

**COMUNICACIÓN EFECTIVA
Y EMPODERAMIENTO
DEL PACIENTE DESDE
LA FARMACIA HOSPITALARIA**

Reservados todos los derechos. De acuerdo con la legislación vigente, y bajo las sanciones en ella previstas, queda totalmente prohibida la reproducción y/o transmisión parcial o total de este libro, por procedimientos mecánicos o electrónicos, incluyendo fotocopia, grabación magnética, óptica o cualesquiera otros procedimientos que la técnica permita en el futuro, sin la expresa autorización por escrito del propietario del copyright.

ISBN: 978-84-949422-0-4

D.L.: A 463 - 2018

Imprime: Azorín, Servicios Gráficos Integrales

Impreso en España / Printed in Spain

Autores:

José Luis Marco Garbayo
Lucrecia Bourgon Baquedano
Isabel Pérez Castelló
Rosa Fuster Ruiz de Apodaca
Manuel Koninckx Cañada
María Teresa Faus Soler

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO HUMANO: AUTODETERMINACIÓN, MOTIVACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

1 - Introducción	11
2 - Algunas claves psicológicas del comportamiento humano: autodeterminación, motivación y toma de decisiones	12
3 - Las representaciones mentales de la realidad.	13
4 - Las metas y la motivación	22
5 - La toma de decisiones: el cerebro	28
6 - ¿Cómo se produce el aprendizaje?	31
7 - Resumen.....	41
8 - Bibliografía.....	43

CAPÍTULO 2. CÓMO GENERAR EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

1 - Introducción	47
2 - Teoría del aprendizaje social.....	47
3 - Teoría de la autoeficacia.....	49
4 - Teoría del establecimiento de metas.....	53
5 - Modelo de creencias en salud.....	54
6 - Modelo transteórico de cambio de comportamiento	58
7 - Estilo de vida saludable.....	62
8 - Modificación cognitivo-conductual de las conductas de salud	65
9 - Escenario comunicacional: paciente con enfermedad de Crohn	67
10 - Bibliografía.....	69

CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL PACIENTE

1 - Introducción	75
2 - Comunicación efectiva.....	76
3 - Comunicación interpersonal	78
4 - Comunicación verbal en la salud	81
5 - Comunicación no verbal en la salud.....	83
6 - ¿Cómo facilitar la comunicación?	86
7 - Bibliografía.....	93

CAPÍTULO 4. COMUNICACIÓN EN SITUACIÓN DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

1 - Introducción	97
2 - Concepto de estrés	98
3 - El estrés y la evaluación cognitiva	99
4 - Acontecimientos vitales estresantes.....	102
5 - Consecuencias biológicas del estrés.....	103
6 - Respuestas al estrés.....	104
7 - Consecuencias del estado de estrés.....	105
8 - Técnicas de reducción de estrés.....	106
9 - Afrontamiento del estrés.....	108
10 - Depresión.....	113
11 - La ansiedad	117
12 - Reestructuración cognitiva	121
13 - Bibliografía	125

CAPÍTULO 5. EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE (CAPACITACIÓN+MOTIVACIÓN)

1 - Introducción.....	129
2 - Terapia racional emotiva conductual y terapia cognitivo conductual.....	133
3 - La terapia de aceptación y compromiso.....	137
4 - La entrevista basada en el diálogo socrático.....	139
5 - La entrevista motivacional	140
6 - Principios básicos de la intervención motivacional	146
7 - Estrategias y habilidades comunicacionales en la intervención motivacional	148
8 - El proceso de la entrevista motivacional	152
9 - Resumen.....	170
10 - Bibliografía	172

AUTORES	175
----------------------	------------

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA
DEL COMPORTAMIENTO HUMANO:
AUTODETERMINACIÓN, MOTIVACIÓN
Y TOMA DE DECISIONES

José Luis Marco Garbayo
Lucrecia Bourgon Baquedano
María Teresa Faus Soler

A lo largo de este manual vamos a ir desarrollando técnicas que nos permitan establecer una comunicación eficaz tanto con los pacientes y personas asistidas como con sus familiares y personas de apoyo. Si entendemos la comunicación efectiva como aquella que alcanza el objetivo deseado, las técnicas comunicacionales serán aquellas que han demostrado ser eficaces para conseguir que los pacientes o personas relacionadas adopten actitudes útiles que les permitan preservar o mejorar el estado de salud o la calidad de vida.

Como especie que somos, las personas compartimos comportamientos comunes condicionados por nuestro sistema psicobiológico. Nuestro cuerpo y nuestra mente forman un conjunto que condiciona nuestro modo de comportarnos, por ello es de vital importancia conocer su funcionamiento y cómo, a su vez, este conjunto condiciona o modula nuestro comportamiento.

A lo largo de los siguientes capítulos nos adentraremos en aspectos psicológicos y sociológicos (psicosociales) del comportamiento humano, para de este modo establecer una base sobre la que desarrollar estrategias comunicacionales que nos permitan influir positivamente en los comportamientos, tanto individuales como grupales, de las personas.

En concreto, en este primer capítulo vamos a ver, someramente, cómo pensamos las personas, cómo tomamos decisiones y cómo nos motivamos para alcanzar las metas que nos proponemos. Hablaremos también de cómo podemos participar en el cambio de comportamiento

de las personas asistidas en el contexto de nuestra actuación como profesionales de la salud.

En el ámbito de la comunicación, se reconoce que la eficacia de la misma depende un 15% de lo que se dice y el 85% de cómo se dice. Las personas compartimos como especie una serie de características que nos hacen iguales, pero a su vez son infinitos los factores que nos hacen individualmente diferentes. Cuando entablamos un diálogo con un paciente es de vital importancia definir previamente nuestro objetivo, para a continuación adecuar la estrategia comunicacional a las distintas personas y circunstancias con el fin de mantener un elevado nivel de efectividad en la comunicación.

La técnica comunicacional efectiva requiere de un conocimiento adecuado de la naturaleza humana, tanto de su comportamiento en el ambiente natural como ante circunstancias estresantes, como bien podría ser el caso de una enfermedad crónica.

Aunque todos tenemos conocimientos básicos e intuitivos sobre psicología y sociología, las relaciones interpersonales siguen siendo, con mucho, la fuente más importante de conflictos en todos los ámbitos sociales. El tamaño del cerebro animal se correlaciona directamente con la complejidad de las sociedades en las que viven. Es por este motivo que los seres humanos disponemos del mayor cociente de encefalización: necesitamos un cerebro grande para construir sociedades complejas y mantener relaciones complejas con nuestros congéneres.

La especie humana es una sola y se corresponde con el *homo sapiens*, el hombre que sabe. Como especie compartimos características que son comunes a todos los individuos, no importa la latitud donde vivamos ni la fisionomía que tengamos, de hecho, aunque sea un ejemplo simplista, estas similitudes son las que le permiten a un profesional de la salud ejercer su profesión en cualquier lugar del planeta.

Por su importancia, aunque ya lo hemos avanzado previamente, consideramos necesario recordar que la comunicación es un proceso

finalista y que como tal persigue un fin, por lo que sólo podremos considerar que la comunicación ha sido efectiva si el fin que se buscaba se ha conseguido. Una vez hayamos definido cuál es el objetivo que perseguimos con nuestra comunicación para que sea efectiva, deberemos conocer cómo son las personas con quienes vamos a comunicarnos y cuáles son los mecanismos internos que regulan su pensamiento y su comportamiento.

Además de la comunicación, el comportamiento de las personas también responde siempre a una finalidad, sin embargo, en más de una ocasión nuestro comportamiento nos conduce justamente al objetivo contrario del deseado.

Este concepto finalista del comportamiento es muy importante ya que es la base de la terapia conductual. Las últimas teorías psicológicas sugieren que tanto pensamientos como emociones pueden considerarse comportamientos y que, por lo tanto, siguen las mismas reglas de aplicación que la conducta observable.

En el ámbito sanitario, cuando estamos comunicándonos con otros profesionales o con pacientes, empleamos los mismos esquemas que en nuestros procesos comunicacionales normales, aunque obviamente con características propias del ámbito en el que nos desenvolvemos.

Lo que vamos a describir a continuación es útil para ampliar nuestra comprensión sobre la naturaleza humana, sobre nosotros mismos y los demás, y pretende ser la base para entender las técnicas que más adelante se describirán en el ámbito de la motivación, entrevista motivacional, influencia y comunicación con las personas...etc.

El hombre se diferencia fundamentalmente del resto de los animales en su naturaleza mental, que es a su vez lo que le permite vivir en grupos sociales grandes de forma cooperativa y con reconocimiento personalizado de los individuos. Pero la capacidad que diferencia definitivamente a los seres humanos del resto del mundo animal es la capacidad para crear en su mente **representaciones** de la realidad en la que vive, de su entorno, sobre la sociedad y sobre sí mismos. Las **representaciones** son aquellos

esquemas de la realidad que configuramos en nuestra mente, permitiéndonos crear una realidad virtual tanto individual como colectiva, y que es la base de la vida social. Nuestra experiencia vital, la educación que hemos recibido, nuestra cultura y el entorno en el que nos hemos desarrollado influyen seriamente en nuestro modo de percibir lo que experimentamos.

Hemos conseguido virtualizar la realidad, realizando nuestra propia representación interna del mundo y ahora vivimos dentro de ella. Cada uno de nosotros tenemos nuestra propia percepción sobre cómo son las cosas y cómo deben ser.

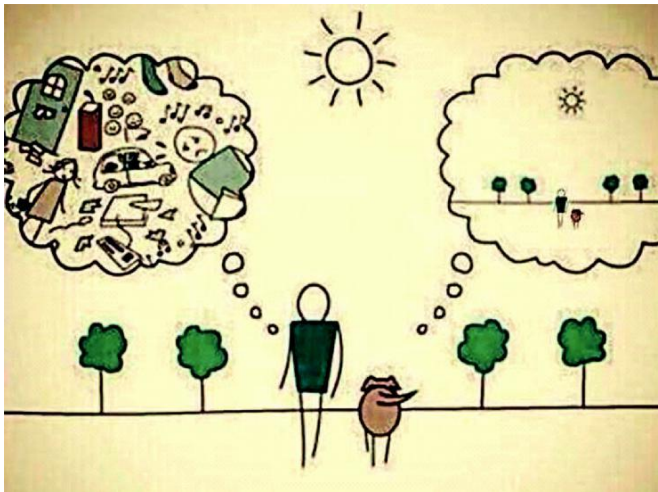


Fig. 3.1: Las personas vivimos dentro de nuestro mundo virtual, formado por la representación que hacemos del mundo exterior.

Para poder esquematizar el mundo lo primero que hacemos es simplificarlo, agrupándolo, clasificándolo y asociándolo a experiencias anteriores. Con estos esquemas mentales vamos a explicarnos por qué nos ocurren las cosas e intentaremos controlar la situación para manejar su consiguiente transformación, buscaremos explicación a todo lo que nos rodea y sus causas, con la intención de prever lo que va a pasar y así anticiparnos para tratar de solventar nuestros problemas. No obstante, es fácil engañar a nuestro cerebro ya que dispone de numerosos sesgos asociados a nuestros recuerdos, a nuestra experiencia vital, a la educación que hemos recibido, a nuestra cultura y al entorno en el que nos hemos desarrollado.

En este mundo mental conviven nuestros pensamientos y emociones con nuestras conductas, de tal modo que están íntimamente relacionados y cada uno de ellos afecta a los otros dos.



Cuando estamos deprimidos o tristes (emociones) generamos determinados pensamientos conforme a nuestra emoción (pensamiento) y generalmente actuamos de manera consecuente con ellos (conducta), por ejemplo, dejamos de salir, relacionarnos con los demás y nos aislamos, prolongándose así el círculo vicioso.

Del mismo modo, si por cualquier motivo decidimos dejar de relacionarnos con los demás (conducta) acabaremos llegando a sentir soledad (emoción) y a pensar que estamos solos en el mundo (pensamiento).

Esta relación entre pensamientos, emociones y conducta es la base de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) desarrollada por Albert Ellis, en ella se considera que las personas tenemos ciertas creencias (pensamientos) irracionales que contribuyen a nuestro malestar emocional. Son creencias que no se sustentan en la lógica ni son realistas, es decir, son pensamientos automáticos que pasan por nuestra cabeza sin que exista un proceso de razonamiento que los cuestione ni confronte con la realidad. A causa de ellos, las personas sufren de manera exagerada y dificultan que estas actúen o tomen decisiones de la mejor manera posible.

“Las cosas en sí no atormentan a los hombres, sino las opiniones que tienen de ellas” (Epicteto)

Estas creencias irracionales están instaladas en nuestro mundo virtual y nos sirven para evaluar los acontecimientos que nos suceden, son nuestras interpretaciones de la realidad. No obstante, no son los acontecimientos los responsables de generarnos nuestros estados emocionales, sino la manera que tenemos de interpretarlos. Algunas de estas creencias son patrones de pensamiento incorrectos, que aparecen ante determinadas situaciones y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Estos patrones de pensamiento incorrectos pueden afectar a nuestro concepto de la salud y, por tanto, también los podremos encontrar en nuestros pacientes dando lugar a actitudes o ideas preconcebidas que podrían convertirse en un obstáculo a salvar para tener éxito en un cambio conductual.

Las creencias que habitualmente desarrollan las personas sobre las enfermedades se basan más en el “sentido común” que en la medicina basada en la evidencia. Muchas veces estas creencias se apoyan en concepciones culturales erróneas o son fruto de información equivocada.

De los pensamientos irracionales más extendidos vamos a destacar:

- La vida sana y feliz es la vida sin enfermedad.
- Si me preocupo mucho por algo, se resolverá.
- Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo quiero.

Quizá uno de los pensamientos erróneos más extendidos se refiere a que debemos vivir la vida sin enfermedad y que el hecho de estar enfermo, es una desviación de la normalidad. La enfermedad es parte de la vida e inexorablemente en algún momento aparecerá en ella, hasta llegar a un punto en que conviviremos de forma sostenida. Aceptar la situación de enfermedad como parte de la vida es un

principio de salud mental, así como la capacidad de adaptarnos a dicha situación.

Las técnicas de terapia cognitivo-conductuales establecen un objetivo vital que sirve de meta para la vida saludable de la persona enferma:

“Vivir una vida que merezca la pena ser vivida”

Las ideas irracionales fundamentalmente contienen peticiones de carácter absoluto hacia uno mismo, los demás y el mundo, y tienden a categorizar las situaciones o hechos de forma extrema:

- **Nunca** volveré a ser feliz.
- **Todo** el mundo es...
- **Nadie** puede...
- **Jamás** se ha producido...
- **Soy** torpe...no **seré nunca** capaz...

Obviamente estas frases expresan pensamientos categóricos irreales que probablemente nos generarán malestar porque, así como pensamos, vemos el mundo acorde a esta perspectiva.

Otra característica propia del ser humano es su **pensamiento verbal**, ya que no sólo somos capaces de hablar entre nosotros, sino que también pensamos utilizando el habla, lo que se conoce como diálogo interno. Nuestro pensamiento es verbal, ya que pensamos utilizando palabras, que son símbolos estructurados mediante el lenguaje. Si nos fijamos, cuando pensamos podemos escuchar las frases que constituyen nuestro pensamiento, estas ideas surgen y son escuchadas por nosotros mismos. El hecho de ser capaces de escuchar nuestros propios pensamientos significa que **nosotros no somos nuestros pensamientos**.

En algunas ocasiones estos pensamientos se apoderan de nuestra mente, nos atrapan, apareciendo de forma automática a partir de un problema o inconveniente que lo enjuicia o justifica. Ejemplos de este tipo de pensamientos serían:

- No puede ser que esto me pase a mí.

- ¿Por qué a mí?
- Ahora no podré hacer lo que tenía pensado.
- Cada vez que quiero hacer algo, todo se complica.

Los pensamientos que se expresan de forma categórica, como “yo soy” o “yo no soy” se contraponen a la temporalidad del “yo estoy”. El verbo “ser” indica una característica inalterable de nuestra forma de ser, mientras que el verbo “estar” se refiere a una situación temporal y, por lo tanto, susceptible de cambio.

Pensamientos que incluyen frases del tipo nunca, siempre, todos, ninguno, etc., provocan sentimientos de inmovilismo, rigidez y oposición al cambio. Cuando nuestros pensamientos se estructuran mediante este tipo de lenguaje se producen limitaciones importantes en nuestras posibilidades de actuación.

Nosotros no somos nuestros pensamientos. La mente humana, en su deseo de conocer, entender y controlar, confunde sus opiniones y puntos de vista con la verdad. La fusión entre nosotros y nuestros pensamientos puede generar problemas importantes. Se habla de *defusión* al proceso por el cual conseguimos ser conscientes de que nosotros no somos nuestros pensamientos. Nuestros pensamientos mantienen un continuo bombardeo sobre nosotros que tiene que ser entendido como lo que es, ya que los pensamientos cuando son irracionales pueden provocar emociones y comportamientos indeseables.

Un primer paso para combatirlos es tomar conciencia de estos pensamientos, ya que muchas veces son inconscientes, reactivos o aparecen de manera tan rápida que no nos damos cuenta de ellos, y no podemos liberarnos de aquello de lo que no somos conscientes. Al tomar conciencia podemos observar estos pensamientos como un testigo imparcial de los mismos, y a partir de allí podemos cuestionarlos e indagar sobre los mismos: ¿De dónde proviene este pensamiento? ¿Es un pensamiento racional? ¿Me sirve? ¿Contribuye a mi bienestar y a los resultados que quiero lograr? ¿Qué fundamento tiene?

Esta indagación sólo es posible a partir del desapego del pensamiento, ya que si creemos que nuestro pensamiento es verdad y estamos anclados en el dogma, no hay cuestionamiento posible. A

través del cuestionamiento de ese pensamiento podremos entrar en el proceso de reflexión que nos permitirá observar desde la distancia aquellos pensamientos que nos producen desasosiego.

Este concepto es muy importante y saldrá de manera recurrente a lo largo de los capítulos siguientes ya que los cambios comportamentales que puedan ser necesarios irán precedidos de cambios en nuestra forma de pensar, aunque a veces ocurrirá en orden inverso.

De una manera resumida podemos decir que pensamos mediante imágenes y mediante lenguaje verbal. Utilizar el lenguaje para pensar hace que podamos actuar de manera inversa y podamos modificar nuestros pensamientos mediante el lenguaje.

Cuando entablemos comunicación con un paciente (persona asistida), o con cualquier persona en general, no van a servir nuestros esquemas mentales para entender cómo percibe **SU** situación. La única manera de entender cómo siente, qué temores y qué expectativas tiene, es entendiendo cómo está estructurado su mundo interior (su mundo virtual conformado por **SUS** propios esquemas mentales).

La incorporación de nuevos conocimientos es un proceso que no debe generar resistencia. Cuando un profesional de la salud informa sobre cosas que el paciente desconoce, lo habitual es que éste no muestre reticencia, dado que estamos acostumbrados desde pequeños a ir acumulando conocimiento. Sin embargo, cuando la información que se nos transmite contradice un esquema mental previo, sí se genera un conflicto. En general cualquier situación que implique un cambio, genera cierto grado de ansiedad, inseguridad y miedo a la nueva situación desconocida. Romper nuestros esquemas suele ser como mínimo molesto, cuando no doloroso.

Asumir que nuestra representación era errónea conlleva la aceptación de que hemos vivido equivocados anteriormente y eso es difícil de aceptar porque nuestra mente dispone de dos poderosos mecanismos de defensa:

- **Principio de negación:** cuando negamos aquello que nos perturba o produce molestia mental. Por ejemplo, negar que nuestro estilo de vida no era sano y que debemos cambiarlo.

- **Principio de coherencia:** preferimos pensar que todo lo que hemos hecho anteriormente era correcto y razonable antes que asumir que estábamos equivocados. Nos mantenemos coherentes con nuestras decisiones pasadas. Por ejemplo, no haber dejado de fumar, porque considerábamos que no era un mal hábito.

Cuando una persona se enfrenta a una situación nueva, y una enfermedad lo es, la interpreta según sus esquemas mentales previos, la evalúa siguiendo los criterios que componen su representación mental para ese tipo de situaciones. Si no tiene esquemas previos atenderá a los profesionales que merezcan su confianza, a internet o a los amigos y conocidos. Una vez elaborada la representación mental de la situación, cualquier cambio en la misma requerirá de un esfuerzo adicional por parte de la persona y sólo de ella. Ella tendrá que resolver el conflicto generado, puesto que tendrá que modificar su representación mental.

Este hecho que acabamos de comentar es de suma importancia. Cuando establezcamos comunicación con un paciente debemos pensar que nos estamos comunicando con una persona que defenderá un conjunto de prejuicios, esquemas mentales, creencias, emociones, sentimientos, actitudes, atribuciones, mecanismos defensivos, experiencias, temores, etc... que van a dificultar el intercambio racional de información. Las cosas son como las percibe cada uno.

La representación interior que hacemos de la realidad nos incluye a nosotros mismos, también tenemos una representación interna de quiénes somos.

Esta representación interna de nosotros mismos es nuestro **AUTOCONCEPTO**. **El autoconcepto es, básicamente, el conjunto de ideas y creencias que constituyen la imagen mental de lo que somos** según nosotros mismos. Definen nuestra imagen del "yo". Por lo tanto, es un entramado de información que puede ser expresada de manera más o menos textual a través de afirmaciones sobre uno mismo: "soy malhumorado", "soy tímida", "no sirvo para hablar frente a muchas personas", etc.

En este punto, deberemos diferenciar entre autoestima y autoconcepto, puesto que la autoestima es el concepto emocional que está vinculado con el autoconcepto, y por ello no puede ser definido con palabras, porque es algo totalmente subjetivo.

Mientras que el autoconcepto puede modificarse a través de la reestructuración cognitiva (de la que hablaremos más adelante) la autoestima, al formar parte de la memoria emocional, es más difícil de cambiar.

Un ejemplo de autoconcepto sería considerarnos tímidos, lo cual afecta a nuestra autoestima, pues no nos vemos capaces de hablar en público. Si a través de la reestructuración cognitiva vencemos el miedo a hablar en público, puede que nuestro autoconcepto de persona tímida se difumine y pensemos que no lo somos tanto. Este cambio de visión podría a la larga mejorar nuestra autoestima, pues habremos sido capaces de lograr el objetivo de hablar en público.

Debemos ser conscientes de que nuestros pacientes tienen una representación interna propia, sobre su estado y situación, lo que les hace interpretar su realidad de una forma absolutamente particular. El individuo diagnosticado de una enfermedad hará su propia construcción sobre sus sufrimientos psíquicos y físicos, lo que conformará el criterio que él o ella tendrá de su situación. La única manera que tenemos de conocer cómo está estructurada esa representación mental de su situación será... escuchándola.

Los conceptos vitales y sobre la salud no han sido siempre iguales, y ni siquiera en la misma época han sido compartidos por todos los estratos sociales. Una importante línea de investigación en salud se refiere al conocimiento de qué piensan las personas acerca de la salud. La representación virtual que cada uno construimos de nuestra realidad también incluye aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. **Nuestras creencias son la base de nuestras acciones.**

Las personas se autorregulan constantemente ante circunstancias adversas. Ante una enfermedad realizamos un procesamiento mental y emocional sobre la misma que podríamos resumir en tres fases:

- 1) Representación de la enfermedad y la emoción asociada.
- 2) Selección del tipo de afrontamiento y estilo de actuación ante la amenaza.
- 3) Evaluación del resultado y ajuste de la actuación.

El afrontamiento es el conjunto de estrategias que ponemos en práctica para resolver las distintas situaciones estresantes que nos van surgiendo. Los diferentes modos de afrontamiento los veremos en capítulos posteriores.

En este proceso interactúa el canal objetivo (cognitivo o racional) que evalúa la información disponible con el canal afectivo (subconsciente) que dota de valor emocional a la situación.

El profesional de la salud que interacciona con una persona que se encuentra en estas circunstancias debe atender a los tres puntos señalados, de manera que la información que ofrezca al paciente se vincule con la representación que la persona ha elaborado de la enfermedad, con las técnicas de afrontamiento que se activarán y con los criterios de evaluación de resultados que la persona va a utilizar.

Cuando se produce el diagnóstico de una enfermedad, los pacientes realizarán su propia representación de la enfermedad atendiendo a los siguientes conceptos:

- Identidad de la enfermedad, signos y síntomas.
- Consecuencias: físicas, emocionales, económicas y sociales.
- Causas.
- Duración: aguda, crónica o cíclica.
- Gravedad.
- Controlabilidad: referidas a las creencias que la persona tiene sobre las posibilidades de control sobre la enfermedad que se encuentran a su disposición.
- Variabilidad temporal.

En definitiva, el profesional de la salud debe tener en cuenta cuando informa a un paciente sobre su enfermedad, que éste probablemente ya dispondrá de sus propios esquemas y que, por lo tanto, esta información será interpretada desde su punto de vista y desde sus propias ideas. Adecuar los esquemas personales del paciente a la realidad clínica y social, será un objetivo importante de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente.

Nuestro sentido de autoeficacia forma una parte muy importante de nuestro autoconcepto, que ya hemos indicado que es el conjunto de ideas y creencias que constituyen la imagen mental de lo que somos según nosotros mismos. El concepto de autoeficacia, introducido por el psicólogo Albert Bandura, es la creencia que tenemos de nosotros

mismos sobre nuestra capacidad para alcanzar nuestros objetivos o metas. Las creencias de autoeficacia se desarrollan en edades tempranas de la infancia mientras se viven diferentes experiencias o situaciones. No obstante, el desarrollo de la autoeficacia continúa su evolución a lo largo de la vida mientras la gente adquiere nuevas habilidades, conocimientos o vive nuevas experiencias.

Los individuos con una autoeficacia alta serán individuos muy interesados en las tareas en las que participan, ven los problemas como desafíos estimulantes, experimentan un compromiso elevado hacia sus intereses y actividades, y se recuperan rápido de sus fracasos. Por el contrario, los individuos con una autoeficacia baja o débil, evitan tareas u objetivos desafiantes, piensan que las metas difíciles están fuera de su alcance e interpretan los fracasos como algo personal.

De este modo, introducimos otra característica propia del ser humano: **LA BÚSQUEDA DE METAS.**

Las **metas** están estructuradas jerárquicamente yendo desde las más difusas y de alto rango, que serían consideradas como necesidades básicas y que compartimos con el resto de seres humanos, hasta las más concretas. **Esto hace que la vida de las personas se estructure alrededor de sus objetivos, que son los que aportan significado y propósito a su vida.**

Esta característica diferencial del hombre, la de moverse en busca de metas no instintivas, se asocia con otra herramienta fundamental: **la MOTIVACIÓN.**

La motivación es la energía que nos mueve para **LOGRAR** nuestras **METAS** u objetivos. Es la capacidad de extraer de uno mismo el empuje necesario para realizar las conductas adecuadas que nos acercan a las metas propuestas. **Es ser capaz de autoproporcionarse el interés**, las razones y el entusiasmo necesario para seguir con nuestros proyectos.

De este modo, la motivación y las metas están estrechamente vinculadas. Alcanzar metas en el pasado incrementa las expectativas de alcanzar metas futuras, generando sentimiento de autoeficacia y potenciando que las metas futuras sean más ambiciosas.

Las emociones y conductas más significativas ocurren en relación con las metas que se persiguen.

Los pensamientos se dirigen al entendimiento o planificación de objetivos y gran parte de las actuaciones se llevan a cabo para alcanzar las metas propuestas.

Las metas impulsan, seleccionan, dirigen y organizan las conductas. Son dinámicas en función de la situación.

Así, la motivación IMPULSA y a la vez es CONSECUENCIA.

La AUTORREGULACIÓN es la capacidad de actuar de forma condicionada, renunciando a recompensas inmediatas para satisfacer otras a medio y largo plazo. Esta forma de actuar requiere capacidad para resistir la tentación, soportar frustración, combatir hábitos viejos y adoptar hábitos nuevos, todo con vistas a lograr nuevas metas.

Autorregularse requiere autocontrol y vocación de cambio, puede requerir cambio de pensamiento, de sentimiento y de conducta. Cuando se habla de autorregulación se hace referencia tanto a los procesos como a las estrategias que se utilizan.

Una táctica para alcanzar metas a largo plazo es establecerse metas menores a corto plazo, por ejemplo, en el caso de un paciente que fume 20 cigarrillos al día, sería proponerle ir reduciendo el número poco a poco, en lugar de que lo haga de forma drástica. Estos pequeños logros potencian el sentimiento de autoeficacia y van ofreciendo pequeños refuerzos en el comportamiento, motivando al paciente a continuar obteniendo pequeñas metas.

El comportamiento dirigido a METAS también requiere de una capacidad de virtualización de la realidad, la meta tiene que ser imaginada, **EVOCADA**. Evocar una situación diferente y deseable es necesario para que la motivación genere la energía necesaria para dirigirse a su logro. Por ejemplo, evocando a un paciente fumador que al dejar el hábito tabáquico se fatigará menos cuando realice cualquier actividad física. Es imprescindible evocar una situación diferente y mejor para iniciar el proceso que nos llevará a su logro.

Imaginémonos que sufrimos una enfermedad crónica que ha trastocado las metas que nos habían servido hasta ese momento como guía de nuestra vida. Ya no podremos hacer muchas cosas de la manera que las hacíamos, ni disfrutar de placeres que hasta ese

momento nos alegraban la vida. Esto nos obligará a cambiar nuestros esquemas y a buscar nuevas metas en el contexto nuevo de enfermedad.

En el ámbito de la enfermedad puede ocurrir que el paciente no tenga recursos suficientes para evocar una meta objetivo que sea deseable, creíble y por lo tanto alcanzable. Ésta situación le conferiría al profesional sanitario un papel de guía para el paciente que padece una enfermedad crónica, así como en su proceso personal de aceptación y de autorregulación.

El proceso de autorregulación implica una serie de procesos concatenados:

- Autoobservación: para tomar conciencia (representación) del estado actual.
- Autovaloración: con respecto a las metas o estándar deseado.
- Autorreacción: mediante recompensas por los logros conseguidos.

Deberemos tener en cuenta que las mejores recompensas son las que conllevan valoraciones positivas sobre uno mismo y de valoración positiva de la autoeficacia. Será de gran importancia, por tanto, reforzar a nuestros pacientes su concepto de autoeficacia cuando hayan logrado las metas planteadas.

El comportamiento hacia metas requiere de motivación y compromiso. Las metas menores tienen que estar vinