulta está en un segundo piso y os he visto subir en el ascensor en lugar de ir por la escalera... son detalles relevadores. Hay que esforzarse más, y hay que dar ejemplo.

PROFESIONAL 2: Bien, en la última cita que tuvimos planteamos algunas medidas a tomar para reducir el sobrepeso de Carlos. Ante todo, tengo que daros la enhorabuena por entender que, en efecto, este es un problema importante, y por el empeño que estáis poniendo en resolverlo. Vamos a ver. Por el momento, Carlos ha perdido ya idos kilos!, lo cual está muy bien. Por lo que me decís, desayuna en casa, y lo hace muy bien, se lleva dos manzanas al cole en lugar de un bollo industrial, ya no pasa tiempo en la habitación viendo la tele, ya no lleva la consola al cole e, incluso, está yendo a nadar una vez a la semana. Está muy bien, estamos en el buen camino. Sé que no es fácil, porque, además, supone también un esfuerzo de cambio de ciertos hábitos para vosotros, en casa.

Si os parece, vamos a ver ahora cómo podríamos mejorar, todavía más. En nuestra última consulta planteamos algunos cambios más para seguir perdiendo peso y, sobre todo, para no recuperarlo. Sería importante, por ejemplo, practicar más actividad física, no solo Carlos, sino toda la familia, tal vez suprimir la tele durante la hora de la comida, y buscar alternativas para el tiempo que pasa Carlos jugando en casa con la consola. Si os parece, vamos a repasar todo esto y tratar de marcar algún objetivo concreto. Para empezar, me gustaría saber qué dificultades encontráis para introducir estos cambios.

Como puede observarse, el profesional 1 ofrece un feedback centrado en lo que no se ha conseguido, responsabiliza a los padres de la supuesta lentitud de los avances (incluso con cierta culpabilización por el uso del ascensor) y minusvalora la importancia de las dificultades. El profesional 2, por el contrario, expresa reconocimiento por el esfuerzo, refuerza de forma generosa y argumentada los avances, y plantea los objetivos en términos de cómo mejorar lo ya conseguido, interesándose y, por lo tanto, legitimando, por las dificultades que los padres encuentran o anticipan.

El efecto que produce uno y otro modo de proceder es opuesto: en el primer caso se produce desmoralización ante la magnitud de la tarea pendiente y la escasa confianza del profesional en que se vaya a conseguir; en el segundo, el refuerzo verbal del consultor produce una mayor probabilidad de que los cambios continúen y, además, la participación de los padres en el establecimiento de nuevos objetivos de cambio, muy específicos, junto con el interés mostrado en conocer las dificultades, hacen más probable su disposición a continuar.

4.4.7 Mostrar acuerdo, argumentar a favor y reforzar el planteamiento de objeciones

Mostrar acuerdo consiste en destacar los aspectos en los que el profesional opina de la misma manera que el consultante, con independencia de que exista conflicto o desacuerdo en otras cuestiones. Este acuerdo puede ser *total* o *parcial* en relación con lo manifestado por el cliente. Una vez manifestado el acuerdo, podemos pasar a expresar aquello en lo que nuestra perspectiva es diferente. Se opone frontalmente a la tendencia automática a responder en sentido contrario frente a lo dicho por el cliente:

Estoy de acuerdo en que muchas veces no se tiene un preservativo a mano, aunque uno lo intente...

Estoy completamente de acuerdo contigo: a lo largo del día aparecen muchas situaciones en que no resulta nada sencillo permanecer sin beber...

Sí, estoy de acuerdo en que no es tan fácil como parece...

La gente a menudo opina y da consejos sobre situaciones que no han vivido y, como tú dices, ¡qué sabrán ellos! Comparto tu opinión sobre esto...

Además de servir para evitar entrar en discusiones estériles sobre cuestiones en las que no hay conflicto, mostrar acuerdo es una forma muy obvia de *validar la perspectiva del consultante* (a pesar de las áreas de desacuerdo) y por lo tanto provoca el efecto de favorecer su *permeabilidad*, en la medida en que comunica no solo que se le ha escuchado, sino que, además, se comparte al menos una parte de lo que el otro manifiesta.

Al igual que ocurre en el caso de la comunicación de empatía, conviene *demorarse* en la expresión de acuerdo, dedicarle tiempo, darle peso y entidad y argumentar los motivos del acuerdo. Se deben evitar las expresiones rápidas que, seguidas de un 'pero', sirven solo como mera excusa para manifestar el desacuerdo o contraargumentar (*Sí, sí, vale, de acuerdo contigo, pero...*).

Pero podemos, incluso, dar uno o dos pasos más allá en nuestra estrategia de validación. Habitualmente el cliente espera que, ante una objeción suya o un argumento contrario al cambio, el profesional responderá con una contraargumentación, que puede incluir alguna parte de acuerdo parcial, pero que irá en la línea contraria a lo que el cliente acaba de manifestar. Frente a esto, además de mostrar acuerdo, el profesional puede incluso:

- *Argumentar a favor* de las pegas u objeciones, añadiendo más a las que ya plantea el consultante, reforzando así más aún su posición:

Ciertamente, hay mucha gente que opina lo mismo que tú. Me vienen ahora a la memoria los casos de otros consultantes que me han planteado lo mismo...

Puedo entender que te resulte difícil decidirte porque, como tú dices, estás desanimado por el fracaso en otros intentos que has hecho para perder peso. Incluso, me imagino, te molestará también la insistencia de mucha gente en decirte lo que tienes que hacer, lo que tienes que comer... por no hablar de esa exigencia cultural tan cuestionable de tener que estar delgada para ser interesante y atractiva... estoy de acuerdo contigo en que es una lata, y a veces dan ganas de mandarlo todo a paseo...

- *Reforzar*, de modo argumentado, el planteamiento de *pegas u objeciones*. En lugar de asumir la perspectiva habitual, que consiste en considerar los 'peros' del consultante como obstáculos, excusas y resistencias al cambio, que son un fastidio y que deben evitarse, son vistos como una oportunidad para conocer y abordar los temores y las dificultades, y, por lo tanto, como algo cuya manifestación debe ser agradecida y estimulada. Al mismo tiempo, se reitera es solo él o ella quien puede tomar una decisión de cambio.



Figura 33. Mostrar acuerdo parcial y reforzar la expresión de pegas u objeciones

4.4.8 Utilizar 'mensajes yo'

Los *mensajes yo* son aquellos que comunican opiniones, sentimientos o valoraciones asumiendo, al mismo tiempo, que se hacen desde la propia perspectiva del que los comunica, utilizando, por lo tanto, frases en *primera persona*:

Veo por tu historia que... esto a mí me preocupa porque...

En mi opinión, puedes estar incurriendo en riesgos...

Te estoy escuchando, y me está dando la impresión de que...

No sé cómo lo ves tú, pero a mí me está pareciendo que...

Me gustaría conocer un poco más sobre...

Según mi punto de vista...

Por lo que yo sé de estos casos...

De este modo, convertimos las afirmaciones y juicios generales (lo que las cosas supuestamente *son*) en opiniones personales (lo que las cosas me parecen *a mí*). Dado que se enuncian explícitamente como perspectivas subjetivas, no impuestas desde un supuesto conocimiento experto de la cuestión, requieren ser *argumentadas* por quien las plantea y, al mismo tiempo, plantean al interlocutor una doble situación en cuanto al posible desacuerdo: su contenido es legítimamente *cuestionable*, porque son visiones personales (e incluso se anima al cliente a que las cuestione o plantee su punto de vista) y, al mismo tiempo, son *incuestionables* como opiniones o perspectivas subjetivas que son, de modo que el profesional tiene plena legitimidad para plantearlas.

En todo caso, se trata, una vez más, de un modo de comportarse opuesto al tradicional, donde el profesional utiliza siempre los tiempos verbales de la segunda y tercera persona (*esto es... esto se debe a... usted tendría que... lo que ocurre es que tú..., lo que hay que hacer es...*), determinada por la supuesta *autoridad* que le confiere su situación de experto conocedor de la realidad y de lo que el consultante *debe* o le *conviene* hacer.

Este comportamiento, diferente del tradicional, favorece, dado el principio de interdependencia, una respuesta también opuesta de parte del consultante, caracterizada por la *receptividad* ante la consideración de la perspectiva del profesional.

El uso de *mensajes yo* plantea, por lo tanto, varias ventajas en relación con las estrategias y objetivos de la entrevista motivacional:

- *Valida* implícitamente la perspectiva del interlocutor, dado que el que habla no pretende que su visión sea más autorizada, más objetiva o más conveniente.
- Plantea, para su consideración, puntos de vista *alternativos* a los que plantea el cliente, y lo hace sin entrar en cuestionar quién 'tiene razón' o no y, por lo tanto, sin provocar *resistencia* y favoreciendo la receptividad a la visión del profesional.
- *Invita* al consultante a manifestar libremente su punto de vista, sus dudas o sus temores, de modo que pueden ser abordados.

4.4.9 Reafirmar la libertad de decisión

Si el objetivo de la entrevista motivacional es favorecer una decisión personal y si, por lo tanto, asumimos que los individuos tienen la opción de elegir entre continuar como están o cambiar su comportamiento, parece obvio que un elemento importante de la entrevista consiste en hacer explícito que *es al propio consultante a quien corresponde adoptar una decisión*, que, en cualquier caso, será respetada, y que la función del profesional consistirá en ayudarle a adoptarla. Es conveniente que este mensaje aparezca desde el principio, formando parte de la propia apertura de la entrevista. Por ejemplo:

Bien, por lo que nos has dicho fumas porros varias veces a la semana, y, además, el consumo ha aumentado últimamente. Por eso estás aquí. Me gustaría saber más acerca de todo esto, pero, antes de nada, déjame que te diga que yo no soy quién para decidir lo que tú tienes que hacer, ni con los porros ni con ningún otro asunto, si decides dejarlo, o si decides seguir fumando es cosa tuya, y yo lo respetaré, ¡no faltaba más! Lo que yo puedo hacer, si tú quieres, es ayudarte a tomar una decisión...

Se trata del objetivo mismo que se persigue con la entrevista y, además, es un objetivo que choca con la expectativa del consultante, que espera del profesional una actitud confrontativa y directiva. Por ese motivo es importante reiterar este mensaje de libertad de decisión en otros momentos a lo largo de la entrevista. Por ejemplo:

Es asunto suyo lo que ha de hacer sobre esto...

Nadie puede decir por usted...

Insisto en que puedes seguir bebiendo, si tú lo decides...

Usted decide...

Si decides dejar de fumar... y, si, por el contrario, decides seguir fumando...

En esta tarea de elegir nadie puede sustituirle. Es usted a quien la corresponde. Estamos hablando de su vida y la única persona con capacidad para decidir el rumbo es usted

Es importante señalar que la libertad de elección va unida a la responsabilidad por la misma. Como es obvio, cuando reafirmamos que es él o ella quien decide, estamos no solo manifestando respeto a su perspectiva y su decisión, y, por lo tanto, favoreciendo la permeabilidad a nuestra influencia, sino también *haciendo responsable al consultante* de su comportamiento presente y futuro: del mismo modo que es libre para decidir cambiar o no hacerlo, el consultante es igualmente libre y *responsable* para, más adelante, decidir también abandonar el proceso de cambio y volver a su patrón anterior de comportamiento, como ocurre en el caso, sumamente frecuente, del *incumplimiento de propósitos* (llamados *recaídas* en el ámbito de las adicciones). Este concepto tiene implicaciones importantes para el abordaje de estas situaciones, y volveremos sobre ello más adelante.

4.4.10 Informar adecuadamente

No cabe duda de que un factor importante en el que basamos nuestras decisiones es el *conocimiento* y la *información* de la que disponemos sobre los riesgos de determinados comportamientos y de las ventajas de conductas alternativas, así como de las *expectativas* (más o menos realistas o erróneas) que mantenemos acerca del proceso de cambio, de sus objetivos, de sus dificultades o de la naturaleza y las peculiaridades de la ayuda que nos ofrece el recurso sanitario al que nos estamos dirigiendo.

Hasta tal punto la información es relevante que ha sido considerada, y lo sigue siendo, ingenuamente, como la estrategia central y casi única de la promoción de hábitos saludables. Sin embargo, la información, siendo una estrategia importante, no es la única, como vemos, y ni siquiera es la más decisiva desde el punto de vista de promover cambios de comportamiento, a pesar de tratarse de la táctica predilecta y hasta exclusiva en el modelo tradicional de entrevista; la información adecuada es eficaz solo si va acompañada del resto de las destrezas que materializan la toma de decisiones.

Lo que se hace habitualmente, dentro del modelo tradicional de entrevista, es lanzar al entrevistado una batería de preguntas cerradas, a menudo contenidas en un protocolo de evaluación, sin mostrar interés ni indagar en cualquier cuestión que se salga de esa batería preestablecida y que tal vez preocupa al entrevistado, para, a continuación, transmitir de modo unidireccional, desde una posición de experto, una información deducida de los datos que se acaban de recoger, que a menudo incluye:

- Un diagnóstico
- Un contenido amenazante sobre las consecuencias que se derivarían de no seguir las indicaciones del profesional.
- Tal vez, si no es la primera vez que el consultante acude a consulta por este motivo, determinados juicios de valor y recriminación por el comportamiento del cliente.
- Unas indicaciones categóricas sobre lo que el consultante 'debe' hacer.

Bien, Alberto, por los datos que me has dado sobre su forma de beber, y por los datos de tu analítica, tengo que decirte, una vez más, que tienes que dejar de beber completamente. Tienes un trastorno por dependencia de alcohol, y la única opción que tienes es dejar de beber alcohol del todo y para siempre. Fíjate bien: del todo y para siempre. Así que deja ya de ponerte excusas y de engañarte, mentalízate de una vez, sigue el tratamiento y aléjate del alcohol. Si no lo haces, vas a terminar por destrozar a tu familia, que ya lo está pasando muy mal, y vas a terminar con una enfermedad grave del hígado que llegará a ser irreversible.

En el fondo de esta forma de proceder encontramos, de parte del profesional, dos condicionantes:

- Por una parte, determinados conceptos sobre el rol y la responsabilidad del profesional y del consultante, que pueden enunciarse como:

Yo soy el experto.

Mi trabajo consiste en decir al consultante lo que debe hacer

Que haga o no lo que yo le digo es responsabilidad suya, no mía.

Hacer lo que yo le digo (usar el preservativo, caminar más, beber menos...) es una cuestión simple de elección.

- Por otra parte, un déficit de habilidades de comunicación para adoptar un estilo diferente. Simplemente, no se conoce otra manera de hacerlo.

Ni que decir tiene que este estilo de información suele tener un escaso efecto. En el mejor de los casos suele dar lugar a una alarma momentánea y una conformidad aparente, pero es ineficaz porque ignora los potentes condicionantes, personales y contextuales, que mantienen el comportamiento y hacen que tienda a reaparecer.

Para que sea efectiva en orden a favorecer la toma de decisiones, la información ha de cumplir determinadas condiciones, que vamos a examinar.

Mantener expectativas realistas sobre la efectividad de la información

El profesional ha de asumir que, si bien él dispone de conocimiento experto, el comportamiento de la persona que tiene delante es el resultado de sus transacciones con distintas variables propias de su contexto, que es único y, en principio, desconocido para el profesional, así como del conjunto de condicionamientos, creencias, valores o repertorios de comportamiento que constituyen su patrimonio biográfico, y que son igualmente únicos e irrepetibles. Este conjunto de condicionantes explica las resistencias o ambivalencias del consultante, de modo que el cambio que pretende el profesional sólo será posible si se plantean y se abordan durante la entrevista. La falta de conocimiento o información es solo una de las variables que operan, y a menudo no la más importante. A menudo el consultante ya dispone de esta información. Atiborrar de información y de amenazas sobre los riesgos sin interesarse por lo que el consultante ya conoce o por lo que le preocupa más suele generar resistencias.

Antes de informar, preguntar por lo que ya se sabe

Antes de informar, conviene *preguntar por lo que el entrevistado conoce* acerca de los riesgos, las alternativas, el proceso de cambio... De este modo conseguimos varias ventajas importantes:

- Evitamos reiterar una información ya conocida y que puede aburrir y desdibujar los contenidos novedosos.
- Mostramos interés por la información y la perspectiva personal del consultante, lo cual mejorará nuestra capacidad de influencia y su disposición al cambio.
- Damos pie para que el propio consultante hable acerca de los riesgos y de los motivos para cambiar, en lugar de plantearlos nosotros.



Figura 34. Preguntar sobre lo que ya se conoce

Antes de informar, suscitar el interés y preguntar si se desea recibir la información

La información no debe ofrecerse 'en frío'. Antes de informar se ha de *suscitar el interés* por la información que se va a proporcionar, a través del diálogo. La información, lejos de consistir en un proceso de mera transmisión de contenidos desde el profesional hacia el cliente, es un *proceso bidireccional* que puede ser complejo. Además, se ha de *preguntar primero si se desea* recibir esa información.

Como dices, fumar tabaco cuando se está utilizando la píldora anticonceptiva implica riesgos. Si quieres, puedo informarte de lo que sabemos acerca de esos y de otros riesgos.

Tal vez una manera de ayudarte a decidirte es informarte sobre en qué consiste en programa de deshabituación que tenemos aquí. ¿Quieres que te informe?

Adaptar el contenido y el lenguaje a las características de la situación y del interlocutor

El contenido de la información y el lenguaje utilizado deben ser *adaptados* a los conocimientos del interlocutor, como se ha señalado, pero también a sus *necesidades* y a su *capacidad*. En relación con este punto conviene tener en cuenta:

- *No atiborrar* de información. El exceso de información puede provocar que los contenidos más relevantes pasen desapercibidos en medio del caudal de información excesiva.
- Evitar la *jerga técnica*. Para ser motivadora y ayudar a tomar decisiones, la información debe ser comprensible para el cliente. El profesional debe adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del interlocutor, y ser capaz de utilizar ejemplos adecuados.

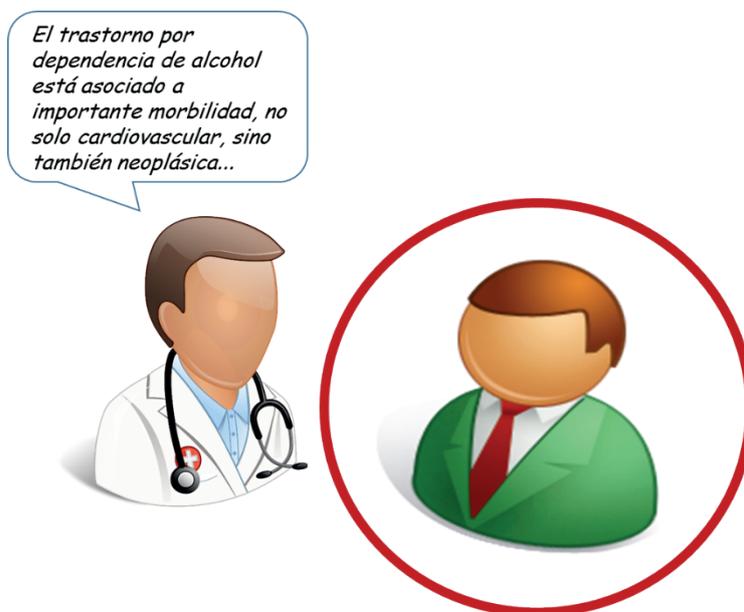


Figura 35. La jerga técnica favorece la impermeabilidad

Utilizar procedimientos que ayuden a asimilar la información

Si la información a transmitir es mucha, o es compleja, o el consultante tiene limitaciones para asimilarla, conviene seguir algunas pautas:

- Agrupar la información en *categorías* que ayuden en la comprensión y en el recuerdo.
Si le parece bien, le voy a explicar qué riesgos conlleva conducir un autobús después de haber bebido un par de copas, luego cómo es la ayuda que nosotros podemos ofrecerle, luego en qué se diferencia de otros tratamientos que usted ha seguido, y luego responderé a las preguntas que quiera hacerme.

- Ofrecerla *poco a poco*.
- Utilizar *apoyo gráfico* junto con la explicación verbal. Pueden utilizarse vídeos, imágenes o presentaciones de diapositivas, si son adecuados. Una simple pizarra, y unos rotuladores de colores, son un recurso didáctico muy eficaz, y conviene disponer de ellos en el despacho o la consulta. El apoyo gráfico ayuda enormemente a comprender y a retener información compleja.

Después de informar, pedir 'feedback'

La información eficaz es un proceso bidireccional

Durante la segunda guerra mundial, el psicólogo Kurt Lewin y sus colaboradores realizaron una experiencia sobre cambio de hábitos alimenticios³⁹. Ante la escasez de carnes habitualmente consumidas en los hogares americanos, el objetivo educativo era facilitar el consumo de vísceras (corazón, riñones, mollejas, higadillos...) que eran alimentos no consumidos habitualmente, e incluso abiertamente rechazados.

Trabajaron con 6 grupos de amas de casa. Tres grupos recibieron una *charla informativa*, impartida por un ama de casa experta en nutrición. En la charla se exponían las ventajas nutritivas del consumo de esa carne, algunas sugerencias culinarias para su preparación, y el significado de colaboración comunitaria que su consumo tenía en un momento de escasez en el país.

Los otros tres grupos reciben una *breve exposición* de las ventajas nutritivas y de la necesidad de colaboración comunitaria. Inmediatamente se solicitó *feedback* sobre la información recibida y se abrió una *discusión* sobre 'las posibilidades de que las amas de casa del país participen en un programa de cambio de los hábitos alimentarios, en concreto amas de casa como ustedes...!'. La discusión pone de manifiesto las dificultades para el cambio y el monitor y el grupo plantean alternativas que lo faciliten. Al final de la reunión, a mano alzada, las amas de casa expresan su propósito de introducir vísceras en la dieta.

De los tres primeros grupos, solo un 3% de las amas de casa introdujeron vísceras en la dieta de modo habitual de sus casas. De los tres grupos restantes un 32% hizo efectivo ese cambio durante las semanas siguientes.

El proceso de informar es un proceso *bidireccional*. Después de proporcionar información, conviene pedirse *feedback* de su comprensión. Es mejor no hacerlo preguntando simplemente si se ha comprendido, porque el consultante tenderá a decir que sí. En lugar de esto,

39 Lewin, K. (1951). Field theory in social science. New York. Harper, 1951. Traducción española: La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires. Paidós, 1978.

se puede empezar con un comentario empático sobre la posible dificultad de entender o recordar la información transmitida, seguido de una petición de *feedback* que no pueda responderse con un *sí* o con un *no*.

A veces, cuando se explican estas cosas, hay aspectos que no quedan claros, o se le quedan a uno muchas preguntas sin responder. También sé que cuando los profesionales explicamos algo a veces da cierto reparo insistir y preguntar, y no debería ser así. Pregúnteme por cualquier duda que le haya quedado.

¿Qué le ha llamado más la atención?

¿Qué más le gustaría saber?

¿Cómo cree que esto que le he explicado es aplicable en su caso?

¿Qué opina?

Por supuesto, estas preguntas son la entrada a un proceso de discusión abierto, como ocurrió con el experimento de Kurt Lewin.

Atención a las recomendaciones o consejos

Otra cuestión importante relacionada con la provisión de información en orden a favorecer la toma de decisiones es la posibilidad de plantear *recomendaciones o consejos* más orientados a iniciar el proceso de cambio. Aunque la entrevista motivacional pretende promover y respetar la toma de decisiones personal del consultante, sea cual sea, no es infrecuente que este pregunte directamente al profesional *qué haría él si estuviera en su lugar, o qué le aconseja que haga*.

Por supuesto, esta es una pregunta legítima y que, por lo tanto, no puede eludirse. Es posible plantear recomendaciones o consejos específicos, pero bajo ciertas condiciones:

- Solo si el consultante lo *pide*.
- Siempre después de *pedir permiso*.
- Nunca de modo impositivo, pues podría provocar rechazo, e insistiendo inmediatamente en la *libertad de elección*. Como señalan Miller y Rollnick, cuando se proporciona el consejo enfatizando el respeto a la decisión del cliente, aumenta (paradójicamente, tal vez) la probabilidad de que el consejo sea seguido.

Información unilateral o bilateral

Cuando queremos influir en la toma de decisiones, la *información unilateral* es aquella que aporta únicamente argumentos en favor de una de las opciones posibles, en nuestro caso, de la opción del cambio (dejar de fumar, practicar más actividad física, votar en las elecciones).

nes a favor de un determinado partido), ignorando los argumentos favorables a las otras opciones o contrarios al cambio (seguir fumando, llevar una vida sedentaria, votar a otro partido).

No puedes seguir bebiendo porque ya no puedes controlar la bebida. Si dejas completamente de beber vas a reducir el riesgo de tener problemas de salud muy serios, vas a evitar tener un accidente de tráfico por haber bebido, va a mejorar la relación con tu pareja y con tus hijos, vas a estar mejor económicamente y vas a sentirte más contento y satisfecho.

No hay nada bueno en fumar porros. Fumar porros supone riesgos para la salud. Además, no es cierto que no genere dependencia. Y los efectos gratificantes que produce son falsos y pasajeros. Existe, además, el síndrome amotivacional. Y serás un mal ejemplo para tu hijo, que ya es casi adolescente, y es probable que él también acabe fumando porros.

La *información bilateral* es aquella que, por el contrario, plantea argumentos tanto en favor como en contra del cambio.

Sé que hay fuentes de estrés y preocupación en tu vida, y puedo entender que a veces te sientas tenso, deprimido y con ganas de evadirte un poco de todo esto. Beber un par de cervezas con los amigos es, sin duda, una forma rápida, segura y barata de pasar un buen rato. Y cuesta renunciar a ello, cómo no va a costar. Por otro lado, también es cierto que el alcohol está empezando a provocarte problemas de salud y conflictos familiares y laborales, porque...

Fumar porros tiene, sin duda, efectos agradables, incluso importantes. Y por eso lo haces. No eres tonto. Es divertido, te relajas, te ríes... ¡y todo eso es importante en la vida! No me extraña que te cueste decidirte a dejarlo. Por otro lado, sabemos que fumar cannabis conlleva riesgos importantes para la salud. Y aumenta la probabilidad de que tus hijos también acaben consumiéndolo...

Cuando el consultante se encuentra *ambivalente* ante la decisión de cambio, es preferible la información bilateral. De este modo el profesional empatiza con la perspectiva del consultante y la valida, de modo que es percibido por este como objetivo, creíble, respetuoso y no manifiestamente interesado en forzar la decisión del consultante en un sentido determinado. Algo parecido ocurre cuando, en un mitin político, un candidato de un partido se dirige a una audiencia que en principio es neutral. Paradójicamente, este reconocimiento de las ventajas de la opción contraria hace más probable que el receptor de la información se decida finalmente por la opción que deseamos promover.

Por el contrario, cuando el receptor de la información ya *no está ambivalente*, sino predispuesto a tomar una decisión en favor de la opción que deseamos promover (dejar el alcohol, dejar el cannabis, practicar más actividad física, votar a mi partido), es preferible la infor-

mación unilateral. En este caso, plantear argumentos contrarios al cambio sería una vuelta hacia una situación pasada, que ya ha sido superada, con el riesgo de que el receptor se replantea su decisión.

4.4.11 Informar sobre el proceso de cambio y clarificar expectativas

Con el fin de promover la toma de decisiones, suele ser conveniente también informar sobre las *características del programa, el tratamiento, la ayuda o el asesoramiento que podemos ofrecerle*, sobre todo cuando el consultante mantiene *expectativas erróneas* sobre la naturaleza, la dificultad o las características del proceso. Por lo tanto, aunque tendemos a pensar que la información sobre el tratamiento debe venir después, una vez que el cliente ha tomado la decisión de iniciar un proceso de cambio, en la práctica puede ser conveniente *informar antes* de la toma de decisiones, al menos brevemente y en aquellos aspectos que puedan favorecerla. Por ejemplo:

Si decides empezar en el programa de alimentación y actividad física, empezaremos por citarte con la enfermera para recoger algunos datos tuyos. Luego entrarías a participar en un taller junto con otras personas, alrededor de 10 o 12. Este taller dura 12 sesiones de una hora y media, una vez a la semana. Durante las primeras sesiones trataremos de entender por qué se produce el sobrepeso y qué podemos hacer para reducirlo y, sobre todo, para no recuperar los kilos cuando los hayamos perdido. Posteriormente introduciremos poco a poco cambios en tu entorno para hacértelo más fácil, cambios en las pautas de alimentación, cambios en las actividades de ocio, aumento de la actividad física... y al final te haremos un seguimiento durante un año. La verdad es que suele ser muy ameno...

En relación con la información acerca del tratamiento o la intervención que le ofrecemos, es conveniente tener en cuenta, además, algunas recomendaciones:

- Conviene hacer referencia a que el tratamiento requiere *el compromiso activo y el esfuerzo* de parte del cliente. El cliente no puede limitarse a tomar una medicación y a 'echarle voluntad', como a menudo se dice, sino que debe introducir cambios de comportamiento de manera estructurada. Esta mayor exigencia requiere, al mismo tiempo, que el profesional asuma un rol de colaborador, acompañante y guía en el proceso, y no de experto que marca que camino que el consultante debe limitarse a seguir de modo acrítico. Esta idea debe comunicarse al consultante en este punto.
- Es importante establecer con claridad que el programa de cambio de comportamiento en el que el consultante puede implicarse consiste en un *proceso de aprendizaje*. Particularmente en el campo de las adicciones, puede convenir aclarar que el programa no considera la resistencia el cambio como síntoma de un trastorno o una enfermedad, sino como una dificultad racional y plena de sentido ante la perspecti-

va de suprimir comportamientos que se mantienen porque producen efectos cuyo valor instrumental compensa a los costes. Como proceso de aprendizaje, requerirá el compromiso, la participación activa y la práctica del aprendiz.

- Cuando el consultante ha pasado por *otros tratamientos anteriores en los que ha fracasado* suele ocurrir que las expectativas de autoeficacia son bajas. En estos casos conviene hacer ver dos conceptos importantes:
 - En primer lugar, la idea de que el proceso de cambio exitoso puede requerir *varios intentos*, en los que cada intento y cada error puede ser visto como *una fuente insustituible de aprendizaje*.
 - En segundo lugar hay que señalar que puede haber, y a menudo las hay, *diferencias sustanciales entre los tratamientos por los que el consultante ha pasado y el tratamiento que aquí le podemos ofrecer*, de forma que los malos resultados en aquellos no tienen por qué predecir malos resultados en el intento presente. Piénsese, por ejemplo, en las importantes diferencias entre los tratamientos para perder peso basados en dietas de impacto y los tratamientos basados en cambios de hábitos, o en las diferencias entre el enfoque de Alcohólicos Anónimos y el de la Terapia de Aceptación y Compromiso para los problemas de abuso de alcohol.
- Si el usuario conoce que habitualmente trabajamos en formato de ‘grupos’ o ‘talleres’, puede ser conveniente aclarar las diferencias entre lo que el cliente imagina o ha experimentado (grupos en los que se habla de temas personales ante desconocidos, por ejemplo) y lo que realmente son.

Nosotros trabajamos aquí en grupos. Si decides participar, probablemente te incluiríamos en un grupo o taller de aprendizaje de cambio de hábitos. No son los grupos que a veces vemos en las películas, donde la gente cuenta su vida o cosas parecidas, sino grupos a los que venimos a aprender...

Cuando se informa acerca del proceso de cambio, conviene prestar especial atención a *posibles expectativas erróneas* que el cliente pueda mantener, con el fin de abordarlas y que no constituyan un obstáculo. Estas expectativas erróneas pueden tener su origen en experiencias personales anteriores, o haber sido aprendidas vicariamente, a través de otras personas conocidas o de medios de comunicación. Son sumamente frecuentes, y cada ámbito de actuación tiene la suyas.

El efecto que producen las expectativas erróneas es la *frustración* del consultante, dado que no se cumplen (por definición), dando lugar a *pérdida de expectativas de autoeficacia* e incluso a *posible abandono* del proceso. De ahí la necesidad de su clarificación.

Así, por ejemplo, en los talleres de deshabituación tabáquica que se organizan en los centros Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, se dedica una parte importante de la pri-

mera sesión (cuyo objetivo es, precisamente, que cada participante tome una decisión de participar o no en el resto de las sesiones) a la identificación y clarificación de determinadas expectativas que con frecuencia traen los fumadores que empiezan un proceso de deshabituación. Buena parte de esas expectativas no son específicas de la deshabituación de tabaco u otras drogas, sino que son comunes a procesos de cambio de hábitos en general. Las exponemos en la siguiente tabla, junto con la clarificación correspondiente a plantear.

Expectativa	Clarificación
El tratamiento, y sobre todo los fármacos, es como una <i>varita mágica</i> que conseguirá que deje de fumar sin esfuerzo por mi parte	Si bien existen apoyos farmacológicos que cuentan con evidencia de efectividad (y que, por lo tanto, podrán ser utilizados en el programa) se requiere, como en todo aprendizaje, un <i>esfuerzo metódico y mantenido</i> .
El objetivo del tratamiento es <i>luchar contra las ganas</i> de fumar para eliminarlas, reducirlas o controlarlas.	Ningún producto ni procedimiento elimina las ganas de fumar, dado que estas están fuertemente vinculadas, por procesos de condicionamiento, a estímulos del contexto externo o interno. Por otra parte, luchar contra procesos internos como deseos, tentaciones o emociones es un empeño estéril porque son cuestiones que están fuera de nuestro control. El objetivo del tratamiento no es, pues, eliminar, ni reducir, ni controlar las ganas de fumar. El objetivo del programa es no fumar a pesar de tener ganas. Estas irán reduciéndose con el tiempo, de modo lento y, sobre todo, irregular y muy vinculado a las situaciones en las que nos encontremos, y por lo tanto de modo muy vinculado a lo que hagamos.
Dejar de fumar es <i>dificilísimo</i>	Dejar de fumar no es fácil. Si lo fuera, no existirían tratamientos profesionales para ayudar a conseguirlo. Pero tampoco es extraordinariamente difícil, especialmente si se hace de modo <i>metódico</i> , con apoyos y con expectativas correctas. Con mucha probabilidad el consultante ha acometido y ha logrado objetivos más difíciles y complejos en su vida.
El objetivo es <i>fumar menos</i> o dejar de fumar durante un <i>tiempo</i>	El objetivo del programa que ofrecemos es dejar de fumar <i>del todo y para siempre</i> . Existe evidencia de que el objetivo de reducir el consumo y fumar menos, y mantener esta reducción de modo indefinido, o fumar ocasionalmente, es algo sumamente improbable de conseguir. Si bien es cierto que existen personas que fuman poco, o que fuman sólo en determinadas situaciones, estas personas son una minoría, y siempre han fumado de esta manera.

<p>La clave del cambio está en la <i>fuerza de voluntad</i></p>	<p>La clave del cambio está en tomar una decisión firme, personal y realista, y trabajar de modo metódico para conseguir el objetivo propuesto. No basta con 'echarle voluntad' para aprender inglés, ni para cualquier otro objetivo que implique un aprendizaje. En el programa de deshabituación se plantearán algunas tareas para realizar entre sesión y sesión, y un criterio importante de éxito es precisamente llevar a cabo esas tareas, independientemente de la 'fuerza de voluntad' que se ponga en juego.</p>
<p>Las ganas de fumar desaparecen en algunas semanas o meses.</p>	<p>Los deseos de fumar irán globalmente disminuyendo en la medida en que seamos metódicos con el programa, pero esa disminución no es lineal sino irregular, evoluciona con 'picos', habrá días más fáciles y días más complicados. Y, desde luego, las ganas pueden reaparecer durante mucho tiempo. Hay que recordar, además, que nuestro objetivo no es luchar contra las ganas, sino no fumar a pesar de tener ganas, porque las ganas no son la causa de que volvamos a fumar.</p>
<p>Cuando se deja de fumar se engorda</p>	<p>Aunque es cierto que con frecuencia cuando se deja de fumar se engorda (una media de 2 o 3 kg.), es importante clarificar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay quien gana más peso, y también hay quien incluso pierde. • El peso que se adquiere se puede perder después. • En todo caso, lo que engorda no es dejar de fumar, sino lo que uno hace cuando deja de fumar: si sustituyo el tabaco por frutos secos o por chocolate, es más probable que gane peso. • Habrá, por lo tanto, que abordar (y así lo haremos en el programa) dos cuestiones importantes para prevenir la ganancia de peso: los hábitos de alimentación y la actividad física. • Incluso, plantaremos la tarea de dejar de fumar no sólo como una renuncia sino también como una oportunidad para introducir cambios en nuestros hábitos y nuestro estilo de vida (actividades, aficiones, intereses...) que no sólo prevengan la ganancia de peso, sino que además hagan nuestra vida más rica y satisfactoria.

4.4.12 Examinar las reglas verbales

Buena parte de las ambivalencias, las dudas, las resistencias, los temores o los argumentos contrarios al cambio sobre los que trabajamos en la entrevista motivacional son el resultado no de la experiencia personal directa del usuario, ni siquiera de la observación de la experiencia de modelos próximos, sino de determinadas *reglas* aprendidas de modo puramente *verbal* a partir del contexto social y cultural en el que habita nuestro interlocutor.

Esto ocurre así porque contamos con una capacidad simbólica, objetivada sobre todo en el *lenguaje*. Dado que existe una equivalencia funcional entre las palabras y sus referentes fenoménicos, el lenguaje tiene una función *sustitutiva* de la experiencia directa, tal como plantea la *Teoría del Marco Relacional*. Esta posibilidad que nos ofrece el lenguaje es única en el desarrollo evolutivo de las especies animales, y supone una formidable ventaja porque nos permite ensanchar enormemente el horizonte de nuestras experiencias, desde el limitado ámbito de nuestra vida personal hasta prácticamente cualquier situación, por alejada, remota o fantástica que sea. No necesitamos haber visto jamás un tigre para saber que conviene escapar de él, si se puede, si por algún motivo nos encontramos a uno hambriento y queremos conservar la vida. Tampoco necesitamos haber dejado nunca de fumar (de entrada, quienes nunca han sido fumadores) para saber que no es sencillo. Lo sabemos porque nos lo han contado.

Pero esta ventaja tiene también su reverso desadaptativo. El lenguaje puede llevarnos a caer en determinadas *trampas*, básicamente porque las palabras pueden ocupar el lugar de la experiencia directa y pueden hacernos tomar por real lo que solo existe en las palabras, lo cual puede condicionar nuestro comportamiento, limitándolo. Algunos ejemplos de reglas verbales, adaptados del libro de los psicólogos Ernesto López y Miguel Costa *Manual de consejo psicológico*⁴⁰, y que se muestran en la tabla siguiente, nos pueden ayudar a entender mejor esta suplantación de la realidad por la literalidad de las palabras.

Algunas reglas verbales a identificar y examinar	Ejemplos
<p>Considerar a los eventos privados (emociones, sentimientos, creencias, valoraciones, deseos, 'ganas') como la <i>causa</i> del comportamiento.</p>	<p>Fumé porque tenía muchas ganas Tomé dos cervezas porque estaba muy nervioso Mantuve relaciones sexuales sin protección porque tenía miedo de que se enfadara No puedo hacer lo que me pide porque estoy deprimida</p>

40 López, E y Costa, M. Manual de consejo psicológico. Madrid. Síntesis, 2012.

<p>Llamar <i>necesidad</i> a los deseos o apetencias</p>	<p>Necesito una copa Necesito que mi pareja me entienda Fumé porque necesitaba un cigarrillo</p>
<p>Esperar a <i>estar bien</i>, o a no tener ninguna duda, para <i>actuar</i></p>	<p>No puedo salir de casa hasta que no me cure de la depresión No puedo tomar ninguna decisión hasta que no le vea muy claro.</p>
<p>La tiranía de los debería: actuar siguiendo normas rígidas sobre lo que <i>se debe</i> o <i>no se debe</i> hacer, sentir o pensar.</p>	<p>No puedo permitirme otro fracaso. Tengo que solucionar esto ya. No debería sentirme así Los demás no deben saber que tengo este problema No debo parecer insegura</p>
<p>Confundir la <i>valoración</i> (negativa) que hacemos de determinados sentimientos, pensamientos o experiencias circunstanciales con <i>características objetivas</i> de esos fenómenos, por tomar el significado de las palabras de modo <i>literal</i>.</p>	<p>El 'mono' del alcohol es espantoso... Si pienso en dejar de fumar porros me muerdo del susto De vez en cuando necesito fumar</p>
<p><i>Autocalificarse</i> de modo general a partir de experiencias particulares.</p>	<p>Soy un desastre Soy un estúpido No tengo remedio Soy incapaz de salir a dar un paseo cuando termino de comer</p>
<p><i>Anticipar</i> acontecimientos antes de que ocurran, lo cual provoca que ocurran (profecías autocumplidas)</p>	<p>Tarde o temprano sé que volveré a beber No voy a ser capaz de conseguirlo, no merece la pena intentarlo</p>
<p><i>Distorsionar</i> la percepción objetiva de la realidad mediante la generalización, el pensamiento dicotómico, o la abstracción selectiva</p>	<p>Todo me sale mal La dieta, o se sigue a rajatabla y no se salta nunca, o no se sigue en absoluto, no hay medias tintas. He fumado un cigarrillo después de tres meses sin fumar: he fracasado otra vez</p>

Una estrategia importante en orden a favorecer la toma de decisiones sobre el cambio de comportamientos puede ser, por lo tanto, ayudar al consultante a clarificar la falta de fundamento objetivo y, sobre todo, los efectos (paralizantes, limitantes) de las reglas verbales. Algunas son especialmente relevantes en el ámbito de la entrevista motivacional, y vamos a detenernos brevemente en ellas.

Considerar a las 'ganas', a las emociones o a los pensamientos como causa del comportamiento

Esta es una de las reglas verbales que, por su generalización y sus efectos, conviene abordar de modo ineludible cuando trabajamos en el ámbito de la promoción de hábitos saludables y, quizá especialmente, en el ámbito de las conductas adictivas. El cliente, colocado ante la situación de tomar una decisión sobre iniciar un proceso de cambio, o bien ante la situación de haber recaído o haber incumplido propósitos de cambio (adicciones, restricciones dietéticas...), justifica la dificultad con argumentos como:

La otra vez que lo intenté volví a beber porque hubo una situación en que me entraron muchas ganas

Me puse muy nervioso y por eso fumé

No salgo de casa porque estoy muy deprimida

Esta regla asume que la causa del comportamiento está en las 'ganas', o en la falta de 'ganas', o en el estado de ánimo (*fumé porque me puse muy nervioso, fumé porque me entraron muchas ganas...*), tal como se representa, en relación con la recaída en las adicciones, en la siguiente figura.



Figura 36. Emociones y deseos como causantes de la recaída

Por lo tanto, no sería posible suprimir el comportamiento problemático hasta que no hayan desaparecido, o al menos reducido, esas 'ganas' o 'falta de ganas' o emociones o sentimientos que, supuestamente, lo producen. El efecto puede ser una demora indefinida y paralizante del paso a la acción efectiva.

Un modo alternativo de describir la relación entre los estados de ánimo y la acción, más funcional y más acorde con la realidad, sería el siguiente:

La otra vez que lo intenté volví a beber en una situación en que me entraron muchas ganas y decidí beber.

Me puse muy nervioso y decidí fumar

No salgo de casa porque decido no salir, aunque podría hacerlo a pesar de no tener ganas.

Como puede observarse, aquí no se establece ninguna relación causal entre las ganas o las emociones y el comportamiento. Esta regla asume que la causa del comportamiento está en *las decisiones* que tomamos, y no en las ganas o los estados de ánimo; es cierto que estos existen, y que tienen una influencia sobre nuestras decisiones, pero podemos actuar con independencia de ellos, en función de lo que para nosotros es importante. De este modo se evita un combate estéril contra las emociones o los deseos. Gráficamente:



Figura 37. Decisiones como causantes de la recaída o mantenimiento de la abstinencia

Esta regla verbal choca frecuentemente con la expectativa del consultante, y por este motivo nos referíamos a ella en el apartado correspondiente a la detección y clarificación de expectativas. Afecta a la definición del objetivo mismo del programa de cambio, que ya no es, como a menudo se asume, eliminar, reducir o controlar las ganas o las emociones asociadas al comportamiento, sino cambiar el comportamiento (no fumar, no beber, no mantener relaciones sexuales de riesgo...) *a pesar de tener ganas*.

Llamar necesidad a los deseos o apetencias

Se trata de otra regla verbal muy frecuente, muy relacionada con la anterior (en realidad sería un caso particular) y con un claro efecto disfuncional. Si entiendo la palabra *necesito* de modo literal, *necesariamente* he de incumplir mi propósito de cambio y he de volver a los viejos hábitos. Si no fuera así, y no ocurriera nada significativo, ya no hablaríamos de necesidad. Sin embargo, es muy frecuente escuchar argumentos de tipo de *necesitaba una copa, o en algún momento necesitaré un cigarrillo...*

Se trata, por lo tanto, de reemplazar esta regla por la regla de *me apetece*, incluso de *me apetece mucho*, lo cual es distinto de necesitar, y, ciertamente, no tiene una relación causal con el comportamiento final, puesto que puedo decidir no hacer algo, aunque me apetezca mucho.

Esperar a estar bien, o a no tener ninguna duda, o a que se den determinadas condiciones, para actuar

Anteponer determinadas condiciones para pasar a la acción funciona como una regla verbal paralizante. Estas condiciones pueden consistir en haber encontrado *el momento o la circunstancia* apropiados, sentirse bien de *ánimo*, o haber despejado todas las *dudas e incertidumbres* que acompañan a la decisión. Podemos detectarla en frases como:

Creo que no es el momento de dejar de fumar

Ahora mismo no soy capaz de seguir un programa de pérdida de peso

Mientras no me cure de la depresión no puedo apuntarme a ninguna actividad

El problema consiste, por un lado, en que esas condiciones idóneas pueden tardar mucho en presentarse, o no presentarse nunca; y, por otro, en que *la acción* misma, como señalábamos en un apartado anterior, *es lo que construye la motivación* (porque permite comprobar la obtención de resultados valiosos) y también lo que *despeja las dudas e incertidumbres* (porque permite comprobar si las consecuencias anticipadas se producen o no).

En el ámbito de la depresión, esta regla verbal constituye, tal vez, la *gran trampa*. El modelo psicopatológico de la depresión, que es justamente el modelo en el que se 'educa' a la población, considera que la inactividad y el desinterés son *síntomas* de la entidad clínica llamada depresión, entendida esta como enfermedad o trastorno, cuyo origen se encuentra en alguna alteración del funcionamiento cerebral, de modo que la 'curación' de la depresión es un proceso que nada tiene que ver con las transacciones del individuo con su entorno, y que tiene que producirse primero para dar lugar, como *consecuencia* de ello, a un incremento del interés y de la actividad del individuo. Frente a este planteamiento, el modelo contextual de la depresión considera que la falta de actividad gratificante no es una consecuencia sino justamente la *causa* de la ausencia de interés y del resto de comportamientos que configuran característicamente la depresión, de modo que *no hay que esperar a encontrarse bien para actuar, sino que hay que actuar para encontrarse bien*, como demuestran los resultados de la terapia de *Activación Conductual*, basada en este modelo.

Promover acciones, a pesar de las dudas, de los temores o de la falta de ganas, tal vez a modo de experimento, para comprobar si se es capaz o no, si las dificultades previstas aparecen o no, o si la decisión adoptada produce los resultados esperados, es una excelente forma de 'salir de dudas' y construir la disposición a continuar con el proceso de cambio, que es siempre un cambio sobre acciones específicas (porque son ellas las que están vinculadas a la salud), y no meramente un cambio de ideas.

López y Costa plantean, en el libro citado, una guía para el abordaje de las reglas verbales a través del *cuestionamiento socrático* de las mismas. Se trata de una habilidad compleja, y su desarrollo excede los propósitos de esta guía. Esencialmente, el cuestionamiento socrático establece un *contexto de validación*, de reconocimiento argumentado de la *legitimidad de las reglas verbales*, y utiliza una serie de preguntas para *hacer pensar* al entrevistado y tratar

así de desactivarlas. Esas preguntas incluyen, entre otras, y centrándonos en las tres reglas verbales que hemos destacado, en:

- Pedir ejemplos y clarificaciones. A menudo el simple hecho de tener que elaborar más el discurso y pensar con más precisión para poner un ejemplo es suficiente para que el consultante se cuestione la regla verbal:

¿A qué te refieres exactamente cuando dices que necesitaste fumar?

¿Me puedes poner algún ejemplo de alguna vez en que hayas hecho algo sin tener ganas?

¿Recuerdas alguna vez que hayas estado nervioso y, sin embargo, no hayas fumado?

Veo que, en efecto, quieres mucho a tu novio y es muy importante para ti. Si te dejara, sin duda lo pasarías mal. Pero, dime, ¿qué quieres decir con eso de que 'no puedes vivir sin él' y que 'lo necesitas'? ¿Lo necesitas como el aire? ¿Qué pasaría si te dejara? (el diálogo se orienta a la diferencia entre 'lo quiero mucho' y la regla verbal 'lo necesito, no puedo vivir sin él').

- Preguntar por las consecuencias de no respetar la regla verbal.

¿Qué habría ocurrido si no hubieras fumado?

Imagínate que, por algún motivo muy grave, hubieras tenido que salir aunque no te apeteciera nada. ¿Qué habría ocurrido?

- Parafrasear la respuesta del consultante, destacando los elementos más destacables, y haciendo así que el consultante focalice su atención en ellos.

A ver si le entiendo. ¿Me está diciendo que necesitaba beber, que si no hubiera bebido habría ocurrido algo realmente malo?

Si no te entiendo mal, hay veces que en has estado nervioso, incluso has tenido ganas de fumar, y, sin embargo, no has fumado... ¿es así?

- Señalar las incongruencias y discrepancias entre la regla verbal y determinados comportamientos del propio consultante.

Si no te he entendido mal, me dices, por un lado, que necesitabas beber, pero por otro lado me dices que si no hubieras bebido tampoco habría pasado nada malo... ¿cómo lo ves?

Si no te he entendido mal, me dices que hay veces que, por alguna circunstancia, has sido capaz de hacer cosas sin que te apeteciera nada... ¿es así?

- Ofrecer el propio punto de vista (mensaje yo) o proveer información contrastada.

Tal como yo lo veo, una cosa es apetecer y otra necesitar...

En mi opinión, las ganas influyen mucho en la decisión de volver a fumar, sin duda, pero siempre es uno mismo el que decide...

Si quiere, puedo informarle de lo que sabemos acerca de esto...

- Deliberar sobre *los valores del cliente como verdadera guía de sus decisiones*. Frente a las imposiciones cuestionables (*debería...*), frente a los deseos puntuales, frente a las emociones pasajeras, se trata de recuperar la capacidad de obrar en función de los objetivos personales que nacen a partir de lo que para uno mismo es importante.
- Utilizar metáforas, como veremos algo más adelante, que ayuden a pensar acerca del sentido de las reglas verbales.

4.4.13 Balance decisional

El balance decisional es una técnica sencilla y muy útil para ayudar en los procesos de toma de decisiones. Consiste en pararse a pensar y anotar, en un papel, las *ventajas* y los *inconvenientes* que tiene cada una de las opciones posibles que se nos presentan cuando hemos de tomar una decisión. Además, es útil distinguir entre las ventajas e inconvenientes a *corto plazo* y a *largo plazo*, para favorecer así una toma de decisiones que no esté guiada solo por ventajas inmediatas. Este ejercicio puede realizarse durante la propia entrevista o bien pedirlo como tarea para casa. En la figura siguiente mostramos una plantilla para su realización.

	Ventajas	Inconvenientes
Corto plazo		
Largo plazo		

Figura 38. Plantilla de balance decisional

Una vez listadas las ventajas y los inconvenientes, el profesional y el cliente revisan ambas listas, las amplían y las modifican, y el profesional invita a que el cliente tome una decisión.

Con respecto a su utilización, Miller y Rollnick⁴¹ recomiendan el uso de la técnica del balance decisional sólo *cuando la resistencia al cambio es intensa* y el consultante no argumenta nada o casi nada a favor del cambio. Consideran que es contraproducente fomentar que el consultante genere argumentos en contra del cambio cuando previamente predominaban los argumentos a favor, pero que, por el contrario, suele ser útil preguntar por esos argumentos contrarios al cambio (a través de la técnica del balance decisional, o simplemente preguntando por ellos) cuando previamente los argumentos a favor son escasos. Dar espacio, escucha y consideración a los argumentos contrarios al cambio haría al consultante más dispuesto a plantearse argumentos favorables.

Otra situación en la que es claramente aconsejable utilizar el balance decisional es aquella en la que el profesional *desea mantener la neutralidad* entre las opciones posibles, es decir, no asume que exista una opción preferible a priori. Esta situación no es habitual en el ámbito

41 Miller, WR y Rollnick, S. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar (3ª ed.). Paidós. Barcelona, 2015.

de la salud, donde claramente existen determinados comportamientos que deseamos modificar en una dirección determinada, pero puede aparecer en otros contextos.

4.4.14 Metáforas, fábulas, anécdotas, analogías

Plantear al cliente durante la entrevista algunas metáforas, fábulas, anécdotas personales o analogías sencillas es un procedimiento sumamente útil para clarificar ambivalencias, desactivar determinadas reglas verbales, proponer perspectivas diferentes, evitar la charla prolongada e improductiva y orientar el proceso hacia la toma de decisiones y la acción efectiva, además de contribuir a crear un clima relajado y confortable. Se trata de pequeñas narraciones de las que se puede extraer un aprendizaje relevante para el propósito de la entrevista. Tienen la ventaja de que, al no suponer una confrontación con la perspectiva del consultante, no provocan resistencia, sino, que, por el contrario, resultan atractivas y suelen ser escuchadas con interés. Además, al tener una estructura narrativa, se recuerdan con facilidad.

Es importante que tengan sentido y que sean adecuadas a las características del cliente, que sean oportunas, que sean breves y que estén planteadas de modo que sea el propio cliente quien extraiga de ellas las conclusiones relevantes para nuestros propósitos.

Obviamente, existen muchas metáforas, anécdotas y analogías que pueden utilizarse, y cada profesional puede descubrir o inventar las suyas a partir de su experiencia personal, de sus lecturas o de las noticias de actualidad. No obstante, suele ser muy útil contar con un repertorio preparado. Miguel Costa y Ernesto López, en su libro *Educación para la salud*⁴², nos ofrecen un extenso y utilísimo catálogo, junto con indicaciones para su utilización. También podemos encontrar ejemplos en documentación incluida en el DVD sobre entrevista motivacional para la dependencia tabáquica publicado por el Ayuntamiento de Madrid⁴³. Igualmente podemos encontrar metáforas útiles para nuestros objetivos en el libro *Terapia de Aceptación y Compromiso*, de Wilson y Luciano⁴⁴. Aquí nos limitaremos a sugerir el uso de algunas metáforas y analogías que hemos encontrado especialmente apropiadas en el ámbito específico de la entrevista motivacional aplicada a la promoción de hábitos saludables.

Metáfora de la vaquita

La metáfora de la vaquita es muy útil cuando tratamos de promover procesos de toma de decisiones que implican renuncia a importantes ventajas o beneficios a corto plazo, de los que no es fácil desprenderse, porque hacerlo supondría enfrentarse al temor y la incertidumbre de tener que aprender nuevos recursos, como ocurre con las adicciones. La metáfora

42 Costa, M y López, E. Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Pirámide. Madrid, 2008.

43 Costa, M, Moreno, JJ y Aguado, Z. ¿Discutir o dialogar? Guía de entrevista Motivacional para la dependencia tabáquica. Instituto de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid, 2008. Descargable en www.madridsalud.es.

44 Kelly G. Wilson y M. Carmen Luciano. Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Pirámide. Madrid, 2014.

de la vaquita permite hacer ver que es normal sentir temor cuando nos planteamos modificar los viejos hábitos, esos que a menudo nos han acompañado toda la vida, pero que hacerlo es el primer paso para conseguir beneficios sin duda más cuantiosos. La moraleja de este cuento es: a veces tenemos una vaquita que nos proporciona alguna ventaja importante o cubre alguna necesidad, pero que, al mismo tiempo, se convierte en una rutina, nos hace dependientes de ella y nos impide ir más allá de lo que la vaquita nos brinda.

Un Maestro samurai paseaba por el bosque con su discípulo, cuando pasaron junto a una cabaña de madera, muy pobre, frente a la cual había una familia vestida con ropas sucias y rasgadas, sin calzado. El maestro se acercó al padre de familia y le preguntó: 'En este lugar no existen posibilidades de trabajo ni de comercio... ¿qué hacen ustedes para sobrevivir?'

El padre contestó: 'Tenemos una vaquita que nos da varios litros de leche todos los días; una parte de la leche la vendemos, y otra parte la consumimos, y de esta manera vamos sobreviviendo.'

El maestro y su discípulo continuaron caminando. Al poco tiempo, el sabio dijo al muchacho: 'Date la vuelta, busca la vaquita y títala por el barranco.'

El joven se sorprendió mucho de la orden recibida, y objetó: 'Pero, maestro, vamos a privarles de su único medio de vida'. El maestro no respondió, y el discípulo obedeció su orden.

Tiempo después, sin embargo, se sintió culpable y decidió volver a la cabaña para pedir perdón y ofrecerles ayuda. Con sorpresa, descubrió que donde antes había una casucha de madera y una familia harapienta ahora había una hermosa casa de piedra con un jardín florido, un coche y varios niños bien vestidos. Con sorpresa, descubrió que se trataba de la misma familia con la que tiempo atrás habían hablado su maestro y él.

Naturalmente, preguntó al dueño de la casa cómo había sido posible ese cambio. Este le contestó: 'Al morir la vaquita, no tuvimos más remedio que hacer otras cosas y aprender otras habilidades que antes no teníamos; así fuimos progresando hasta llegar a tener lo que ves.'

Metáfora del elefante encadenado

La idea de estar atado a una cadena es una metáfora perfecta de la dependencia: el elefante está atado a una cadena como el fumador está atado al tabaco. Esta metáfora es útil para hacer ver que la cadena puede romperse, tal vez, con más facilidad de lo que se anticipa; lo que ocurre es que, en muchos casos, persiste porque ciertos temores o ciertas ideas preconcebidas impiden comprobar que, efectivamente, es fácil de romper. Muestra, además, que la única forma de saber si somos o no capaces de algo es intentarlo.

Un elefante de un circo actuaba en la pista exhibiendo su peso, su tamaño y su fuerza descomunal. Sin embargo, la mayor parte del día el elefante estaba atado a una cadena que unía una de sus patas a una pequeña estaca clavada en el suelo.

Esta estaca era muy pequeña y estaba clavada apenas unos centímetros en el suelo. Estaba muy claro que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo no tendría ninguna dificultad en arrancar la estaca y quedar libre. Sin embargo, no lo intentaba.

Pregunté a su cuidador por qué el elefante seguía atado a la estaca, y no se soltaba. Me contestó: el elefante no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era pequeño. Cuando era pequeño sí intentó liberarse, pero entonces no tenía suficiente fuerza y no pudo conseguirlo. Ahora, aunque sí podría, ni siquiera lo intenta porque él cree que no puede. Pero, claro, si un día lo intentará comprobará que sí puede, y entonces sería difícil volver a sujetarlo.

Metáfora del estudiante

La metáfora del estudiante es muy útil durante el proceso de toma de decisiones previo a empezar el tratamiento, cuando a muchos consultantes se les plantean dudas y anticipaciones paralizantes que los llevan a aplazar su decisión y a continuar con sus viejos hábitos poco saludables sintiéndose, al mismo tiempo, con mala conciencia por hacerlo. Lo razonable sería tomar una decisión consecuente y, si se decide seguir fumando, por ejemplo, hacerlo y no quedarse 'a medias'.

Sirve, por lo tanto, para hacer ver que es preferible tomar una decisión y actuar en consecuencia, aun a riesgo de que no sea la mejor decisión, que pasar tiempo y tiempo dándole vueltas y vueltas sin decidirse. Puede incluso completarse con una indicación paradójica: *así que, si decides seguir fumando, hazlo al menos con tranquilidad y disfrutando de lo que haces.*

Un estudiante se vio expuesto al siguiente dilema: preparar un examen que tenía al día siguiente o salir con una chica por la noche. El dilema lo resolvió decidiendo estudiar durante el día y salir con la chica por la noche.

Sin embargo, una vez tomada esta decisión comenzó a entretenerse en cavilaciones anticipando que le iban a suspender porque no iba a tener suficiente tiempo para estudiar. Se decía asimismo 'pero cómo he podido quedar con esta chica...madre mía.... no voy a tener tiempo... no debería salir...pero ya le he dicho que salía...uf... tengo que estudiar y no tengo tiempo...'. Así fueron pasando las horas, pasó el día y no había logrado estudiar. Sus cavilaciones se lo habían impedido.

Llega la noche y sale con la chica a bailar. Pero de nuevo comienza a cavilar 'pero cómo he podido salir a bailar... si debería haberme quedado en casa estudiando... además no he estudiado nada... imadre mía...!'. Estuvo con la chica y no estuvo con la chica. Había tomado la decisión de ir a bailar, pero por sus cavilaciones no pudo disfrutar de la situación y estuvo ausente de la misma.

En definitiva, ni estudió ni estuvo con la chica. Había fracasado en lograr estos objetivos por sus rumiaciones obsesivas.

(Miguel Costa y Ernesto López: Educación para la salud. 2008)

Analogía del viaje

Presentar al consultante el proceso de cambio como un viaje largo es una analogía útil, porque permite destacar, de inmediato, varios conceptos importantes que anticipan, metafóricamente, todo el plan de actividades que implica el proceso:

- Se trata de un proceso *largo*, como un viaje. No es un mero acto de voluntad. No es algo que se haga en un momento determinado y ya esté hecho. Como todo aprendizaje, requiere tiempo y práctica.
- Por lo tanto, no puede acometerse impulsivamente. Requiere una *preparación* metódica, requiere anticipar los riesgos y las dificultades, requiere ir equipados con todo lo necesario.
- Como en un viaje, en este proceso pueden surgir *imprevistos* y pueden cometerse errores. Cuando se comete un error, es una oportunidad para aprender.

Dejar de fumar es como emprender un viaje largo hacia un país exótico y poco conocido. Para un viaje de estas características conviene ir bien preparado. Conviene informarse primero de lo que nos espera para que no nos sorprendan las dificultades: dónde disponemos de una autopista, en qué momento el camino se hace más empinado, dónde podemos perdernos, qué riesgos corremos en cada lugar, qué hacer para afrontar esos riesgos... Conviene también ir bien pertrechado: entrenar nuestro cuerpo para que aguante largas caminatas, llevar comida y bebida, buscar compañeros de viaje...

Analogía de la subida a una montaña

Uno de los objetivos de la entrevista motivacional es mejorar la confianza (expectativas de autoeficacia) en conseguir el objetivo del cambio. A menudo ocurre que el consultante argumenta a favor del cambio, pero no toma la decisión porque carece de confianza en con-

seguirlo: si anticipo que no voy a ser capaz de conseguir algo, no lo conseguiré porque en cuanto tenga una dificultad abandonaré. Esto es frecuente cuando han existido fracasos repetidos. El individuo anticipa un nuevo fracaso, y es la propia anticipación la que provoca la recaída. Comparar las dificultades que se han de afrontar durante el proceso del cambio con las dificultades de subir a una montaña ayuda a afrontarlas de modo constructivo.

Cuando queremos subir a una montaña alta, la probabilidad de que consigamos nuestro objetivo dependerá de varias cosas. Una muy importante es nuestra forma física; pero otra es la confianza que tengamos en nuestras propias fuerzas y en nuestra capacidad para llegar hasta la cima.

Imagina que subo las primeras cuestas y es más duro de lo que pensaba, y me noto muy cansado, y pienso 'no voy a poder, cada vez va a ser más duro, tarde o temprano voy a tener que darme la vuelta'. ¿Qué puede ocurrir? Normalmente, lo que ocurrirá será que abandonaré, tal vez continúe un poco más, pero a la siguiente dificultad me daré la vuelta. Porque, ¿para qué seguir esforzándome, si 'sé' que no voy a poder y que tendré que desistir?

Imagina que, por el contrario, cuando experimento la dificultad, mayor de lo que pensaba, en las primeras cuestas, me digo: 'no voy a anticipar problemas antes de que lleguen, descansaré un poco y seguiré; a lo mejor el resto de la subida es más suave, nunca se sabe... además, yo ya he subido a montañas parecidas y sé que hay ratos malos y ratos mejores'.

Sin duda en el segundo caso la probabilidad de conseguir nuestro objetivo es mucho mayor.

Analogía de aprendizajes y de aprender de los errores: idioma, coche

Comparar el proceso de cambio de hábitos con otros aprendizajes complejos, como hablar otro idioma o conducir un coche, es un recurso sumamente útil durante todo el proceso del tratamiento, para transmitir al menos tres conceptos básicos con importantes implicaciones prácticas:

- El cambio de comportamiento es una tarea de aprendizaje (y no meramente el resultado de tomar una medicación o de 'echarle voluntad'). Como todo aprendizaje, requiere disciplina, método, tiempo y práctica.
- El aprendizaje eficaz exige práctica real en situaciones reales. Practicar en la realidad puede implicar un riesgo (tener un accidente, en el caso del coche, o 'meter la pata' en el caso del idioma), pero sólo asumiendo ese riesgo se puede aprender.

- Los errores y los fallos forman parte del proceso, y son una oportunidad para aprender.

Dejar de fumar y, sobre todo, mantenerse y no recaer, consiste en un proceso de aprendizaje, largo y generalmente costoso. Podemos compararlo con otros aprendizajes que la mayoría de nosotros llevamos a cabo en la vida, como conducir un coche o hablar un segundo idioma. Esta comparación nos puede servir para entender mejor un par de ideas importantes.

En primer lugar, ¿qué es lo más importante si quiero aprender a hablar bien en inglés? Si me voy a vivir un año a Inglaterra, ¿cuándo hablo mejor, al principio o al final de ese año? La respuesta quizás resulte fácil de deducir: hablaré mucho mejor porque he tenido oportunidad de practicar mucho. Pues bien, en el caso de aprender a vivir sin fumar, la clave está también en la práctica real y diaria. Evidentemente, si 'practico', es decir, si me expongo a situaciones donde antes fumaba, corro el riesgo de cometer un error, pero es la única forma de aprender, igual que con el idioma.

En segundo lugar, ¿cuántos habéis 'metido la pata' cuando, durante unas vacaciones en el extranjero, habéis intentado haceros entender en inglés? Es muy probable que, en efecto, se haya incurrido en errores y con mucha frecuencia. ¿Y cuando se ha incurrido en estos errores, qué habéis hecho entonces? ¿Habéis renunciado definitivamente a aprender inglés, sólo porque os habéis equivocado en una palabra? ¿O, por el contrario, habéis tomado nota atentamente del error para no volver a cometerlo? (La mayoría dirá que ha aprendido del error)

Pues bien, cometer errores, fallos, 'deslices', durante un aprendizaje largo y complejo, no sólo es normal y previsible, sino que incluso es una oportunidad única para aprender. Eso no significa que no haya que tener cuidado y tratar de evitar los errores, pero sí que, si se producen, haya que saber afrontarlos como algo normal y de lo que se puede extraer algo positivo.

Metáfora del león que tenía sed

Decíamos anteriormente en esta guía que la relación entre la motivación y la acción es bidireccional, de modo que la acción (y sus resultados) es lo que construye la motivación.

La posibilidad del cambio de hábitos (dejar de fumar, dejar de beber, practicar más actividad física, restringir la dieta...) suele estar asociada a temores, dudas e incertidumbres que a menudo paralizan e impiden el paso a la acción. De algún modo, se siente la necesidad de estar completamente seguro de lo que va a hacer, de que ninguna de las consecuencias ne-

gativas que se anticipan va a ocurrir o al menos no en la intensidad con que se anticipan. El resultado de esta falta de certidumbre es que la decisión se va demorando durante tiempo y tiempo.

Una manera de combatir los pensamientos anticipatorios que paralizan las decisiones es, obviamente, tratar de desmontarlas mediante su examen y cuestionamiento racional. Sin embargo, la 'prueba de fuego' es siempre la *comprobación en la realidad*. No terminamos de convencernos de algo hasta que no lo comprobamos; a menudo, incluso, 'hacer la prueba' es la única manera de constatar que aquello que anticipábamos y temíamos finalmente no se produce. La tarea de 'convencer' no está completa hasta que no conseguimos que la persona en cuestión actúe y compruebe lo que le decimos con su propia experiencia.

La metáfora sirve, por lo tanto, para enfatizar la idea de que los temores o las dudas, que a menudo asaltan al que se plantea el cambio, *sólo se resuelven actuando, haciendo la prueba*, y no dándole 'vueltas a la cabeza' una y otra vez.

Había un león que vivía en la sabana africana y que un día tenía sed. Fue a beber agua a la charca donde iban los leones. Pero cuando estaba en la orilla y se inclinó sobre la superficie, vio a otro león igual que él que le miraba fijamente desde dentro del agua. Pensó que tal vez el otro león le atacaría cuando estuviera bebiendo, le entró miedo y se fue corriendo y sin beber.

Pasado un rato pensó 'voy a volver a la charca, porque tengo mucha sed, a ver si el otro león se ha ido'. Así que volvió, se inclinó de nuevo, echó una mirada... y el otro león seguía allí, igual que antes. Otra vez le dio miedo, y otra vez se marchó corriendo y sin beber.

Como estaba muy preocupado y muy sediento, pidió consejo a otros leones. Todos ellos (amigos, consejeros profesionales, intelectuales de renombre incluso...) trataron de convencerle de muchas maneras de que su temor no tenía fundamento porque el otro león simplemente no existía y se trataba sólo de su reflejo en el agua. Lo curioso era que, a pesar de estar de acuerdo con ellos, a nuestro héroe no se le quitaba el miedo ('y si resulta que...').

Hasta que un día ya no pudo más y, extenuado por la sed, acudió otra vez a la orilla y, sin pensarlo, directamente metió la cabeza en el agua y bebió. No sólo disfrutó del agua fresca que tanto necesitaba, sino que además sus temores se disiparon al instante porque comprobó que el otro león no existía. Fue la acción lo que disipó sus temores y le hizo sentirse seguro de sí mismo; la acción, y no la reflexión. Actuar permite comprobar si lo que anticipamos tiene fundamento o no.

(Calle, R: Antología de cuentos de la India y el Tibet. EDAF. Madrid, 1997)

Metáfora del perro indeciso

Esta metáfora sirve para evitar la indecisión prolongada y paralizante, invitando a actuar en un sentido determinado, aunque no se tengan claras las ventajas de la opción elegida. Es útil para hacer ver que es preferible elegir un curso de acción, como forma de salir de dudas, y aun a riesgo de equivocarse, que permanecer tiempo y tiempo en la indecisión.

Había una vez un perro que solía comer indistintamente en dos monasterios, donde cuando iba le daban las sobras de la comida de los monjes. Cada monasterio estaba en una de las dos orillas de un río. Cuando sonaba la campana de uno de los monasterios, el perro acudía a él y se alimentaba. Un día, el perro estaba bañándose en el agua del río, y empezó a sonar la campana de uno de los monasterios. Empezó a nadar hacia esa orilla, cuando, en ese mismo momento, empezó a sonar la campana del otro. Se giró y empezó a nadar hacia la otra orilla. Pero entonces siguió sonando la campana del primer monasterio. El perro volvió a girarse. Empezaron entonces a sonar ambas campanas a la vez. El perro dudó y dudó sobre las ventajas de ir a comer a uno u otro monasterio, nadaba en una y en otra dirección alternativamente, hasta que se le agotaron las fuerzas y se ahogó en el agua del río.

(Calle, R: Antología de cuentos de la India y el Tibet. EDAF. Madrid, 1997)

Metáfora de las ranas que cayeron en un jarro con nata

Esta metáfora sirve para destacar el valor de la tenacidad. Durante la entrevista motivacional puede ser útil cuando el consultante ha pasado por varios fracasos anteriores que han afectado a su confianza y que hacen costosa la decisión actual. También puede plantearse cuando, durante el proceso, se produce una situación de recaída o incumplimiento de propósitos, y se invita al consultante a renovar su decisión.

Dos ranas cayeron en un jarro con nata. Rápidamente se pusieron a patear para evitar hundirse y morir ahogadas. Una de ellas pensó que se hundiría sin remedio, porque que la nata era demasiado blanda para poder impulsarse y saltar fuera. La otra, por el contrario, continuó pateando con insistencia. Unas horas después, la primera rana había muerto ahogada; la segunda estaba a salvo en la superficie, porque sus pataleos habían convertido la nata en mantequilla espesa (Metáfora india).

Metáfora del barquito

Una vez más, este pequeño cuento subraya la necesidad de tomar decisiones y actuar en los problemas que nos afectan, aprovechando las oportunidades cuando aparecen, en lugar de confiar en que algo o alguien actúe por nosotros y nos resuelva mágicamente la situación.

Érase una vez un pueblo remoto que padeció un invierno muy malo y tormentoso. Llovió tanto que la pequeña presa del valle se rompió y el pueblo comenzó a inundarse. El agua cubría ya los escalones de la iglesia cuando pasó un barquito: 'Padre Tobías, véngase con nosotros', dijeron los de la lancha al cura. 'No, hermanos, no hace falta; yo soy un hombre de Dios, y he dedicado mi vida a su servicio. Estoy seguro de que Él no permitirá que me ahogue', respondió el sacerdote, que era un hombre conocido en todo el valle por su espesor berroqueño de su fe. El bote se fue y el agua siguió subiendo. Lamía ya los nidos de golondrina del alero y el sacerdote tuvo que sentarse sobre el tejado. Pasó otro barquito por delante: 'Padre Tobías, véngase con nosotros'. El cura volvió a negarse: 'No, hermanos, no hace falta, yo soy un hombre de Dios y Él no permitirá que me ahogue'. De modo que los visitantes se marcharon y la inundación siguió su curso. El agua iba por la mitad de la torre, y el cura se había tenido que subir al campanario cuando apareció un tercer barquito: 'Mire que somos los últimos, padre. Será mejor que venga con nosotros', le exhortaron. Pero el sacerdote volvió a hacer profesión de fe en la providencia divina y se quedó. La lancha se alejó, el agua siguió subiendo y el cura se ahogó. Entonces, el alma del sacerdote, mojada y enfurecida, acudió a todo correr a las puertas del Más Allá. Se saltó las largas colas de muertos recientes y se plantó delante del arcángel portero: '¡Vengo a reclamar, estoy indignado! -rugió el sacerdote: ¡Yo soy el padre Tobías, soy un hombre de Dios, estoy seguro de que Él no me ha abandonado y, sin embargo, me he ahogado, quiero saber quién es el responsable de este error!' 'Permítame que consulte los libros', contestó el arcángel, que era una criatura impertérrita acostumbrada a furias post mortem. Y pasó hoja tras hoja del inmenso volumen hasta que encontró el nombre de Tobías: 'Ah, no, mire usted, aquí pone que le hemos enviado tres barquitos'.

(Cuento griego. Rosa Montero, El País, 8 de Mayo de 2001. Tomado de Costa y López: Educación para la salud. Pirámide, Madrid, 2008).

5 Desarrollo de la entrevista motivacional

En el capítulo 3 de esta guía hemos expuesto un modelo biográfico-contextual, explicativo del comportamiento, y que sirve de *fundamento teórico* de la entrevista motivacional. En el capítulo 4 hemos planteado los *principios estratégicos* (la validación y la facilitación de la toma de decisiones), derivados del modelo expuesto, que sirven de guía y orientación para poner en práctica la entrevista, junto con la caracterización del catálogo de las *habilidades o destrezas* comunicativas que la hacen posible. Vamos a dar ahora un paso más, ordenando los elementos aislados que ya conocemos, y planteando un *modelo de desarrollo*, una secuencia de pasos y objetivos, una 'hoja de ruta' que nos oriente y nos sitúe en cada momento a lo largo del proceso de la entrevista.

Ni que decir tiene que contar con un camino para llegar a nuestra meta no significa que haya que transitar por él. Un camino no es un recorrido obligatorio, sino una referencia que nos ofrece seguridad, de la que podemos apartarnos y a la que podemos volver, y por relación a la cual podemos situarnos y no perdernos. Más aún: aunque contemos con un camino, el buen caminante sabe que, si desea llegar eficazmente a su destino, conviene estar atento a los avatares, imprevistos y circunstancias, así como, por qué no, a los estilos, preferencias o destrezas personales, que hagan aconsejable precisamente salirse del camino trazado. Y esto es así porque un camino trazado en un mapa es siempre una simplificación, que nada dice de los múltiples condicionantes que operan en la ejecución práctica del recorrido.

Hecha esta advertencia sobre la conveniencia y la inevitabilidad de salirse de la ruta trazada, incluso de complicarla, y de volver a ella cuantas veces sea necesario, vamos a proponer un recorrido que pretende ser claro, sencillo y práctico, aplicable en distintos contextos profesionales, con distintos comportamientos objetivo y con consultantes que varían en su disposición hacia el cambio.

La entrevista motivacional en el contexto de un protocolo de evaluación

El uso de la entrevista motivacional en el ámbito de la salud debe compatibilizarse con la cumplimentación de determinados protocolos de evaluación que vienen impuestos. En ellos se debe recoger una gran cantidad de datos precisos, para lo cual, habitualmente, se dispone de un tiempo escaso que hay que administrar.

Estos protocolos de evaluación no son fácilmente compatibles con el estilo de la entrevista motivacional. Se convierten, a menudo, en una especie de interrogatorio, en una larga lista de preguntas cerradas y de respuesta codificada, en el que lo peor que puede hacer el consultante es hacernos 'perder el tiempo yéndose va por las ramas' con información que consideramos irrelevante, con preguntas absurdas, con reticencias y temores infundados, con dudas sin sentido, con resistencias obstinadas a veces. Cuando todo va como esperamos, el paso siguiente al interrogatorio y al examen pertinente suele consistir en proporcionar al consultante una información unilateral, a menudo rápida, de cuya comprensión no nos aseguramos, que suele contener un diagnóstico más o menos definitivo y unas indicaciones sobre lo que el consultante 'debe' hacer (hacerse más pruebas, tomar una medicación, dejar de fumar o de beber, utilizar el preservativo, introducir cambios en su dieta) con advertencias sobre las graves consecuencias de no seguir estas pautas, especialmente cuando esas consecuencias son realmente graves y cuando el usuario es reincidente en el incumplimiento. Para rematar el cuadro, entre profesional y consultante suele colocarse a veces la pantalla del ordenador, orientada de tal modo que al profesional le resulte fácil mantener la vista en lo que escribe en ella al tiempo que lanza rápidos vistazos al consultante.

Pocos escenarios son menos favorecedores que este que hemos dibujado para ayudar a nuestro consultante a tomar decisiones y a asumir compromisos de cambio.

Es obvio, sin embargo, que la información recogida de nuestros consultantes debe estar protocolizada; pero también es cierto que la evaluación pierde su sentido si su cumplimentación provoca en el consultante la sensación de que no ha sido escuchado en cuestiones que para él o ella son relevantes, dando lugar a insatisfacción e incluso a abandono del tratamiento.

El procedimiento más aconsejable es comenzar la consulta dejando de lado por el momento el protocolo de evaluación (y apartando, por qué no, el ordenador, como quien aparta una barrera entre dos personas) siguiendo las pautas de la entrevista motivacional que describimos en esta guía, durante algunos minutos, con el fin de crear un vínculo de confianza entre los dos interlocutores, y posteriormente pasar a la cumplimentación del protocolo de evaluación, anunciándose así al cliente (bien, voy a hacerle ahora una serie de preguntas más concretas, utilizando el ordenador...).

Este modo de proceder ofrece varias ventajas importantes:

- Favorecemos la consecución del objetivo fundamental, sin el cual el resto, y especialmente la escrupulosa cumplimentación del protocolo, no tiene sentido: que el consultante se sienta cómodo, escuchado, abierto a nuestras sugerencias, colaborador y con ganas de volver.
- Además, obtenemos, en la parte primera de la entrevista y sin preguntar directamente por ellos, buena parte de los datos que debemos recoger en la segunda parte, de modo que no es necesario volver a preguntarlos.
- A medio y largo plazo, ganamos tiempo. La inversión de algunos minutos en una conversación (que no interrogatorio) siguiendo las estrategias de la entrevista motivacional es rentable, permite ganar tiempo en encuentros sucesivos porque mejora la receptividad del consultante y el cumplimiento de los acuerdos adoptados.

Aparte de esto, suele ser aconsejable revisar los protocolos de evaluación con el fin de eliminar datos superfluos, que no tienen influencia en la toma de decisiones posterior. También puede haber la posibilidad de dejar la cumplimentación de ciertos datos para un momento posterior en el proceso.

5.1 Un modelo secuencial de entrevista

Se plantean distintas posibilidades cuando nos disponemos a afrontar una primera entrevista con un nuevo consultante, del que apenas tenemos datos. Si trabajamos en un recurso dedicado de forma monográfica a algún problema de salud (consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, orientación sexual, programas de prevención del sobrepeso...) se da por supuesto cuál es el motivo de consulta. Esto no significa que, por el hecho de acudir, el consultante tenga una visión clara de cuáles son sus objetivos, haya tomado ya la decisión de cambiar y se encuentre ya en disposición de poner en marcha ese cambio (lo que en el modelo transteórico de las fases de cambio se denomina 'estar en fase de contemplación' o 'estar en fase de preparación') porque a menudo ocurre que el consultante accede derivado desde otro recurso a iniciativa del profesional, o por cumplimiento de una sanción administrativa, o bajo la presión de la pareja o la familia. También puede ocurrir que trabajemos en un dispositivo más generalista, como un centro de atención primaria de salud o un servicio de salud laboral, en cuyo caso el horizonte de posibles objetivos de cambio es aún más amplio en función de los problemas de salud que se identifiquen.

En cualquiera de los casos identificamos posibles objetivos de cambio (dejar el alcohol, dejar el cannabis, utilizar el preservativo de forma consistente, practicar más actividad física, introducir cambios en la dieta, iniciar un tratamiento médico...), y necesitamos determinar cuál es la *disposición* del consultante en relación con estos posibles objetivos. Como ya hemos expuesto (apartado 3.6.3), esta disposición depende de dos variables relativamente independientes:

- La *importancia* que el usuario concede al cambio en función de sus valores personales, de aquello que para él o ella es importante. Cuando mayor sea esta importancia percibida, mayor será la disposición al cambio.
- La *percepción de autoeficacia*, o confianza que tiene el usuario en su capacidad para conseguir el cambio. Cuanto más baja sea la autoeficacia, menor será la disposición a iniciar los procesos del cambio.

En orden a hacer más probable una decisión de cambio, nuestra tarea consistirá, por lo tanto, en:

- Favorecer que el consultante *perciba la importancia del cambio* (las ventajas de dejar de fumar y los riesgos de no hacerlo, por ejemplo).
- Favorecer que *se perciba capaz y competente para conseguirlo*.

Simplificando un tanto, y de modo orientativo, se pueden dar las cuatro posibilidades que representábamos en el apartado 3.6.3., por supuesto matizables:

1. El consultante percibe las ventajas del cambio, y mantiene una percepción de autoeficacia elevada. La disposición al cambio sería, por lo tanto, alta, y apenas sería necesaria una intervención motivacional. En principio, sería la situación ideal. Sin

embargo, incluso en estos casos puede ser necesario indagar hasta qué punto la confianza elevada está basada, tal vez, en expectativas erróneas sobre el proceso del cambio o las dificultades con que puede encontrarse, de modo que en realidad existe un exceso de confianza o una minimización de las dificultades. Esta situación se produce con cierta frecuencia.

2. El consultante concede mucha importancia al cambio, porque es coherente con sus valores. Cuando le pedimos que valore de 0 a 100 la importancia que él concede a dejar de fumar o a prevenir un embarazo no deseado, responde 90 o 100. Si existiera una varita mágica o una pastilla cuasi milagrosa que produjera por sí sola el cambio, el consultante no dudaría en utilizarla. La dificultad reside en que esa varita mágica o esa pastilla no existen, y el consultante se siente con poca o ninguna confianza en conseguir su objetivo, por lo que la disposición a intentarlo es escasa. Generalmente esta situación, que es la más frecuente de todas, se asocia a intentos previos de cambio en los que se ha fracasado, a menudo de forma reiterada, y en los que se ha invertido un esfuerzo a veces considerable. La *baja autoeficacia* es el resultado de la experiencia del fracaso.
3. El consultante concede poca o ninguna importancia al cambio, no percibe riesgo en mantener su comportamiento, o así lo declara, o ese riesgo tiene poco que ver con su escala de valores. Cuando le pedimos que puntúa en la escala de 0 a 100 la importancia del cambio responde 50 o menos. Y, al mismo tiempo, se percibe capaz de cambiar si decidiera hacerlo. *Puedo dejar el alcohol cuando quiera, pero no quiero hacerlo*, sería una posible manifestación de esta situación. Aunque en principio la importancia del cambio y la autoeficacia son dos dimensiones independientes, en la práctica no suelen serlo tanto; a menudo ocurre que damos poca importancia a aquello que nos sentimos incapaces de alcanzar. En cualquier caso, ante esta situación se trata de promover el discurso sobre la *importancia del cambio*.
4. Finalmente, puede ocurrir que tanto la importancia del cambio como la confianza para conseguirlo sean bajas, de modo que la dirección de la entrevista motivacional en este caso es doble: promover verbalizaciones automotivadoras de deseo de cambio y, al mismo tiempo, de capacidad para el cambio.

Así pues, el abordaje de estas dos dimensiones que condicionan la disposición al cambio constituye el cuerpo de la entrevista motivacional. La secuencia completa de fases y objetivos que proponemos está representada en la figura siguiente.

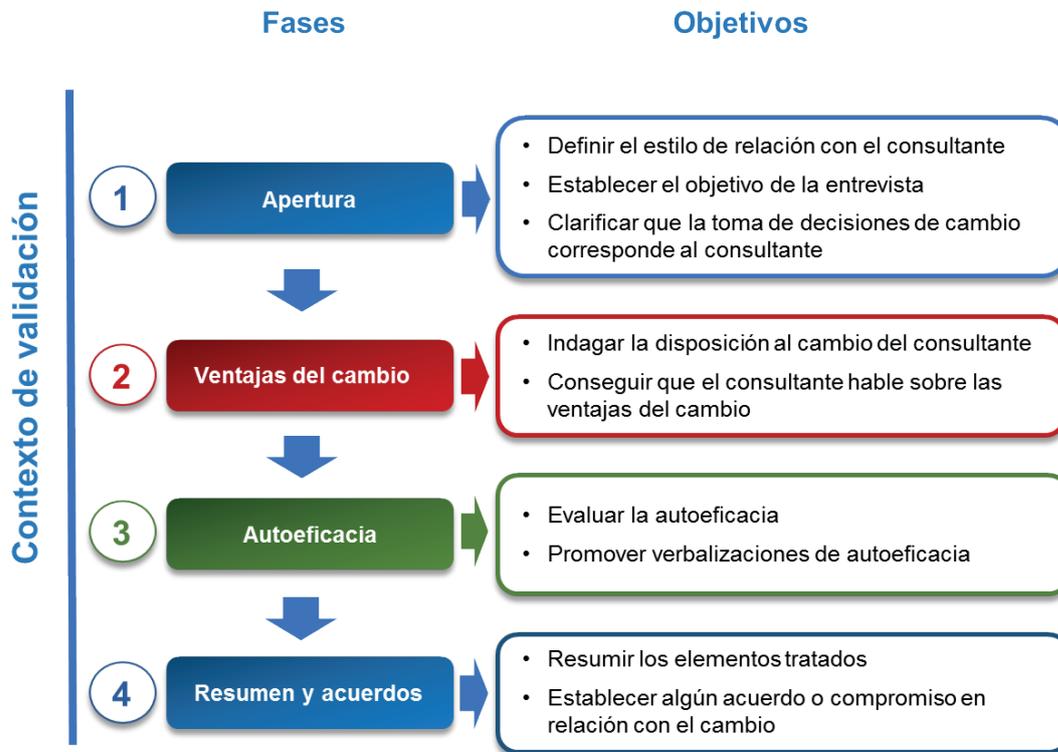


Figura 39. Un modelo orientativo para el desarrollo de la entrevista motivacional

Recordemos que toda la secuencia de procesos que describiremos se produce y cobra sentido en el contexto de una relación interpersonal basada en la *validación* de la perspectiva del consultante y en el respeto a su autonomía para tomar decisiones, tal como se ha descrito en el capítulo 4.

5.2 Apertura

Aunque esta es una fase breve, la forma de iniciar la entrevista motivacional tiene suma importancia, porque con ella sentamos las bases para conseguir varios objetivos:

- Definir con claridad cuál va a ser el *estilo de relación con el consultante*, que buscará que éste se sienta cómodo, seguro, libre de amenazas de ningún tipo, y perciba al profesional como digno de crédito y confianza.
- Lograr que el consultante perciba con claridad el *objetivo* de la entrevista y el *procedimiento* a seguir, un objetivo que no va a consistir en imponer al consultante lo que debe hacer, sino en ayudarlo a *tomar una decisión*, y un procedimiento que no va a consistir en advertir, informar o recriminar, sino en *deliberar* conjuntamente.
- Establecer de forma clara que *es al consultante a quien corresponde tomar las decisiones* que desee en relación con el asunto que se va a tratar.

Desde la apertura asumimos un estilo *validante* en el que se evita asumir un rol de experto (categorización diagnóstica, jerga técnica...), así como prescribir lo que el otro 'debe' hacer. Al plantear el contenido del que se va a tratar (las relaciones sexuales sin protección, el consumo de tabaco, el sedentarismo...), el consultor asume un *estilo descriptivo* de comportamientos (apartado 4.4.1.) y manifiesta con claridad el *respeto a la autonomía* del consultante en la toma de decisiones de cambio (apartado 4.4.9.).

Algunos ejemplos de apertura de la entrevista son:

- Ante un consultante que se inscribe en un programa de deshabituación tabáquica.



Buenos días. Por lo que me dice, viene usted a nuestra consulta para dejar de fumar. Bien, en primer lugar, tengo que darle la enhorabuena, porque creo que es una magnífica decisión. De todos modos, antes de hablar sobre métodos y procedimientos para dejar de fumar, me gustaría conocer sus motivos, su experiencia previa, las dificultades que anticipa. Para empezar, quiero dejar claro que la decisión es suya, que solo usted puede decidir dejar de fumar o no y que, si decide dejarlo, conviene que esa decisión sea firme. Así que me gustaría empezar por ver cómo ha tomado usted esa decisión. Cuénteme.

Figura 40. Ejemplo de apertura de entrevista ante un consultante que se inscribe en un programa de deshabituación tabáquica

- Ante un consultante que acude por otro motivo, y en una consulta en atención primaria en la que se informa de los resultados de algunas pruebas.



Buenos días, Luis. Tengo los resultados de sus análisis, y también los datos que me ha ido dando. Los síntomas que usted me refiere y los resultados de sus análisis indican un posible consumo excesivo de alcohol. Esto es algo que me preocupa y que, si a usted le parece, me gustaría valorar con usted, conocer su opinión y ver las posibilidades de cambiar esto. Por supuesto, será usted el que decida qué hacer; mi papel aquí es ayudarle a tomar una decisión y, si usted decide cambiar su forma de beber, ayudarle a conseguirlo.

Figura 41. Ejemplo de apertura de entrevista ante un consultante que acude por otro motivo

- Ante una adolescente que acude por tercera vez en poco tiempo a un dispositivo de salud para jóvenes pidiendo la 'píldora de emergencia'.



Bien, María. Además de darte la píldora de emergencia, me gustaría comentar contigo algo que me preocupa. Veo que es la tercera vez que acudes en pocos meses, por el mismo motivo. ¿Es así? Esto es algo que me preocupa porque, tal como lo veo, creo que estás incurriendo en riesgos graves y que convendría evitar, si tú quieres. ¿Te parece que hablemos de esto? (...) Dime, ¿qué sabes de los riesgos...?

Figura 42. Ejemplo de apertura de entrevista ante una adolescente que pide la 'píldora de emergencia'

5.3 Ventajas del cambio

Una vez definidos los objetivos de la entrevista, nos centraremos en la cuestión de tratar de que el consultante *perciba las ventajas del cambio y argumente en su favor*. Como hemos señalado en el apartado 4.3.2., la entrevista motivacional implica un cambio de estrategia frente al procedimiento tradicional: no se trata de que el profesional argumente sobre las bondades del cambio, sino de proceder de tal modo que favorezca que sea el propio consultante quien hable en su favor.

Es importante que esta motivación para al cambio no se quede en un proceso puramente cognitivo, interno y privado. No basta con que el usuario 'se mentalice' o 'reflexione'; se trata de que *verbalice, con sus propias palabras, argumentos a favor del cambio*. No nos interesa el pensamiento encubierto, nos interesa el lenguaje observable. Sabemos que la cantidad de discurso favorable al cambio está positivamente correlacionada con la probabilidad de acometer los procesos del cambio.

Existen varios términos para referirnos a este tipo de verbalizaciones. Además de 'argumentos a favor del cambio', Miller y Rollnick hablan de 'verbalizaciones automotivadoras', y también de 'discurso del cambio' (*change talk*). Aquí utilizaremos estas expresiones como equivalentes.

Las verbalizaciones automotivadoras pueden consistir en expresiones de distintos tipos:

- De deseo, de necesidad o de conveniencia de cambio (*me gustaría... verdaderamente, debería... estaría bien si... espero cambiar...no puedo seguir haciendo lo que hago...*).
- Argumentos racionales (*ganaré en calidad de vida si... seré un buen ejemplo para mis hijos si... ahorraría mucho dinero si... no me llevaré estos sustos si...*).
- Expresiones relativas a la capacidad para conseguir el cambio (*creo que podría... si lo intento sería capaz de...*).
- Claramente, las manifestaciones de haber tomado ya una decisión de cambio (*he decidido... desde ahora voy a... estoy dispuesto a...*) o de haber dado ya los primeros pasos hacia el cambio (*me he informado de un gimnasio en mi barrio... he dicho a mis amigos que voy a dejar de fumar ya...*)

En todo caso, hablar a favor del cambio (y no solo pensarlo) es más eficaz que no hacerlo por varios motivos:

- El consultante *se escucha a sí mismo* argumentando a favor del cambio, es emisor y al tiempo receptor de su propio mensaje; de algún modo se produce un desdoblamiento que mejora la potencia del mensaje.
- Los argumentos, las ventajas, los deseos y las decisiones que tomamos y que comunicamos a otro *nos comprometen más* que aquellas que no damos a conocer a nadie.

- Al tener que hablar acerca de ello a otra persona, el consultante se ve en la necesidad de *organizar, de fundamentar, de explicar y de construir* mejor ese argumento favorable al cambio.

Esta fase puede ser compleja, y la hemos dividido en subfases o pasos intermedios, algunos más sustanciales y otros más auxiliares. Dependiendo del caso utilizaremos unos u otros recursos, siempre con el objetivo de que el consultante argumente en favor de las ventajas del cambio. Representamos la secuencia en la figura siguiente.

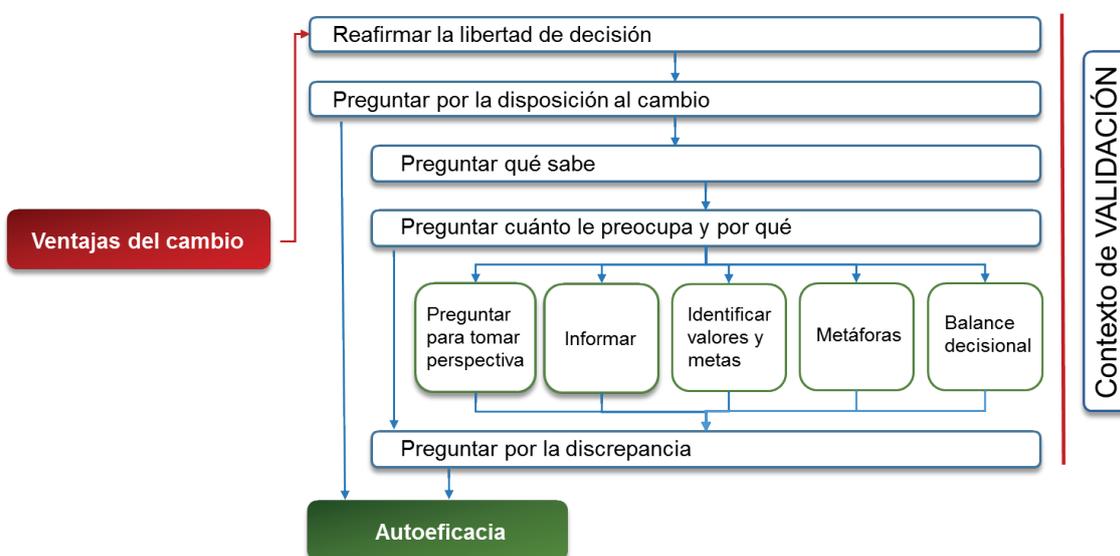


Figura 43. Una estrategia para favorecer que el consultante hable de las ventajas del cambio

Vamos a abordar cada uno de los elementos que aparecen en la figura, y para ello empezaremos mostrando un ejemplo de un caso de un bebedor excesivo, en el que su médico de cabecera se plantea como objetivo que el consultante hable sobre la conveniencia y las ventajas de reducir el consumo de bebidas alcohólicas. Junto con el diálogo que se establece entre ellos, mostramos las habilidades que va poniendo en juego el profesional.

<p>Víctor es un hombre de 55 años, que acudió en su día a la consulta de su médico de cabecera por 'molestias en el estómago'. Su médico le pidió una analítica, y ahora acude por segunda vez. La analítica es indicativa de consumo excesivo de alcohol. Nunca ha tenido accidentes de tráfico ni problemas en el trabajo por este motivo, aunque maneja maquinaria en una fábrica, y ha recibido advertencias serias de su supervisor y del médico de su empresa, incluso con amenaza de sanciones. Su mujer y sus dos hijos están muy preocupados por ello y le insisten a diario para que 'deje de beber' porque, según ellos le dicen, 'es un alcohólico como lo fue su padre'.</p> <p>A la vista de estos datos, el médico se plantea ayudar a Víctor a tomar una decisión en relación con la bebida. Se establece el siguiente diálogo.</p>	
<p><i>PROFESIONAL. Bien, Víctor, tu mujer dice que bebes demasiado y que en tu trabajo te han advertido sobre esto. Además, tu analítica nos indica que tu hígado está afectado por el alcohol. Esto es una cosa que me preocupa seriamente y quería preguntarte cómo lo ves tú y hasta qué punto estás dispuesto a reducir la cantidad que bebes.</i></p>	<p>Describe Mensaje 'yo' Pregunta por su opinión y su disposición</p>
<p><i>VÍCTOR. Uf, ya estamos, ahora me va a decir usted también que tengo que dejar de beber.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Estás harto, aburrido de que te digan esto...</i></p>	<p>Reflejo del sentimiento</p>
<p><i>VÍCTOR. Pues sí, la verdad, son todos muy pesados.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Estás harto, y, la verdad, creo que puedo entenderlo, porque a nadie le gusta que le estén diciendo todo el día lo que tiene que hacer. Déjame que te diga una cosa: yo no voy a decirte lo que tienes que hacer, respetaré la decisión que tomes, ¡no faltaba más!, nadie puede decidir por ti, solo tú conoces tus circunstancias y tienes tus motivos. Lo que pretendo es ayudarte a tomar una decisión, la que sea. ¿Tú cómo lo ves?</i></p>	<p>Empatía Reafirmar la libertad de decisión</p>

<p><i>VÍCTOR. Mire, doctor, yo no soy alcohólico, yo puedo estar sin beber cuando es necesario, nunca he tenido ningún accidente de nada, lo que pasa es que mi padre sí era alcohólico, y mi mujer y mis hijos me dan la tabarra con eso, pero yo bebo lo normal, lo mismo que mis amigos.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Bien, nunca has tenido ningún accidente, y crees que su mujer se preocupa mucho porque piensa que puedes acabar como su padre... Quizá por eso te dice que eres un alcohólico, como él, y probablemente no lo seas, al menos hasta ese punto, la palabra 'alcohólico' a veces se dice muy a la ligera.</i></p>	<p>Reflejo simple Acuerdo parcial</p>
<p><i>VÍCTOR. Sí, eso es.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Si no te entiendo mal, vienes para complacer a tu mujer, pero en realidad ella no tiene absolutamente ningún motivo de preocupación...</i></p>	<p>Reflejo amplificado</p>
<p><i>VÍCTOR. Hombre, vamos a ver, ninguno, ninguno, no sé, a lo mejor a veces me paso un poco, sobre todo si tengo que conducir, porque me puede pillar la policía...</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. O sea que hay situaciones en que sí crees que bebes más de la cuenta... Dime, Víctor, ¿qué sabes sobre esto? ¿Qué información te ha dado tu médico de empresa sobre los riesgos de pasarte bebiendo?</i></p>	<p>Refuerza verbalización motivadora Pregunta por lo que sabe</p>
<p><i>VÍCTOR. Bueno, yo en la fábrica manejo maquinaria y tengo que tener cuidado y no distraerme, y me han dicho que puedo tener un accidente. Además, sí me preocupa cuando he bebido y cojo el coche, conduzco muy bien, pero me puede caer una multa gorda. Y el médico me ha dicho que tengo dañado el hígado, que el ardor de estómago que tengo a veces se debe a la bebida, y que puedo acabar como mi padre. Aparte, claro, de las discusiones en casa con mi mujer y mis hijos, que son tremendas.</i></p>	

<p><i>PROFESIONAL (con gestos de asentimiento). Te veo bien informado. En efecto, tal como yo lo veo también, beber la cantidad que tú bebes implica riesgos importantes. Pero dime una cosa: ¿hasta qué punto de preocupan estos riesgos? Si tuvieras que puntuar cuánto te importan o te preocupan, entre 0 y 100, suponiendo que 0 significa que no te preocupa absolutamente nada, y 100 significa que la preocupación es máxima, ¿qué puntuación le darías?</i></p>	<p>Expresa reconocimiento Refuerza verbalización motivadora Pregunta cuánto le preocupa.</p>
<p><i>VICTOR. Mm, digamos un 60</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Un 60, bien. Oye, ¿por qué 60 y no 0?</i></p>	<p>Pregunta para que identifique y hable de los beneficios del cambio</p>
<p><i>VICTOR. Hombre, algo sí me preocupa. Noto que me canso más que antes, y no solo por la edad, y tampoco tengo buenos reflejos, duermo peor, me molesta el estómago, sé que mi mujer y mis hijos están muy preocupados y, bueno, tontos no son, algún motivo tienen. Además, me preocupa también que en la fábrica me tienen echado el ojo con este asunto, y no quiero ni pensar en lo que ocurriría si me quedara sin trabajo. Y lo de la salud, en fin, no sé, quizás un poco también.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. (Pausado, con gestos de asentimiento) Víctor, me has dicho varios motivos importantes de preocupación: el cansancio, el rendimiento en el trabajo, el dormir mal, las molestias en el estómago, las discusiones y la tensión en casa, la salud... y veo que te preocupa mucho tener problemas en el trabajo y que te puedan echar. ¿Es así?</i></p>	<p>Reflejo Refuerza verbalizaciones motivadoras</p>
<p><i>VÍCTOR. Sí, así es.</i></p>	

<p><i>PROFESIONAL. Me gustaría hacerte otra pregunta. Ahora tienes 55 años. Aún queda bastante, pero ¿cómo te imaginas tu vida dentro de unos años, quizá cuando te jubiles? ¿Cómo te gustaría que fuera?</i></p>	<p>Pregunta para tomar perspectiva</p>
<p><i>VÍCTOR. Pues espero estar en buenas condiciones, irnos a vivir al pueblo y disfrutar. Me imagino que para entonces tendré nietos, porque uno ya está en camino...</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Te ves disfrutando de la jubilación y practicando tus aficiones en tu pueblo, y disfrutando de tus nietos... veo que eso es muy importante para ti, ¿no?</i></p>	<p>Reflejo simple Pregunta por valores</p>
<p><i>VÍCTOR. Sí, estar con mis amigos, con mi familia, con buena salud, para mí es lo más importante.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Dime, ¿cómo afectaría a esos planes si continúas bebiendo como hasta ahora, y tus problemas de salud aumentan, e incluso llegan a echarse del trabajo?</i></p>	<p>Pregunta para tomar perspectiva</p>
<p><i>VÍCTOR. Mal, claro, muy mal.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Víctor, te estoy escuchando y hay algo que me llama la atención. Por un lado, me has dado una lista de riesgos y perjuicios de seguir bebiendo; incluso me dices que podría afectar a lo que más te importa en la vida, que es tu familia, la que tienes y la que tendrás, y por lo tanto tener años de vida por delante con salud. Y, por otro lado, sigues bebiendo igual, y por lo tanto, incurriendo en esos riesgos de los que me has hablado. ¿Cómo lo ves?</i></p>	<p>Pregunta para identificar discrepancias entre los objetivos y el comportamiento.</p>
<p><i>VÍCTOR. Bueno, sí, la verdad es que no es coherente.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. No, en efecto, no parece coherente. Víctor, ¿hasta el punto de tomar la decisión de reducir tu consumo de alcohol?</i></p>	<p>Pregunta por la disposición a iniciar un proceso de cambio</p>

<p><i>VÍCTOR. Sí, es cierto, al menos tengo que pensarlo, me gustaría saber más de lo que usted me propone.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Víctor, tú decides. De momento, si quieres, te informo un poco más sobre los riesgos, tal como yo los veo, y sobre el tipo de ayuda que te podemos prestar. ¿Te parece?</i></p>	<p>Reafirma la libertad de decisión.</p> <p>Pide permiso para informar.</p>

Hasta aquí el objetivo ha consistido en que Víctor argumente a favor del cambio de comportamiento. Para ello el profesional ha utilizado los elementos que ya conocemos y los pasos que hemos mostrado en la figura anterior. Obviamente, no es necesario poner en juego todas las opciones que hemos visto para favorecer el discurso de las ventajas del cambio: en este caso no se han utilizado metáforas o analogías, aunque podría hacerse, y tampoco, por el momento, la técnica del balance decisional, aunque probablemente se planteará más adelante, al final de la entrevista y como tarea para casa. El siguiente paso, que no mostramos, consistirá en evaluar y mejorar su percepción de autoeficacia, con el fin de hacer más probable una decisión de cambio. Nos referiremos a este punto más adelante.

5.3.1 Validar

En lugar de la argumentación directa a favor del cambio, acompañada de la deslegitimación de los razonamientos del cliente y la prescripción de lo que este 'debe' hacer, en la entrevista motivacional el profesional se interesa por la *perspectiva del cliente* y le transmite la *consideración* y el *respeto* que le merece por tratarse de opiniones y actitudes enraizadas en su biografía y su circunstancia personales.

El resultado de la primera manera de obrar es la generación de más argumentos que justifiquen el propio comportamiento, o acaso la conformidad aparente. En cualquier caso, se favorece la resistencia al cambio, como se ve en el ejemplo siguiente, en el que la profesional pretende promover la práctica de más actividad física.



Figura 44. Invalidar la perspectiva del consultante y decidir por él provoca resistencias

El resultado de la segunda manera de obrar es, por el contrario, la *receptividad a la influencia del profesional*. A veces es suficiente con la validación del punto de vista del consultante para que este empiece a considerar y a manifestar *cierto discurso favorable al cambio*. En el apartado 4.4.3.4. nos referíamos a cómo, a veces, un *reflejo amplificado* abre la puerta a consideraciones automotivadoras. Véase el efecto que produce la validación de las objeciones y dificultades sobre la permeabilidad del consultante.



Figura 45. Validar la perspectiva del consultante favorece la permeabilidad

Obsérvese que el profesional se detiene durante un tiempo en la validación porque se trata de un elemento clave para promover la receptividad del cliente. No pasa rápidamente por ella como si fuera un mero trámite para pasar a otra cosa, como hacemos cuando decimos, tan a menudo, *te entiendo, pero...* Tampoco utiliza la falsa empatía del 'entiendo', cuando el profesional asume que no puede entender lo que se siente porque no ha pasado por una experiencia similar. En este caso, la respuesta validante contiene:

- Un reflejo: ... *te gusta...*
- Una paráfrasis: ... *lo echarías de menos... consideras que no supone ningún riesgo...*
- Una expresión de empatía auténtica: *La verdad es que trato de ponerme en tu lugar y...*

5.3.2 Reafirmar la libertad de decisión

Cuando el consultante argumenta en contra del cambio, espera siempre del profesional una respuesta clara y directa en sentido contrario: argumentos de autoridad, información, advertencias, recriminaciones, tal vez paternalismo, y siempre insistencia en lo que él considera que el consultante debe hacer:

CONSULTANTE: Le voy a ser sincero, he venido porque mi mujer está siempre dándome la tabarra con que deje de fumar, pero yo no quería venir.

PROFESIONAL: Vamos, vamos, déjese usted de excusas y coja el toro por los cuernos. Usted sabe que puede acabar teniendo problemas de salud graves, como los tuvo su padre, y que tiene que dejar de fumar, tanto si su mujer le da la tabarra como si no...

CONSULTANTE: Ya, pero es que usted no me entiende, me resulta muy difícil...

Ya al principio de la entrevista hemos explicado al consultante que nuestro objetivo es ayudarle a tomar una decisión personal, y no convencerle y mucho menos obligarle a hacer nada que él no haya decidido. Este es un buen momento para reiterar esta idea:

CONSULTANTE: Le voy a ser sincero, he venido porque mi mujer está siempre dándome la tabarra con que deje de fumar, pero yo no quería venir.

PROFESIONAL: O sea, que viene usted más o menos 'empujado' por su mujer... Déjeme que le diga una cosa, en la que seguramente estaremos de acuerdo: nadie puede decidir por usted, ni su mujer, ni su médico, ni nadie. Sólo usted sabe lo que quiere hacer, sólo usted sabe la importancia que tiene el tabaco en su vida. Lo único que yo puedo hacer es ayudarle a tomar una decisión, pero es usted quien decide...

Cuando las decisiones las toma el profesional en contra del criterio del consultante el resultado suele ser la generación de argumentos para no cambiar. Por el contrario, cuando el

cliente es libre para decidir, sin advertencias ni coacciones para examinar sus dudas, sus temores o sus ambivalencias, es justo cuando *empieza a considerar (paradójicamente) los argumentos a favor del cambio*, o al menos a plantear las dificultades que percibe para el cambio, lo cual supone ya un claro avance pues significa que ya se está planteando la posibilidad del cambio:

CONSULTANTE: Pues sí, tienes razón, no es muy coherente dar tanta importancia a la salud y el bienestar, y seguir fumando...

PROFESIONAL: Maite, tú decides.

CONSULTANTE: Sí, tengo que dejar de fumar... lo que pasa es que no sé si voy a ser capaz...

5.3.3 Preguntar por la disposición al cambio

Antes de poner en juego ninguna otra estrategia, y una vez descrita la situación, planteado el objetivo de la entrevista y reafirmada su libertad de decisión, preguntamos directamente por la disposición a acometer el cambio.

PROFESIONAL: Me gustaría saber hasta qué punto estás dispuesta a meterte en un programa para perder peso y no recuperarlo.

CONSULTANTE: Sí, estoy muy decidida...

La predisposición al cambio puede ser más o menos firme, dudosa o inexistente. Si es clara y firme, no sería necesario ahondar en la cuestión de las discrepancias entre su comportamiento y sus objetivos y valores, porque la daríamos por asumida, y pasaríamos directamente a la *siguiente fase* del modelo propuesto (apartado 6.4), que es la evaluación y mejora de la autoeficacia.

A menudo ocurre, sin embargo, que en esta fase todavía no han aparecido argumentos que lleven a una disposición firme al cambio, o incluso que aparezcan resistencias firmes.

CONSULTANTE: Pues, mire usted, la verdad es que estoy un poco cansada de que me den la tabarra con el tema del peso. En mi familia siempre hemos sido un poco gorditos, no sé, debe ser genético, y tampoco tenemos grandes problemas, y, además, he decidido aceptarme como soy y pasar de toda esta presión social que hay para que estemos delgados. La verdad, estoy bien como estoy...

Esta sería, de hecho, la situación más típica en la que estaría indicada la entrevista motivacional. En este caso continuaríamos con la secuencia y las opciones que planteamos en la figura, y que desarrollaremos en los siguientes epígrafes.

La conformidad aparente con el cambio

Conviene estar atentos a la situación en que la buena disposición inicial al cambio es más aparente que real. La 'conformidad aparente' puede aparecer en este momento, especialmente cuando el profesional adopta un estilo no validante. Es una situación muy frecuente, que consiste en que nada más comenzar la entrevista el consultante declara, a veces de modo enfático, estar completamente decidido a cambiar su comportamiento en la dirección hacia la que tantas veces se le ha aconsejado:

No se preocupe, desde mañana mismo dejo de beber

Voy a comprarme ropa de deporte, voy a seguir a rajatabla la dieta que usted me ponga...

El tabaco es una porquería, estoy harto de fumar, le digo yo que se acabó...

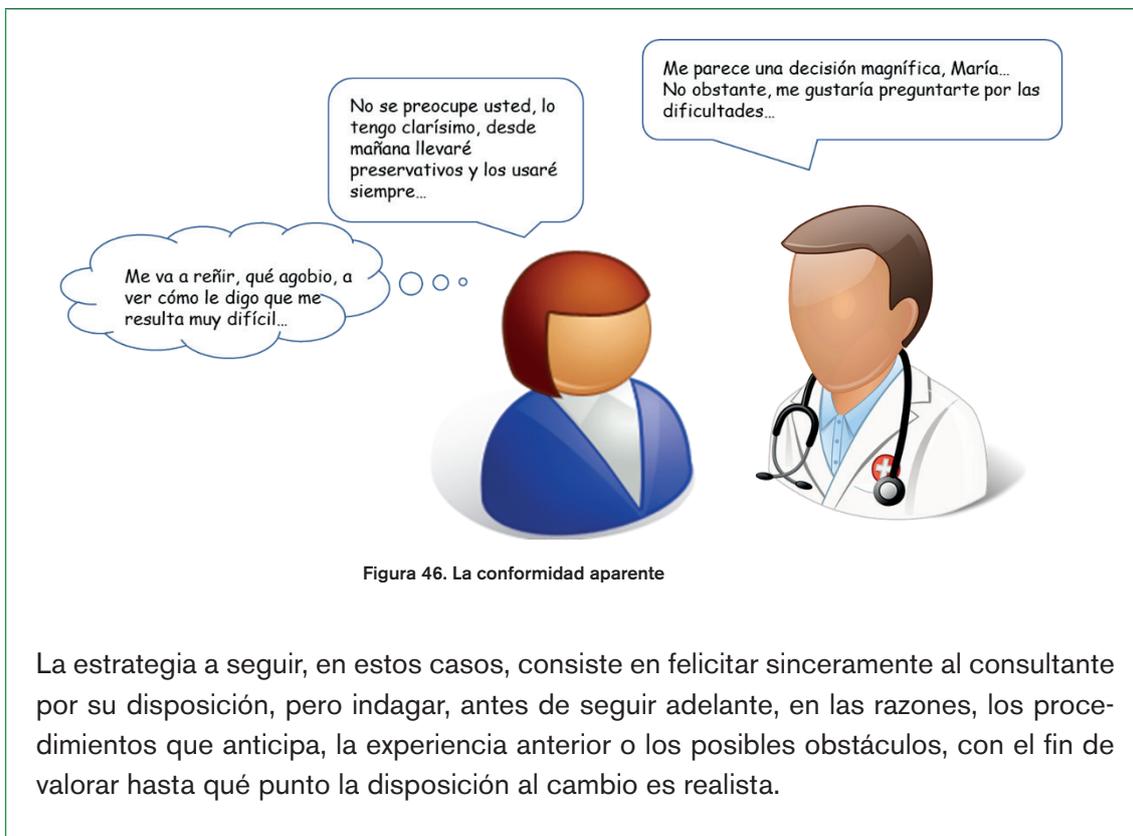
Lo tengo clarísimo, voy a llevar siempre preservativos en el bolso...

Una situación parecida se produce cuando trabajamos, por ejemplo, en un programa de deshabituación tabáquica y el cliente acude al mismo por su propia iniciativa. Podríamos pensar que, en este caso, el hecho mismo de entrar en la consulta ya supone una decisión firme de abandonar el tabaco.

¿No es necesario hacer nada más en orden a promover y consolidar la motivación para el cambio? ¿Podemos pasar ya, sin más, a la siguiente fase? Un profesional novato podría pensar que así es. Un profesional experto no caería en la trampa de la conformidad aparente.

La conformidad aparente puede deberse a cierta ingenuidad de parte del consultante, que piensa que basta con una decisión firme motivada por alguna circunstancia que le haya sobrevenido (*después de lo mal que me lo ha pintado el médico, se acabó el tabaco para mí...*), o también al afán de complacer al profesional, diciéndole lo que 'quiere oír', tal vez porque teme sus recriminaciones y desea terminar el trámite y marcharse cuanto antes. En cualquier caso, este tipo de declaraciones pueden no implicar (en otros casos sí) un verdadero compromiso con el proceso de cambio.

Es importante señalar que la conformidad aparente se produce precisamente cuando la relación entre profesional y cliente no se caracteriza por la aceptación y la validación, sino por el juicio y la confrontación.



5.3.4 Preguntar qué sabe

En el apartado 4.4.2.2. explicábamos cómo, en un contexto de validación y de respeto a sus decisiones, la pregunta al consultante por lo que conoce o por la información de la que dispone es una forma muy sencilla de fomentar que el consultante produzca, desde el principio, verbalizaciones automotivadoras.

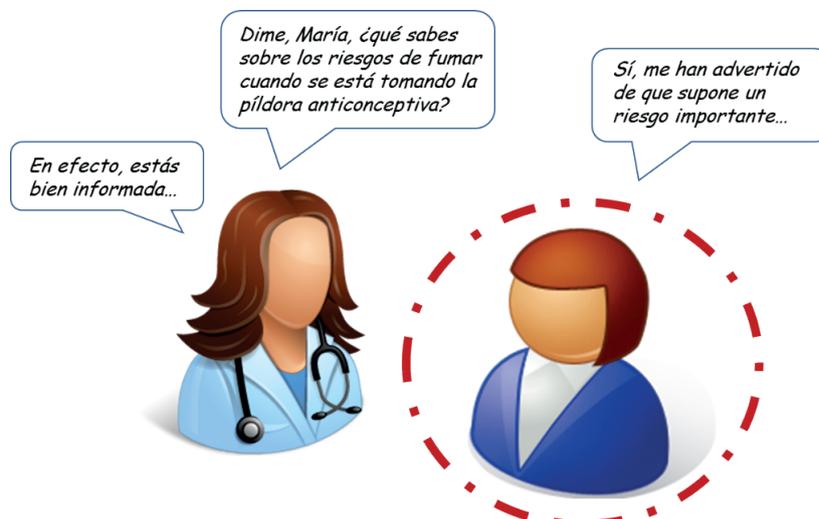


Figura 47. Preguntar por lo que ya conoce favorece el discurso favorable al cambio

5.3.5 Preguntar cuánto le preocupa y por qué

El conocimiento de los riesgos no está necesariamente asociado, como a veces se asume, a la disposición a cambiar. Puede ocurrir que los riesgos asociados al comportamiento del que se está tratando no sean importantes para el consultante, o sean percibidos como algo lejano. También puede ocurrir que los motivos por los cuales el consultante puede desear el cambio sean diferentes de los motivos que son valiosos para el profesional (por ejemplo, el consultante puede valorar poco la salud, pero mucho la economía o su papel de modelo para sus hijos). También puede ocurrir que el consultante no se ha detenido a considerar las importantes implicaciones que encierra el comportamiento de riesgo dentro de su propia escala de valores.

Es necesario detenerse a preguntar, por lo tanto, por *cuánto le importan o cuánto le preocupan a él o ella, y por qué motivos*, los riesgos que ya conoce sobre el comportamiento en cuestión.

A este asunto ya hemos dedicado los epígrafes 4.4.2.3. y 4.4.2.4. Allí planteábamos una estrategia específica, que consiste en pedir al consultante que valore en una escala numérica (de 0 a 100, por ejemplo) la importancia que concede a los riesgos de los que tratamos para, a partir de su respuesta, preguntar de inmediato por los motivos de esa puntuación y no otra inferior:



Figura 48. Una forma de preguntar que favorece que el consultante hable de los riesgos de no cambiar

Una vez más, conducimos la entrevista de forma que sea el propio consultante quien verbalice argumentos a favor del cambio. En este caso, a pesar de que la preocupación que le supone al consultante es relativamente baja (puntuación 50), la respuesta inmediata a la pregunta de por qué 50 y no 0 es la que buscamos, es decir, generar argumentos a favor del cambio.

El profesional está atento a la aparición de estas verbalizaciones automotivadoras y no deja pasar la oportunidad de *reforzarlas y profundizar en ellas*, como vemos en el ejemplo.

5.3.6 Preguntar para tomar perspectiva

Como hemos señalado, a menudo basta con indagar en el grado de preocupación y en sus motivos para conseguir que el consultante verbalice argumentos a favor del cambio. Otra estrategia sencilla para favorecer la producción de verbalizaciones automotivadoras, cuando no aparecen tan fácilmente, es mediante preguntas que invitan a tomar cierta perspectiva del problema, tal como planteábamos en el epígrafe 4.4.2.5. Suele ser frecuente que el consultante tienda a considerar las consecuencias de su comportamiento y del cambio a corto plazo, lo cual da lugar a percibir más los costes que los beneficios del cambio, por lo que una buena estrategia consiste en plantearle que considere las consecuencias a largo plazo. Del mismo modo, también suele dar lugar a argumentos favorables al cambio la invitación a asumir la perspectiva de otras personas o su propia perspectiva en un momento vital diferente.



Figura 49. Algunas preguntas para tomar perspectiva de los riesgos y los beneficios del cambio

5.3.7 Informar

Un procedimiento muy obvio para favorecer que el consultante genere argumentos a favor del cambio es proporcionar información. De hecho, es la manera en que actuamos de forma habitual y a menudo exclusiva porque asumimos, ingenuamente, que el conocimiento de los riesgos es condición suficiente para que se produzca el cambio. En los epígrafes 4.4.10. y 4.4.11. hemos desarrollado extensamente la cuestión de la importancia y las limitaciones de la información como medio para favorecer la toma de decisiones y el compromiso, y hemos señalado también las condiciones bajo las cuales la información es efectiva en el contexto de la entrevista motivacional.



Figura 50. Informar adecuadamente ayuda a percibir los riesgos y promueve la toma de decisiones

5.3.8 Identificar valores y metas

Un aspecto central, en orden a favorecer la toma de decisiones orientada al cambio de comportamiento, es detenernos en la cuestión de los *valores personales*, de las *metas* y *objetivos* propios del consultante. Es desde la consideración detenida de lo que para él o ella es importante desde donde el propio cliente puede percibir la *discrepancia* entre estos valores y objetivos, por un lado, y su comportamiento actual (fumar, sedentarismo, relaciones sexuales de riesgo...) y, desde ahí, tomar una decisión de cambio.

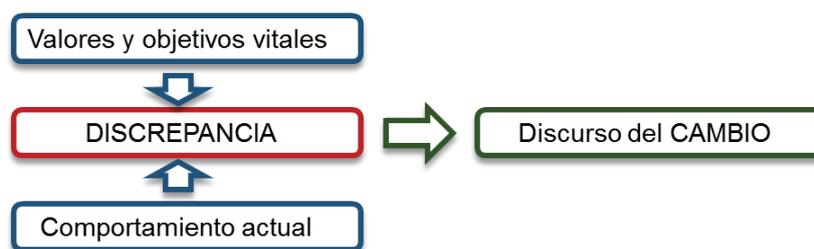


Figura 51. La percepción de discrepancias entre el comportamiento y los valores u objetivos vitales favorece la disposición al cambio

En el epígrafe 4.4.2.6. hemos desarrollado esta cuestión, y hemos planteado algunas *posibles preguntas* para indagar y hacer pensar acerca de los valores personales.



Figura 52. Preguntas para identificar valores, objetivos y metas

Insistamos una vez más en que:

- Nos referimos a valores y metas *propios* del consultante, que pueden no coincidir con los del profesional.
- Especialmente si el consultante es renuente a argumentar a favor del cambio, conviene *detenerse y detallar* lo más posible tanto las metas y objetivos como los motivos por los que son importantes, y no conformarnos con declaraciones generales y vagas.

En los casos en que existe dificultad para identificar los valores del cliente cabe utilizar también cuestionarios estandarizados, particularmente desarrollados en el contexto de la llamada *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Un ejemplo es el *Cuestionario de Valores* de Wilson. En él se consideran 10 áreas generales de valor, cuya importancia debe ser valorada por el cliente según una escala numérica. Lo reproducimos a continuación.

CUESTIONARIO DE VALORES (WILSON et al. 2002)

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. Marca la importancia que tiene para usted cada área en una escala de 1 a 10 (rodeando con un círculo). 1 significa que esa área no es nada importante para usted. 10 significa que ese ámbito de su vida es muy importante. Conviene que sepa que no para todo el mundo estas áreas son importantes, y, además, que el valor que cada persona da a esas áreas es algo muy personal.

Áreas	Nada importante									Muy importante
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Familia (diferente de pareja o hijos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuidado de los hijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amigos y vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Educación / formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ciudadanía / vida comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obviamente, el cuestionario se utilizaría como primer paso; una vez cumplimentado el cuestionario, pediríamos al cliente que detallara cuáles son los objetivos y metas específicos en los que piensa cuando responde a cada área de valor.

5.3.9 Metáforas

La *metáfora de la vaquita*, u otra similar (ver epígrafe 4.4.14.) es sumamente útil para ayudar al consultante a adoptar una perspectiva vital amplia cuando considera los costes y los beneficios del cambio de comportamiento. La metáfora muestra al consultante que lo que experimentamos como grandes ventajas a corto plazo (lo que obtenemos con los viejos hábitos) pueden ser serias limitaciones que nos impidan acceder a objetivos vitales valiosos a largo plazo. Y, al revés, que los costes y las renunciaciones que están asociados al cambio son, al mismo tiempo, oportunidades para caminar en la dirección que consideramos valiosa.

5.3.10 Balance decisonal

Otro procedimiento muy útil para generar argumentos a favor del cambio es pedir al consultante que elabore (con la ayuda del profesional) un ejercicio de balance decisonal. En el apartado 4.4.13. describimos una forma de llevarlo a cabo.

5.3.11 Preguntar por la discrepancia

El proceso seguido hasta ahora tenía como objetivo que el consultante aporte argumentos a favor del cambio. Se trata ahora de hablar acerca de la *incongruencia* entre esos argumentos y el comportamiento actual, con el fin de impulsar una decisión de cambio. Llegar al punto en que el consultante se plantea esta incongruencia es, de algún modo, llegar a uno de los elementos nucleares de la entrevista. Tal como describimos en el apartado 4.4.2.7., al señalar una discrepancia evitaremos la confrontación directa (*creo que se está usted contradiciendo... ¿no ve que es imposible que...?... pues, la verdad, me parece bastante absurdo que...*) porque podría provocar resistencia; en lugar de esto, validaremos la ambivalencia y propondremos una pregunta para invitar a que sea el cliente quien se refiera a la discrepancia.

Veamos, María. Por un lado, me hablas de lo mal que lo pasó tu amiga cuando se quedó embarazada; además, me dices que te gustaría irte a estudiar al extranjero, y que tienes muchos planes; también me dices que sería 'terrible' si te quedaras embarazada o si contrajeras una enfermedad de transmisión sexual. Y, por otro lado, tienes relaciones sexuales sin protección... ¿Cómo lo ves?



Sí, la verdad es que no es muy coherente. Está claro que tengo que cambiar esto.



Figura 53. Promover y señalar la discrepancia favorece los argumentos a favor del cambio

5.4 Evaluar y promover la autoeficacia

Vamos a ocuparnos ahora de la segunda de las dos dimensiones que condicionan la probabilidad de tomar una decisión de cambio, y a la que ya nos hemos referido. Cuando nos marcamos un plan de cambio, un determinante decisivo de la probabilidad de iniciarlo y de persistir en él a pesar de las dificultades es la percepción sobre nuestra *autoeficacia*, es decir, nuestra confianza en ser capaces de llevarlo a cabo. Se trata, pues, no solo de generar argumentos en favor del cambio, sino también de *promover expectativas de autoeficacia* para conseguir nuestro objetivo. De hecho, esta es la situación que se plantea en la mayoría de los casos en

los que empleamos la entrevista motivacional: el cliente no tiene dificultad en argumentar en favor del cambio, pero carece de la confianza necesaria para adoptar un compromiso, habitualmente por fracasos anteriores. En el modelo de las fases de cambio de Prochaska y DiClemente se dice que el consultante está en fase de *contemplación*.

Es importante tener en cuenta que la autoeficacia no es una característica personal con la que nacemos, ni algo que se genere meramente con palabras de ánimo. La autoeficacia está vinculada a la acción, *se alimenta de los éxitos pasados* cuando se han acometido objetivos parecidos, es decir, nos sentimos capaces de conseguir algo cuando ya en el pasado hemos conseguido algo parecido. Por ese motivo, una buena forma de promover la autoeficacia, como veremos, es promover acciones con alta probabilidad de éxito, así como llamar la atención sobre éxitos pasados.

Plantaremos a continuación una estrategia general con distintas opciones posibles, tal como hicimos cuando nos referíamos a cómo favorecer el discurso del cambio. La representamos en la figura siguiente. No haremos referencia nuevamente a la importancia de la validación de la perspectiva del cliente ni al respeto a su libertad para decidir.



Figura 54. La baja expectativa de autoeficacia dificulta la disposición al cambio

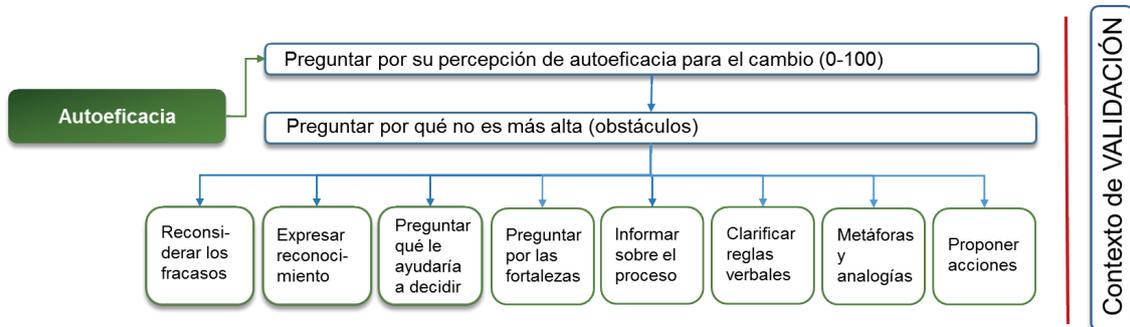


Figura 55. Una estrategia para promover las expectativas de autoeficacia y la disposición al cambio

Al igual que hemos hecho en el apartado anterior, vamos a comenzar con un ejemplo de entrevista en el cual el profesional, una vez conseguido que la consultante verbalice argumentos favorables al cambio (en este caso, la participación en un programa para perder peso), se plantea el objetivo de evaluar y mejorar sus expectativas de autoeficacia con el fin de hacer probable de adopte la decisión de iniciar el programa.

Teresa es una mujer de 37 años que acudió a su centro municipal de salud para dejar de fumar. Presenta un sobrepeso importante (IMC de 31,22), y su principal temor que condiciona la decisión de dejar el tabaco es precisamente la posibilidad de ganar más peso, algo que ya le ha ocurrido en dos intentos anteriores, que terminaron en vuelta a fumar después de haber ganados varios kilos. La profesional que le atiende utiliza la estrategia de la entrevista motivacional para favorecer que Teresa decida inscribirse en un taller dirigido a promover hábitos de alimentación saludable y aumento de la actividad física con el fin de perder peso y no recuperarlo. Durante la primera parte de la entrevista no ha sido difícil conseguir que Teresa ha hablara extensamente de los beneficios y ventajas que tendría para ella perder peso. A partir de ahí, se trata ahora de valorar y mejorar sus expectativas de autoeficacia, verdadero obstáculo para que decida acometer el proceso de cambio.

PROFESIONAL. Da la impresión de que tienes muy claros los beneficios de perder peso, y, de hecho, me dices que has hecho muchas dietas. Además, ganar peso es lo que más miedo te da de cara a dejar de fumar, ¿no?

Resumen

TERESA. Sí, así es, uf..

PROFESIONAL. Te noto desanimada, desconfiada con este asunto

Reflejo del sentimiento

<p>TERESA. La verdad es que sí.</p>	
<p>PROFESIONAL. Me gustaría saber hasta qué punto te ves tú con confianza para perder peso, pongamos 10 o 15 kilos, y no recuperarlo después. Vamos a hacerlo como antes: si tuvieras que puntuar entre 0 y 100 tu grado de confianza en conseguir perder 15 kilos y no recuperarlos, suponiendo que 0 significa ninguna confianza en absoluto, y 100 significa seguridad total en conseguirlo, ¿qué puntuación te darías a ti misma?</p>	<p>Pregunta por las expectativas de autoeficacia</p>
<p>TERESA. (Lo piensa un poco) Pongamos un 40</p>	
<p>PROFESIONAL. Un 40... Dime, Teresa, ¿por qué 40 y no 100?</p>	<p>Pregunta para identificar obstáculos</p>
<p>TERESA. Porque lo he intentado muchas veces, siempre estoy con dietas y dietas, pierdo unos pocos kilos en pocas semanas, a base de privarme de cosas que me gustan y pasar hambre, y después ya dejo de perder peso, y me desanimo, y poco a poco voy dejando la dieta y vuelvo a recuperar los kilos que había perdido. La verdad es que no sé qué hacer, tengo que asumir que voy a ser gorda toda la vida, he pensado que es una cuestión genética y ya está, porque mi madre y mis tíos son todos gordos. No sé si me compensa seguir haciendo esfuerzos por esto, la verdad, estoy harta.</p>	
<p>PROFESIONAL. Imagino que debe ser muy frustrante, que debe desanimar mucho hacer esfuerzos una y otra vez para terminar sin conseguir nada. Y, claro, se le quitan a una las ganas de volver a intentarlo. ¿Es así?</p>	<p>Empatía</p>
<p>TERESA. Pues sí, la verdad, así es.</p>	
<p>PROFESIONAL. Y eso a pesar de que, como me has dicho antes, tienes claro que te conviene perder peso, sobre todo pensando a la larga.</p>	<p>Recuerda la importancia de perder peso</p>

<p>TERESA. Sí, eso lo tengo clarísimo, pero no tengo confianza en conseguirlo, la verdad.</p>	
<p>PROFESIONAL. Bien, como te he dicho antes, eres libre de decidir que hacer al respecto. Si quieres, yo puedo informarte sobre nuestro programa, y así tomas una decisión sobre si apuntarte o no.</p>	<p>Recuerda la libertad de decisión</p> <p>Pide permiso para informar</p>
<p>TERESA. Me parece bien</p>	
<p>PROFESIONAL. Hacer dietas, sobre todo si son dietas de impacto, que pretenden perder peso rápidamente, tienen varios problemas. Aparte de que son costosas y pueden implicar riesgos para tu salud, se suele recuperar después el peso perdido, e incluso se suele ganar más. Es lo que se llama el 'efecto yoyó'. Lo que pretendemos nosotros no es eso. En nuestro programa damos orientaciones dietéticas, sí, pero sobre todo se basa en el cambio de hábitos, concretamente sobre dos cuestiones: alimentarnos mejor y movernos más. De este modo lo que se pretende es perder peso despacio, poco a poco, pero, sobre todo, no recuperarlo después. Realmente se trata de aprender: aprender a comer mejor, y aprender hábitos menos sedentarios y, de paso, enriquecer nuestra vida, hacerla más interesante. Lo hacemos en 'talleres' donde hay una sesión a la semana, durante dos meses, y donde estarías junto con más gente, y habría 'deberes' para casa.</p>	<p>Informa adecuadamente, marcando diferencias con los intentos previos</p>
<p>TERESA. Suena bien... pero los grupos no me gustan, la verdad.</p>	
<p>PROFESIONAL. Sí, a mucha gente le echa para atrás la idea de que tenga que contar su vida a unos desconocidos, por eso está bien que lo digas, porque así puedo aclarártelo: no es el típico grupo que se ve en las películas, no tienes que contar nada de tu vida, es un grupo al que la gente viene a aprender.</p>	<p>Empatiza</p> <p>Refuerza la objeción</p> <p>Corrige expectativa</p>

<p><i>TERESA. Ya, ya, si me lo cuentas y suena bien, pero la verdad, estoy tan harta de esto, otra vez... tengo miedo a fracasar otra vez, me siento una inútil, como te he dicho, tengo asumido que seré gorda toda la vida.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Estás realmente desanimada, la verdad es que puedo entenderlo. Dime una cosa, ¿sabes conducir?</i></p>	<p>Reflejo del sentimiento Empatía</p>
<p><i>TERESA. Sí.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Cuando aprendías a conducir, y durante los primeros días con tu coche, ¿no cometías ningún error? ¿Lo hacías igual de bien que ahora?</i></p>	<p>Analogía del coche</p>
<p><i>TERESA. No, no, uf, estaba muy insegura, y lo hacía mal, como todos los novatos. Se me calaba el coche en todos los semáforos.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Y, dime, ¿cómo aprendiste a hacerlo bien?</i></p>	
<p><i>TERESA. Sí, ya te entiendo, ya sé lo que quieres decirme, al cometer un error me di cuenta de cómo lo tenía que hacer.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Y ahora, ¿se te cala el coche? ¿O ahora, gracias a los errores, ya has aprendido a hacerlo bien?</i></p>	
<p><i>TERESA. Sí, claro, he aprendido.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Teresa, los errores nunca son agradables, y a menudo desaniman y dan ganas de tirar la toalla, pero cuando nos proponemos algo complicado, como aprender a conducir o aprender un idioma o cambiar nuestros hábitos, son inevitables, son un signo de que se está intentando y, sobre todo, son lo que nos permite aprender. Gracias a las veces que lo has intentado, tienes ahora una experiencia que te vendría muy bien.</i></p>	<p>Reconsiderar los fracasos</p>

<p><i>TERESA. Tienes razón, desde luego, pero es que desconfío de mis posibilidades. Sobre todo, cuando me siento triste o preocupada por algo, me entran muchas ganas de comer y por eso cojo el chocolate o las patatas fritas...</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Cuando te sientes triste o preocupada te entran ganas de comer... imagino que si no pudieras comer te costaría, ¿no?</i></p>	<p>Clarificar regla verbal</p>
<p><i>TERESA. Claro, es que necesito comer</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. ¿Necesitas comer? ¿Qué ocurriría si estuvieras muy preocupada por algo, y no pudieras comer? ¿No te ha ocurrido nunca?</i></p>	
<p><i>TERESA. Sí, claro, muchas veces.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. ¿Y pasa algo grave? Imagino que debe ser catastrófico, ¿no?</i></p>	<p>Sentido del humor</p>
<p><i>TERESA. Bueno (sonríe) no, nada grave, pero es que me apetece mucho</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Tú lo has dicho: te apetece, incluso te apetece mucho, pero, puesto que no pasa nada grave si no comes, significa que no lo necesitas, ¿no?</i></p>	
<p><i>TERESA. Bueno, sí, así es.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Por lo tanto, la causa de que cojas el chocolate o las patatas fritas no son la necesidad o las ganas, sino que tú decides hacerlo, ¿no es así?</i></p>	<p>Clarificar regla verbal</p>
<p><i>TERESA. Sí, así es.</i></p>	

<p><i>PROFESIONAL. Está bien que me plantees todos estos temores y dudas, porque así podemos aclararlas, y que desconfíes, que no te creas todo lo que te dicen. Y, por supuesto, se trata de que tú decidas... Pero, dime una cosa, ¿cómo puedes salir de dudas? ¿Qué te ayudaría a decidirte?</i></p>	<p>Refuerza la objeción Reafirma la libertad de decisión Pregunta qué le ayudaría a decidirse</p>
<p><i>TERESA. No le sé, bueno, sí, estar segura de que esta vez me va a resultar fácil y me va a ir bien. ¿Puede usted asegurármelo?</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Entiendo que te gustaría estar segura al cien por cien. Pero no puedo asegurártelo, y, desde luego, tendrías que hacer un esfuerzo. Pero, ¿cómo puedes saber si vas a tener éxito o no, si lo que te parece muy difícil realmente es tan difícil?</i></p>	<p>Clarifica expectativas Promueve la acción</p>
<p><i>TERESA. Probando, claro.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. En efecto, probando. La mejor manera de saber si somos capaces o no de conseguir un objetivo que nos proponemos es probar. Déjame que te cuente un cuentecillo (le cuenta la metáfora del elefante encadenado). ¿Qué nos enseña este cuentecillo?</i></p>	<p>Promueve la acción</p>
<p><i>TERESA. Que los fracasos anteriores nos atan, el elefante era perfectamente capaz de soltarse, pero no lo intentaba porque pensaba que no iba a poder. Solo le faltaba comprobarlo.</i></p>	
<p><i>PROFESIONAL. Teresa, tú decides...</i></p>	<p>Reafirma la libertad de decisión y anima a que la adopte.</p>

En el ejemplo, la profesional ha puesto en juego varios de los procedimientos que hemos visto en la figura anterior con el fin de promover sus expectativas de autoeficacia y favorecer así la decisión de cambio. Del mismo modo, podría haber utilizado otros, dependiendo del caso. Vamos a detenernos en cada uno de ellos.

5.4.1 Preguntar por su percepción de autoeficacia para el cambio

Una buena forma de explorar el grado de confianza del consultante es, como veíamos en el apartado 4.4.2.9., pedirle que valore, en una escala entre 0 y 100, su confianza en conseguir el objetivo de cambio. Si la puntuación es alta, de 100 o próxima a 100, pasaremos a preguntar por los motivos de esa autoeficacia elevada, para conocer si se basa en una percepción realista de su capacidad o más bien en expectativas poco realistas o en el afán de complacer al profesional. A este respecto, suele ser muy útil disponer de información sobre las dificultades que aparecieron en intentos anteriores, si han existido. Si la percepción de autoeficacia es elevada y realista, pasaríamos directamente a la toma de decisiones y el diseño de un plan de acción.

5.4.2 Preguntar por qué no es más alta (obstáculos)

Con más frecuencia, la puntuación que el cliente ofrece en la pregunta sobre su confianza es baja, habitualmente porque han existido fracasos anteriores en intentos parecidos (dejar de fumar, perder peso...). Como decíamos en el epígrafe 4.4.2.10., plantearemos de inmediato una pregunta enlazada con la anterior, sobre los motivos por los que su grado de confianza no es de 100. Esta pregunta sirve para que el consultante nos hable de los *obstáculos* que anticipa para el cambio.



Figura 56. Una serie de preguntas para identificar obstáculos para el cambio

5.4.3 Invitar a reconsiderar los fracasos

La falta de confianza no es una característica de los individuos, sino que es el resultado de la experiencia previa de intentos fracasados ante empresas iguales o parecidas, lo cual lleva a anticipar nuevos fracasos y, por lo tanto, a renunciar a nuevos intentos. La baja autoeficacia puede surgir de la experiencia de fracaso propia o también de la observación de la experiencia de personas más o menos próximas.

Una buena forma de general autoeficacia es reformular los intentos previos no como fracasos, sino como *oportunidades para aprender* y, por lo tanto, como acercamientos al éxito. Se le puede plantear al consultante que habitualmente las personas no consiguen ciertos cambios (como dejar de fumar) en el primer intento, sino después de varios. Los primeros intentos, aunque aparentemente fallidos, constituyen una fuente de aprendizaje insustituible: a menudo la única manera de aprender, sobre todo cuando se trata de aprendizajes complejos es probar, errar y aprender de los errores. Pueden utilizarse como ejemplos la tarea de aprender un idioma o la tarea de aprender a conducir un coche.

PROFESIONAL: Maite, te veo con poca confianza y, la verdad no me sorprende. Has hecho varios intentos de dejar de fumar y, sin embargo, a día de hoy, no lo has conseguido, y estás desanimada.

Sin embargo, en contra de lo que pueda parecer, dejar de fumar no es fácil. Supone aprender a afrontar de otro modo, por primera vez en la vida, muchas situaciones en las que el tabaco te servía de herramienta y te ayudaba. Dejar de fumar es un aprendizaje complicado, y en todo aprendizaje hay errores. ¿Tú no cometías errores al principio, cuando sacaste el carné de conducir, o cuando aprendiste francés?

CONSULTANTE: Sí, desde luego.

PROFESIONAL: Voy a contarte una cosa. Cuando yo fui a Francia por primera vez, y entré en el hotel y dije que tenía una reserva, lo dije bastante mal, y me di cuenta por la cara de 'perdonavidas' que puso el recepcionista. Me dio un poco de vergüenza, pero consulté después cómo tenía que haberlo dicho, y ya no he cometido nunca más ese error. Gracias a ese error pude aprender a no volver a cometerlo. Y, a menudo, es la única forma de aprender, a partir de los errores.

CONSULTANTE: Ya, ya entiendo por dónde vas.

PROFESIONAL: Bueno, los errores son una oportunidad para aprender, y a menudo son la única forma de conseguirlo. Gracias a tus intentos anteriores por dejar de fumar tienes ahora una experiencia que puede ayudarte a no volver a cometerlos. ¿Cómo lo ves?

CONSULTANTE: Pues sí, la verdad es que tienes razón...

5.4.4 Señalar y expresar reconocimiento por los éxitos pasados

El cliente puede mantener un cierto sesgo perceptivo sobre su experiencia pasada, o sobre el hecho mismo de haber acudido a nuestra consulta. Con el fin de mejorar la confianza, el profesional puede manifestar reconocimiento sobre varios aspectos relevantes:

- Poner ejemplos de situaciones de la vida del consultante en que éste ha persistido de modo tenaz en la búsqueda de algún objetivo, aunque sea diferente.

María, veo en tu historia que hablas alemán. Yo no hablo alemán, pero me imagino que no es fácil. Supongo que tuviste que ir a clase durante mucho tiempo, insistir, tal vez ir a Alemania en alguna ocasión... Desde luego, todo esto indica que cuando te marcas un objetivo que no es fácil, eres persistente y metódica.

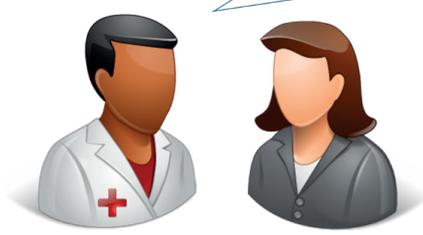


Figura 57. Expresar reconocimiento por éxitos en empresas similares

- Expresar reconocimiento por los éxitos parciales, que tal vez no son percibidos como éxito por el consultante, pero que son indicativos de la capacidad de cambio.

Veo que hay situaciones, que de hecho son la mayoría, en que, a pesar de las dificultades, has hablado con tu pareja y habéis decidido practicar sexo sin coito y sin riesgos, o esperar a tener un preservativo... Eso me indica que eres capaz...



- Expresar reconocimiento por el propio hecho de que el consultante esté ahí una vez más, y se haya planteado otra vez dejar de fumar o implicarse en un programa de pérdida de peso a pesar de sus fracasos previos.

Observo que confía poco en conseguir dejar de fumar. La verdad es que puedo entenderlo: siempre que intentamos algo y fracasamos nos quedan pocas ganas de volver a intentarlo. Sin embargo, déjeme decirle algo: a pesar de su poca confianza, usted está aquí, ha venido... para mí eso significa que usted tiene una cualidad muy importante para dejar de fumar: la tenacidad...



Figura 59. Expresar reconocimiento por acudir

5.4.5 Preguntar qué le ayudaría a decidirse

En la entrevista motivacional no nos interesa la indagación, la reflexión ni el debate, por lo general improductivo, sobre los porqués. Identificar los obstáculos que el consultante anticipa para acometer el proceso de cambio solo tiene sentido como elemento que ayuda a adoptar una decisión y a actuar.

Una vez identificadas las dificultades, la pregunta *¿Qué le ayudaría a decidirse?* ofrece varias ventajas:

- Orienta la entrevista hacia la adopción de medidas específicas que salven las dificultades que socavan la confianza del entrevistado y aceleren la decisión, el compromiso con el cambio y la puesta en marcha del proceso, centrando así la entrevista en la acción. A menudo, incluso, ocurre que la respuesta que da el consultante a esta pregunta es *hacer la prueba*, algo a lo que nos referiremos más adelante.
- Además, siendo el propio entrevistado quien plantea la sugerencia, y no el profesional, es más probable que la siga después.
- Transmite, una vez más, consideración y aprecio por el punto de vista del consultante.

Obviamente, la respuesta a esta pregunta puede ir seguida de información sobre el proceso que proponemos, de corrección de expectativas o de la consideración de algún procedimiento específico, pero, en todo caso, centra la entrevista en la acción.

5.4.6 Preguntar por las fortalezas

No cabe duda de que enfocar la entrevista hacia la consideración de los *puntos fuertes* o las fortalezas del cliente hace más probable que mejore su percepción de autoeficacia y que se genere un discurso favorable a la decisión de cambio. El profesional puede señalar, como hemos visto, determinados éxitos pasados, y manifestar reconocimiento por ellos. También es posible pedir al consultante que hable de ellos.

Una forma de plantearlo es a partir de la respuesta del consultante a la pregunta que le hacíamos sobre la valoración, entre 0 y 100, de su confianza para conseguir el objetivo de cambio:

- Si el consultante responde 50, por ejemplo, y el profesional le pregunta *por qué 50 y no 100*, el discurso del consultante se refiere a los *obstáculos y dificultades*, como hemos visto.
- Pero si, después de que el consultante responda 50, el profesional le pregunta *por qué 50 y no 0*, el consultante se referirá de inmediato a sus *puntos fuertes o fortalezas* o, lo que es lo mismo, producirá *verbalizaciones automotivadoras* de competencia para conseguir su objetivo:



Figura 60. Una estrategia para favorecer que el consultante hable de sus fortalezas y puntos fuertes

5.4.7 Informar sobre el proceso de cambio

Como señalábamos en el apartado 4.4.11., la baja percepción de autoeficacia suele estar, a menudo, condicionada por expectativas inadecuadas sobre la naturaleza de la ayuda o las características del proceso de la intervención que podemos plantear. Estas expectativas pueden originarse en experiencias previas, propias o ajenas. De ahí que un facilitador de la confianza es la *información sobre el proceso y la clarificación de expectativas*. En el apartado 4.4.11. exponíamos una serie de expectativas habituales que conviene abordar, y también algunas recomendaciones y sugerencias para abordar esta cuestión. Otro recurso interesante para situar expectativas sobre el proceso de cambio, sobre la importancia de prepararse bien y sobre la posibilidad de errores y ‘tropezones’ son determinadas *analogías*, a las que nos referíamos en el apartado 4.4.14, como la del *viaje* a la de la *subida a la montaña*.

5.4.8 Clarificar reglas verbales

Otra manera de promover verbalizaciones automotivadoras relacionadas con la autoeficacia y la capacidad para el cambio es detectar y clarificar determinadas *reglas verbales* que la afectan. Esta cuestión está desarrollada con cierta extensión en el epígrafe 4.4.12., y nos limitaremos ahora a remitirnos a él.

5.4.9 Plantear metáforas y analogías

Como señalábamos en el apartado 4.4.14., las metáforas y analogías son un recurso excelente para mejorar las expectativas de autoeficacia en los consultantes y promover así la toma de decisiones y el paso a la acción. En ese mismo epígrafe proponíamos varias de ellas que hemos encontrado especialmente útiles, junto con indicaciones sobre su utilidad precisa.

Así, la metáfora del *elefante encadenado* es muy útil para plantear cómo la experiencia pasada puede llevarnos a anticipar fracasos y a no buscar, por lo tanto, objetivos valiosos que sí están sobradamente a nuestro alcance. La metáfora de *las ranas que cayeron en un jarro de nata* es útil cuando queremos subrayar el valor de la persistencia a pesar de las dificultades. Las analogías del *aprendizaje de un idioma o de conducir un coche* hacen ver de modo eficaz la inevitabilidad de los errores y dificultades y la posibilidad de afrontarlos de un modo constructivo. Para hacer ver la importancia del *paso a la acción* como forma de superar las dudas y de construir la autoeficacia (a lo que nos referiremos en el apartado siguiente) son sumamente útiles las metáforas del *estudiante*, del *perro indeciso*, del *barquito* o del *león que tenía sed*.

5.4.10 Promover acciones específicas

En el apartado 3.6.2. nos referíamos a la *relación entre la acción y la motivación*. Decíamos allí que, aunque habitualmente pensamos que es necesario estar motivado primero para actuar después, en realidad la motivación para actuar en una determinada dirección (o para seguir actuando) suele ser más bien el *resultado de la acción* misma, y no su causante.

Así, la acción produce resultados que construyen la motivación para seguir actuando (condicionamiento instrumental u operante), y ello porque produce un efecto en las dos dimensiones de la motivación de las que venimos tratando en la entrevista motivacional, es decir:

1. Por un lado, permite experimentar que los resultados de la acción emprendida son valiosos.
2. Por otro lado, permite comprobar que se es capaz de llevar a cabo las acciones propuestas, incrementando así la *percepción de autoeficacia* o, al menos, evaluar las dificultades reales que pueden plantearse de modo que pueden afrontarse de forma realista.

La percepción de autoeficacia es el resultado de las acciones pasadas. Las acciones fracasadas la disminuyen, y las acciones exitosas la incrementan. Esto implica que una estrategia eficaz para mejorar la percepción de autoeficacia y la disposición al cambio es evitar los largos debates improductivos e *invitar al consultante a actuar*, a hacer la prueba como forma de salir de dudas.

Es importante la manera de plantear al consultante que haga la prueba. Podemos hacerlo a partir de la pregunta, de la que ya hemos tratado, *¿qué le ayudaría a estar más seguro?* o *¿qué le ayudaría a decidirse?* o *¿cuál es la forma de saber si somos capaces o no de llevar a cabo algo que nos parece difícil?* Suele ser el propio consultante quien responde que una buena forma es justamente actuar, experimentar, ponerse a prueba.

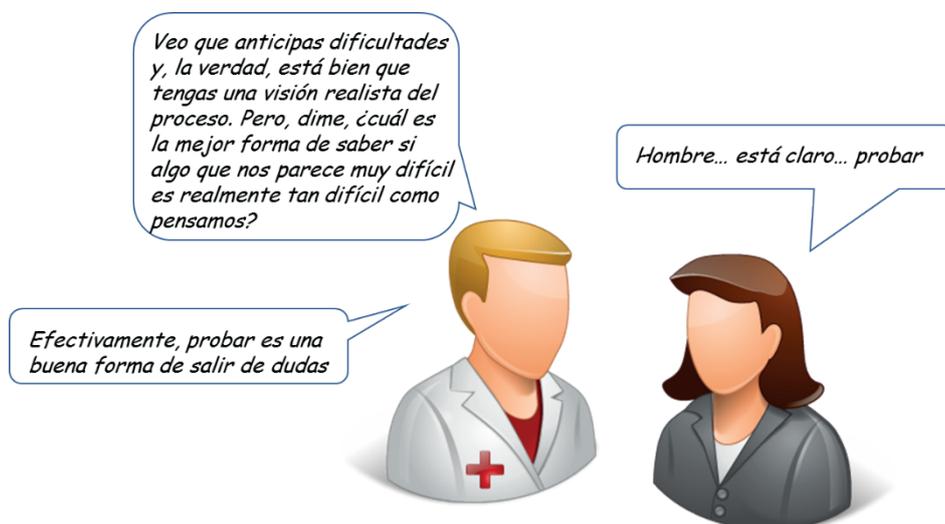


Figura 61. Promover acciones para valorar la autoeficacia

Podemos, de este modo, acordar un período de prueba, pasado el cual se puede reevaluar la decisión provisional adoptada, ya sea para hacerla definitiva, ya sea para cambiarla.

5.5 Cierre de la entrevista: resumen y acuerdos

El final de la entrevista ha de servir para conseguir varios objetivos:

- *Resumir* o sintetizar los elementos clave que hemos tratado.
- *Validar* una vez más la perspectiva del consultante en todos los aspectos que hemos tratado, con el fin de consolidar la relación de respeto y confianza y la disposición del consultante a volver a la próxima cita, si existe.
- Facilitar el establecimiento de algún *acuerdo o compromiso*. Se trata, en este punto, de establecer un *plan de acción*, que dependerá de cuál sea la disposición del consultante para iniciar un proceso de cambio. Ese plan de acción no debe quedarse en intenciones vagas, sino que debe contener acciones concretas a acometer en un plazo específico, incluyendo tareas para casa a realizar hasta la siguiente cita.

En relación con el último punto, caben varias posibilidades:

- Si el consultante está *decidido a iniciar el proceso*, normalmente le plantearemos una nueva cita, próxima, ya para llevar a cabo la evaluación de cara a la intervención propiamente dicha
- Si el consultante *ha decidido no cambiar*, le ofreceremos la posibilidad de volver a consultar en cualquier momento si reconsidera su decisión o tiene dudas. Hay que insistir en que el objetivo de la entrevista motivacional es promover y respetar la decisión del consultante, y que esta decisión puede ser contraria al objetivo de cambio

que pretendemos que el consultante adopte. En último término, es el consultante quien decide, y hay un punto a partir del cual no cabe más estrategia que el respeto a su decisión.

- Si el consultante no ha tomado una decisión porque tiene dudas y prefiere demorarla y meditarla más, o bien se muestra conforme con iniciar algún tipo de acción como prueba o experimento para replantearse más adelante su decisión, manifestaremos reconocimiento por esta actitud (*está bien, dejar de fumar no es fácil y requiere pensarlo, y una buena forma de salir de dudas es hacer la prueba...*), iniciaremos igualmente el proceso con una nueva cita

En los casos primero y tercero, en que se va a concertar una nueva cita, es conveniente *adelantar el contenido* del que se va a tratar en esa nueva cita, con el fin de hacer más probable que el consultante acuda, y también pedir alguna *tarea para casa* que sirva para afianzar la decisión tomada. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.

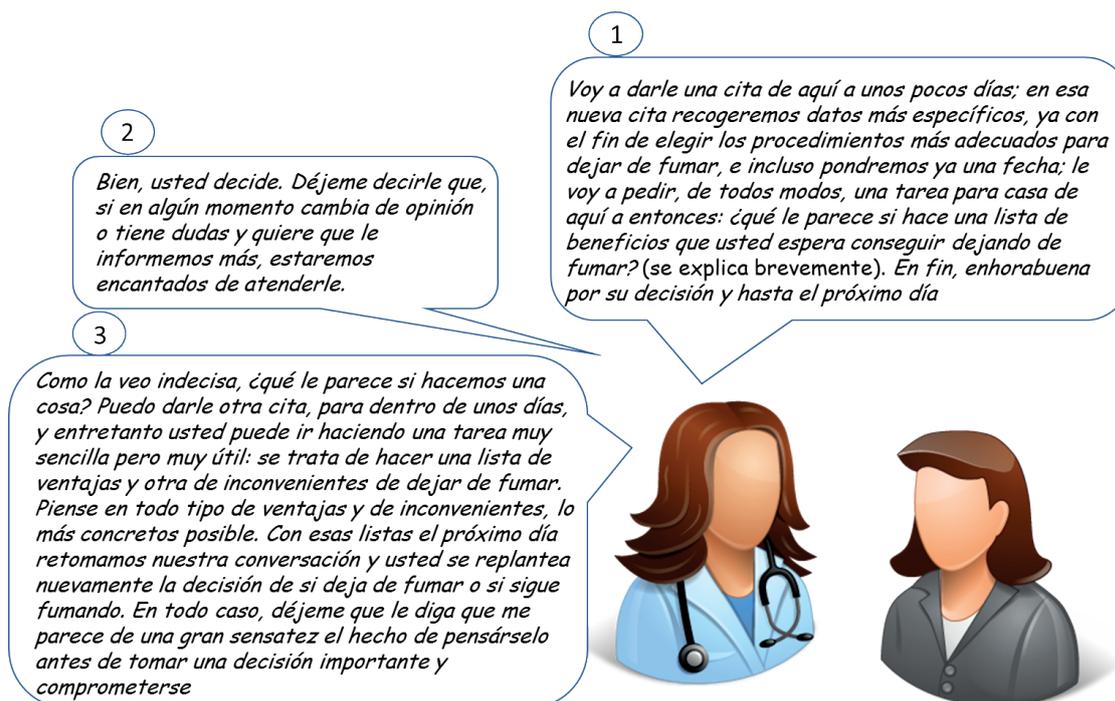


Figura 62. Distintas opciones de cierre de la entrevista

5.6 Dos situaciones especiales

5.6.1 La entrevista motivacional en las recaídas o incumplimientos de propósitos

En el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas, se habla por lo general de *recaída* para hacer referencia a la vuelta al consumo de la sustancia después de un tiempo de abstinencia. Aquí consideramos preferible el término *incumplimiento de propósitos*, porque es más descriptivo y carece de las connotaciones psicopatológicas de la palabra *recaída*, y porque sirve también para cualquier violación de una intención de cambio en cualquier tipo de hábito, y no solo en las adicciones. Esta situación es muy frecuente, y también lo es la aparición, durante el proceso, de dudas, incertidumbres y fluctuaciones en la motivación, con independencia de que lleguen a existir incumplimientos claros de propósitos. En el apartado 2.2.11. señalábamos que la aplicación de la entrevista motivacional no se limita a los momentos iniciales o previos al inicio de la intervención, como generalmente se piensa, sino también, y de modo sustancial, a estos momentos, posteriores, de vacilación o ruptura de los compromisos adoptados.

Algunas estrategias que conviene tener en cuenta para abordar estas situaciones son:

- Conviene 'parar' de forma rutinaria y plantear la *renovación de la decisión y el compromiso* como un ingrediente más del proceso. Conviene recordar periódicamente, junto con el cliente, con cierto detenimiento, los *argumentos a favor del cambio* que llevaron al consultante a tomar la decisión de ponerlo en marcha. El objetivo es que, una vez más, sea el propio consultante quien verbalice estos argumentos, y para ello podemos utilizar las mismas preguntas que ya conocemos acerca de lo que sabe y acerca de la importancia que él concede al cambio.
- Será importante *estar atentos* a las dudas, dificultades y reticencias que, casi inevitablemente, van a surgir durante el proceso, para abordarlas. Obviamente, también a las recaídas o incumplimientos obvios de propósitos.
- El incumplimiento de propósitos no llevará al fracaso y al abandono, e incluso tendrá un efecto positivo sobre el aprendizaje y la renovación del compromiso, en función de si previamente hemos aclarado con el consultante cuál es la naturaleza del proceso de cambio, insistiendo en el *concepto del aprendizaje* (simil del aprendizaje de un idioma o cualquier otro), y, dentro de ello, hemos abordado desde el principio la posibilidad de *vueltras atrás como parte de este proceso*, e incluso como *oportunidad para aprender*, gracias a los errores.
- Ante una transgresión de las pautas acordadas nos centraremos en la *reconsideración de la decisión de cambio* que se tomó en su día, y pediremos al consultante, una vez más, que plantee él las *posibles medidas a adoptar* en lugar de ofrecerlas nosotros.

- Recordaremos que la recaída o el incumplimiento de propósitos, si bien es un fenómeno condicionado por las circunstancias (*me puse muy nervioso y me entraron muchas ganas*), no está causado por ellas, sino que siempre es el resultado de una *decisión personal*, tal como exponíamos en el apartado 4.4.12., dedicado a la clarificación de determinadas reglas verbales. De este modo, la situación de incumplimiento de propósitos puede ser útil para *reconsiderar la decisión de cambio* adoptada en su día y *renovarla con mayor firmeza*, si así lo desea el consultante, o bien para cambiarla.

Elena, sin duda tenías muchas ganas de fumar, pero, como tú dices, es una decisión que tú tomaste. Por supuesto, podemos aprender de esta situación para hacer menos probable que vuelva a ocurrir. ¡Hasta puede venirnos bien! Pero, antes, tal vez sea este un buen momento para pararnos un poco a reconsiderar la decisión de dejar de fumar que tomaste en su día, ¿te parece? Ya sabes que tú decides, nadie puede decidir por ti.

Sí, vale, pero, en fin, creo que sigo teniéndolo claro...

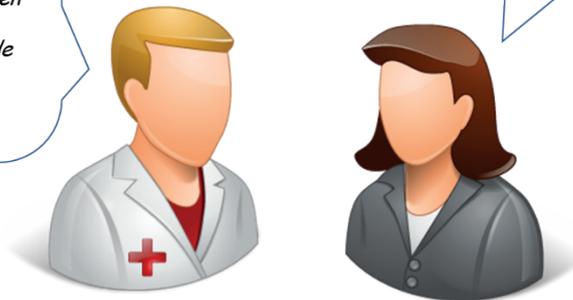


Figura 63. El incumplimiento de propósitos es el resultado de una decisión, y también una oportunidad para reconsiderar la decisión de cambio y para aprender de la experiencia, si se desea

- Conviene dividir el objetivo de cambio, sobre todo cuando se plantea a medio o largo plazo, en *pequeños pasos*, cuya consecución producirá un efecto reforzante. Piénsese en la importancia de esta estrategia en un programa de pérdida de peso, por ejemplo.
- Desde el punto de vista del profesional, conviene afrontar las dificultades no como obstáculos tediosos e indeseables, sino como parte de la *reevaluación del caso*, y, por lo tanto, como una *oportunidad para plantear nuevos objetivos* importantes y no previstos en la evaluación inicial. Por poner un ejemplo, las dificultades para el abandono del consumo de alcohol pueden llevar a descubrir la conveniencia de abordar un objetivo de activación conductual que, en principio, no estaba contemplado.

5.6.2 La entrevista motivacional en formato grupal

Las tradicionales 'charlas' que con frecuencia impartimos, en distintos contextos, sobre cuestiones de salud, comparten esencialmente el objetivo de la entrevista motivacional: influir en el comportamiento de los asistentes, aumentar su disposición al cambio hacia

hábitos más saludables. Los principios, estrategias y procedimientos que hemos revisado hasta ahora son aplicables también en estos escenarios. Obsérvese qué diferente efecto producen estas dos maneras de plantear una charla sobre la disposición de los asistentes al cambio de hábitos relacionados con la alimentación y la actividad física.



Figura 64. Una forma de plantear una charla con el objetivo de promover hábitos saludables



Figura 65. Otra forma de plantear la misma charla con el mismo objetivo

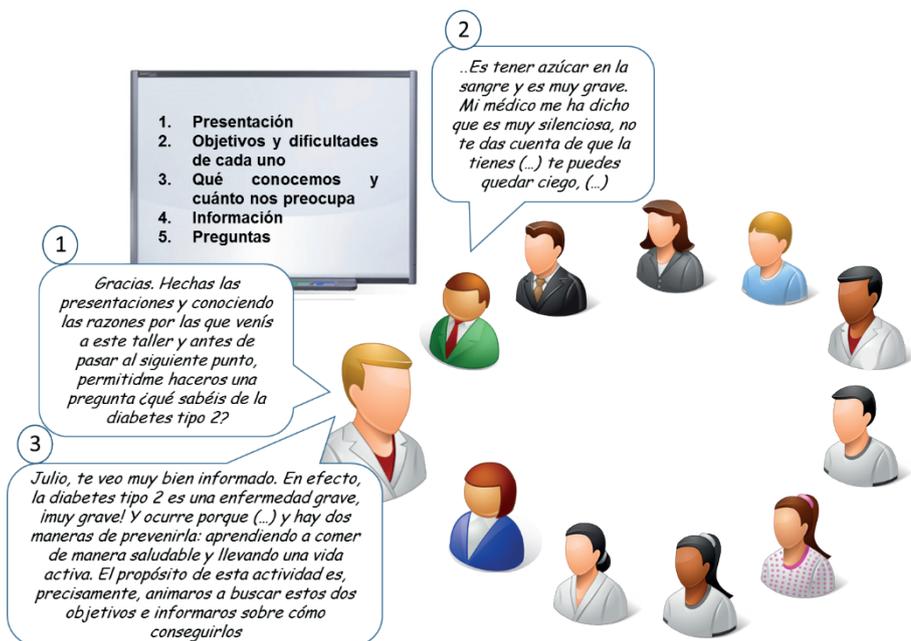


Figura 66. Otra forma de plantear la misma charla con el mismo objetivo

La probabilidad de que la información ofrecida dé lugar a cambios de comportamiento es claramente superior en el segundo caso. Al igual que sucede en la entrevista individual, aquí el profesional pregunta por los motivos por los que los asistentes están allí, por lo que conocen, por cuánto les importa o les preocupa y por qué motivos, o por los obstáculos que anticipan. Preguntar al otro hace posible practicar la escucha activa (en este caso, además, anotando lo que dice cada uno en la pizarra) y, por lo tanto, todas las destrezas que materializan la validación (empatizar, expresar reconocimiento, mostrar acuerdo y argumentar a favor de las objeciones, clarificar reglas verbales, recurrir a metáforas...), con lo que se genera un ambiente grato. Además, esta manera de proceder, buscando la participación de todos, permite suscitar el interés y la receptividad por lo que se va a tratar, adecuar la información que se va a proporcionar, prescindir de lo innecesario, ajustar los contenidos a las necesidades expresadas por los asistentes y detectar y clarificar expectativas erróneas.

La colocación de los asistentes en círculo, manteniendo el contacto visual entre ellos, favorece la participación porque hace posible que todos escuchen activamente a quien habla. Además, cabe la posibilidad, especialmente si el grupo es numeroso, de utilizar alguna técnica sencilla de trabajo en grupos (como el conocido Philips 66) que haga posible la participación de todos los asistentes.

Además de las 'charlas' que constan de una sola sesión, y que tienen un alcance limitado, se organizan, de manera creciente, grupos o 'talleres' para dejar de fumar, para cambiar hábitos relacionados con el sobrepeso, para promover hábitos de seguridad sexual y reproductiva, o para gestionar el estrés y la depresión. El formato grupal ofrece interesantes ventajas para

trabajar sobre estos objetivos. Habitualmente estos programas en grupo funcionan con principios y procedimientos de aprendizaje estructurado, cuentan con un programa de sesiones preestablecido e incluyen procedimientos de evaluación de los resultados. Al utilizar un protocolo de intervención definido (lo cual no excluye la necesaria flexibilidad) su efectividad puede, además, ser evaluada frente a la de otras intervenciones. Además de suponer una economía de tiempo, el grupo ofrece a cada participante una fuente de aprendizaje nueva y especialmente valiosa, que es el modelo y el estímulo del resto de los asistentes en la ejecución de todos los elementos implicados en el proceso de cambio de hábitos. Este modelado es, además, especialmente significativo, porque, a diferencia del modelo del profesional, proviene de individuos que pasan por dificultades parecidas.

Al igual que ocurre en el caso de la intervención individual, un ingrediente básico de estos programas es la adopción de una *toma de decisiones* y de un *compromiso* firmes y de calidad por parte de cada uno de los participantes en relación con el cambio de hábitos. Este es un objetivo que a menudo se descuida, o al que no se le concede el espacio y la entidad que merece, porque, en buena medida, se asume que cada participante en el grupo, por el hecho de serlo, ya cuenta con una motivación y una disposición clara hacia el proceso de cambio. Es importante advertir que esto no tiene por qué ocurrir, y de hecho no ocurre, y ello por varios motivos:

- A menudo la disposición a implicarse en el proceso es endeble desde el principio. El participante acude 'empujado', casi 'obligado' por su pareja o su médico, y lo hace, en buena medida, para complacerles o para que dejen de darle la tabarra. En muchos casos son individuos que perciben con claridad las ventajas y beneficios de dejar de fumar o de perder peso, pero que confían muy escasamente en su capacidad para conseguirlo, generalmente por fracasos anteriores (*vengo para que en casa me dejen en paz de una vez, pero no creo que consiga nada porque ya lo he intentado muchas veces*). Si no se presta atención a su situación motivacional, estas personas suelen tender a abandonar el programa cuando aparecen las primeras dificultades.
- La disposición a participar puede estar condicionada por expectativas inadecuadas sobre el objetivo del programa o sobre el proceso. Estas expectativas, al no cumplirse (por definición) producen frustración y abandono.
- Además, la motivación es fluctuante y sumamente sensible a los avatares que acontecen a lo largo del proceso. Unos resultados intermedios por debajo de lo esperado (piénsese en un programa de pérdida de peso), un esfuerzo y un coste superiores a los anticipados, un 'tropezón' imprevisto, una circunstancia vital inesperada, o simplemente un *feedback* insuficiente de los progresos... todo ello afecta a la disposición a continuar, y hace aconsejable anticipar de forma realista las dificultades y renovar la decisión de forma periódica.

Un ejemplo de sesión grupal con el objetivo de afianzar la toma de decisiones

Un buen ejemplo de aplicación sencilla de las estrategias de la entrevista motivacional al formato grupal es el programa de los talleres de deshabituación tabáquica desarrollados en los centros municipales Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid).

Hasta tal punto es importante esta cuestión que, en estos talleres, el objetivo de la primera sesión es únicamente ayudar a los asistentes a tomar una decisión firme y a establecer un compromiso para participar en el programa. Consecuentemente, a efectos de contabilidad administrativa no se computan como participantes a estas personas hasta que no acuden a la segunda sesión, ya con la decisión tomada.

Para conseguir este objetivo, esta primera sesión se centra en las siguientes estrategias, que coinciden sustancialmente con las descritas en este capítulo en su aplicación al formato individual.

1. Los participantes se presentan y plantean lo que esperan conseguir en el taller.

Después de presentarse el monitor del taller, se pide a los asistentes que se presenten. Puede hacerse de modo que cada uno hable de sí mismo, o también utilizando alguna dinámica sencilla, como formar parejas, pedirles que se presente cada uno al otro miembro de la pareja y posteriormente pedir que cada uno presente al grupo a su compañero. Se les pide que, además de su nombre, digan qué esperan conseguir asistiendo al taller. Todos los participantes son escuchados con atención, y los objetivos y expectativas que van citando son anotados en la pizarra por el monitor. Estas anotaciones en la pizarra servirán de base para la expresión de reconocimiento, la información y la aclaración de expectativas posterior. De este modo se fomenta desde el principio la participación activa de los asistentes.

2. El monitor enfatiza la importancia del objetivo de esta primera sesión, que consisten en que cada uno tome una decisión firme sobre si participar o no en el programa, y explica el procedimiento que se va a seguir.

Se trata de conceder a la toma de decisiones la entidad y el peso que merecen. Se insiste en que la decisión corresponde exclusivamente a cada individuo y que es legítima, sea cual sea. Se explica que, para favorecer esta toma de decisiones y afirmarla lo más posible, hoy ofreceremos información, clarificaremos algunas expectativas importantes, plantearemos una tarea para casa y pediremos que, quien decida finalmente participar, rellene un documento de compromiso con el programa.

Todos vosotros habéis tomado una decisión de dejar de fumar, y por eso estáis aquí. Seguramente es una decisión que os ha costado tomar, seguramente le habéis dado muchas vueltas; o tal vez no, tal vez os habéis enterado del programa y os habéis apuntado sin pensarlo mucho. También puede ser que haya habido personas, en la familia, en los amigos, o los propios médicos, que os han aconsejado dejar de fumar o que llevan tiempo y tiempo dándoos la tabarra con eso. Seguramente en cada caso es diferente.

Pues bien, sea como sea la manera en que habéis decidido apuntaros, vamos a proponeros que volváis a tomar la decisión entre dejar de fumar o seguir fumando, y que lo hagáis de modo tal vez un poco diferente: con la información que hoy vamos a daros y, sobre todo, sabiendo que la decisión corresponde exclusivamente a cada uno de vosotros. Nadie puede tomarla por vosotros. Y, por eso mismo, cualquiera que sea el resultado de esa decisión, es válido. Incluso si alguno de vosotros decide no venir el próximo día, y seguir fumando, lo consideraremos una decisión respetable porque sólo vosotros conocéis los motivos o los beneficios que obtenéis fumando, o las dificultades que experimentáis al dejarlo, y por lo tanto si compensa o no el esfuerzo que supone. Tal vez, incluso, alguien decida no empezar pero volver a apuntarse en otro momento.

Lo vamos a hacer de la siguiente forma: al final de la sesión de hoy os vamos a dar una especie de contrato que llamamos 'documento de compromiso con el programa'. Sirve para que, el que quiera, lo rellene, lo firme y lo traiga el próximo día, a la segunda sesión; y, el que decida no firmarlo, simplemente que no venga más. Para ayudaros a tomar esa decisión os daremos hoy alguna información, y también os vamos a pedir que hagáis en casa una lista de ventajas e inconvenientes de dejar de fumar.

Así que en realidad nosotros consideramos que todavía no hemos empezado. Son los que vengan el próximo día los que empiezan. ¿Está claro?

3. Mediante preguntas, se pide a los asistentes que aporten argumentos favorables a dejar de fumar.

Se plantean al grupo las mismas tres preguntas, enlazadas, que veíamos en los apartados 4.4.2.2., 4.4.2.3. y 4.4.2.4.:

¿Qué sabéis sobre los riesgos del fumar tabaco?

¿Cómo son de importantes esos riesgos, para cada uno de vosotros? Si tuvierais que puntuar de 0 a 100 la importancia que tiene para cada uno esos riesgos, ¿qué puntuación daríais?

¿Por qué 90 (o 100, o 80) y no 20?

El monitor anota en la pizarra las principales respuestas, tratando de que sea anotada al menos una respuesta de todos los participantes. Esas respuestas contienen motivos personales y argumentados para dejar de fumar, que no son identificados y planteados por el profesional, sino por los propios asistentes.

4. Mediante preguntas, identificamos ahora obstáculos, dificultades y apoyos para dejar de fumar.

Una vez generados y anotados, en el punto anterior, argumentos a favor de dejar de fumar, planteamos ahora las dos preguntas enlazadas que hemos visto en los apartados 4.4.2.9. y 4.4.2.10. para identificar obstáculos y dificultades:

Os voy a pedir ahora que cada uno diga cuánta confianza tiene en conseguir dejar de fumar del todo y para siempre, valorando entre 0 y 100 esa confianza.

¿Por qué 50 (o 30, o 70) y no 100?

El profesional anota en la pizarra los obstáculos y dificultades que se vayan nombrando, tratando de escribir al menos uno de cada asistente.

5. Validamos las dificultades expuestas

De este modo los asistentes están dispuestos y receptivos para la información y aclaraciones que a continuación va a ofrecer el monitor. Para empezar, este deja claro que *todos los obstáculos y dificultades son legítimos* porque hay razones, en la biografía y el contexto de cada uno, para que existan. En particular es importante evitar algunos tipos de comentario:

- Dar a entender que alguno de estos obstáculos 'no tiene importancia' o 'no tiene sentido' o 'es absurdo', a menudo seguidos del comentario de que dejar de fumar 'es fácil'. Estos comentarios, lejos de favorecer la receptividad de los participantes ante nuestra influencia, los impermeabilizan.
- Dar a entender que se trata de dificultades que escapan al control del individuo, como por ejemplo cuando decimos que existe una tendencia a volver a fumar porque la dependencia del tabaco 'es una enfermedad crónica y recidivante', idea que evoca una situación de indefensión ante 'algo' que 'está ahí', probablemente en el cerebro, que va a seguir estando ahí y contra lo que habrá que luchar con resultados inciertos y siempre con el concurso necesario de apoyos externos (generalmente fármacos) y eso tan etéreo que habitualmente llamamos 'fuerza de voluntad'.
- También hay que evitar comentarios paternalistas, igualmente invalidantes, por lo general vacíos de contenido específico y que suenan a 'muletillas' sin fundamento, del estilo de 'ya verás cómo esta vez lo consigues', o 'estoy seguro de que tú puedes'... El participante tiene ante ellos la sensación de que no ha sido escuchado y de que recibe una respuesta programada.

6. Preguntamos por la disposición para comenzar el programa para dejar de fumar

Nuevamente podemos utilizar una escala numérica. Pedimos que cada uno de los asistentes valore su disposición.

¿Cómo valorarías tu disposición o tu grado de compromiso para seguir este programa, entre 0 y 100?

De este modo se invita a todos a que manifiesten un compromiso público, delante de los demás miembros del grupo. Sabemos que un compromiso que se hace público compromete más que una decisión que no se da a conocer a nadie.

7. Clarificamos las principales expectativas

Abordamos ahora, una a una y de modo adaptado a lo manifestado por los asistentes, las expectativas que veíamos en el apartado 4.4.11.

8. Informamos sobre qué es la dependencia del tabaco y en qué consiste el proceso de deshabitación que vamos a comenzar.

Esta información debe ser breve, clara, adaptada a las demandas de los participantes, apoyada en diapositivas para favorecer su asimilación, y seguir las recomendaciones que hemos visto en el apartado 4.4.10. La información hace ver que la dependencia del tabaco es el resultado de un proceso de *aprendizaje*, que se consolida y es difícil de superar porque fumar llega a ser un hábito enormemente arraigado y en una herramienta con un valor instrumental potente y generalizado en numerosos ámbitos de la vida del fumador. La explicación incluye petición de ejemplos a los asistentes. Un ejemplo es el siguiente:

Fumar es, por lo tanto, una herramienta, que hace años, en la adolescencia, aprendimos a utilizar, y que hemos utilizado durante 20 o 30 años, todos los días y en multitud de situaciones, porque nos ha servido, nos ha sido útil.

Fumar me ha servido para algo tan importante como relajarme, calmar los nervios de modo rápido cuando estoy tenso, y por lo tanto para afrontar mejor determinadas situaciones. También me ha podido servir para elevar el estado de ánimo si estoy decaído, o para distraerme cuando estoy aburrido, sin saber qué hacer, haciendo una tarea monótona o tal vez esperando a alguien. Ha sido una ayuda eficaz también para concentrarme y para mejorar la memoria, y por lo tanto para realizar mejor determinadas tareas que requieren concentración, como estudiar o tomar decisiones. Incluso me ha podido servir para algo tan importante como conocer gente o relacionarme en determinadas situaciones, incluso, tal vez, para integrarme mejor en el grupo de amigos cuando era adolescente o incluso después...

Y funciona con rapidez, y prácticamente siempre.

Y no lo hemos utilizado poco. Una persona que fume un paquete de cigarrillos al día, si a cada cigarrillo le da diez caladas, practica la conducta de fumar ¡200 veces al día! y se administra al día ¡200 dosis de nicotina! ¿Y así durante cuántos años?

No es sorprendente que cueste dejar de fumar, y que cuando se deja se recaiga a menudo, incluso meses o años después de haber dejado de fumar. Ahora entendemos mejor qué es eso de la 'dependencia'.

Por supuesto, la explicación incluye una perspectiva empática con las dificultades y temores que puedan experimentar los asistentes, considerándolos como válidos y legítimos, y no como 'resistencias', 'excusas', 'ideas irracionales' o 'síntomas de un trastorno', planteamiento que suele dar lugar a una respuesta defensiva. Por ejemplo:

Alguno de vosotros me ha dicho que dejar de fumar es como un duelo, es como despedirse de un amigo que nos ha acompañado durante muchos años. La verdad es que puedo entender que un exfumador se sienta así. Y todo esto con independencia de los efectos negativos del tabaco, que son indudables y por los que estáis aquí.

A partir de este planteamiento, se explica ahora que dejar de fumar es, por lo tanto, un proceso de aprendizaje. Un aprendizaje que puede ser largo y complejo:

Dejar de fumar es, por lo tanto, un proceso de aprendizaje. Se trata de aprender a afrontar, por primera vez en la vida, la multitud de situaciones que siempre hemos afrontado con el apoyo del cigarrillo. Este aprendizaje cuesta un tiempo, y no es fácil. Hay quien dice que dejar de fumar es casi como aprender a vivir de otro modo. Tal vez no sea exagerado...

9. Informamos sobre las características de los apoyos farmacológicos disponibles

En los programas de deshabituación tabáquica es posible utilizar combinadamente tratamientos psicológico y farmacológico. Si se va a utilizar este último, la primera sesión de grupo habrá sido precedida de una evaluación individual donde se habrá abordado esta cuestión y se habrá llegado a algún acuerdo sobre su utilización. En cualquier caso, puede ser conveniente recordar aspectos de su uso y, en particular, la importancia de acompañar la fecha de abandono definitivo del tabaco (que depende de la fecha de inicio de uso de la medicación) con el programa que vamos a seguir en el grupo.

10. Pedimos ‘tareas para casa’

La sesión termina pidiendo dos tareas para realizar en casa para los que decidan acudir a la próxima sesión.

La primera consiste en elaborar una lista de beneficios personales que se esperan conseguir por dejar de fumar. Es importante explicar de modo entusiasta por qué es importante esta tarea. Por ejemplo:

Os pido que dediquéis unos minutos, en vuestra casa, para hacer una lista de ventajas o beneficios que esperáis conseguir por dejar de fumar. Cada uno tiene los suyos, y todos son válidos. Pensad en beneficios de todo tipo: salud, economía, bienestar, estética, hijos... Tratad de ser lo más concretos posible, por ejemplo, en lugar de escribir ‘mejorar la salud’ podéis escribir ‘tendré menos riesgo de padecer un cáncer de pulmón’.

El próximo día empezaremos repasando vuestras listas y comentándolas. Pensad que el próximo día que vengáis será el último de vuestra vida como fumadores, porque al día siguiente dejáis de fumar. Ese día será muy importante, entre otras cosas, tener los motivos muy claros.

La segunda tarea consiste en tomar una decisión respecto a empezar el programa o no hacerlo y, en el primero de los casos, firmar el documento de compromiso con el programa y traerlo a la próxima sesión. En caso de decidir no empezar, no debe acudir a la próxima sesión, pero puede volver a inscribirse para otro taller posterior. El objetivo de esta tarea es enfatizar la importancia de la toma de decisiones meditada, basada en información y en expectativas correctas y que implique un compromiso con el programa.





 UNIVERSIDAD DE SEVILLA

PROGRAMA DE FUMADOR Y CONTROL DEL TABAQUISMO

DOCUMENTO DE COMPROMISO CON EL PROGRAMA

Yo, _____, declaro que he leído y comprendido el contenido del programa de deshabituación tabáquica y que estoy dispuesto a seguirlo y a cumplir con las condiciones de participación y a aceptar las normas que se establezcan en el programa.

En SEVILLA, a _____ de _____ de 20____.

Firma: _____

La segunda tarea también es muy importante. Lo que os pido es que, con toda la información que hemos visto hoy y con la lista de beneficios que vais a escribir, os paréis a tomar la decisión de nuevo sobre si empezáis el programa o no. El que decida que sí, que rellene el ‘documento de compromiso con el programa’ y lo traiga a la próxima sesión, para recogerlos y guardarlos todos. Si alguien decide no empezar, no es necesario que venga; puede volver a apuntarse más adelante.

Figura 67. Modelo de documento de compromiso con el programa de deshabituación tabáquica

Terminamos la sesión felicitando a los asistentes por su disposición a dejar de fumar, ofreciendo nuestra colaboración y recordando el día y la hora de la siguiente sesión.

évíct



evidencia

<http://evictproject.org/>



Financiado por:

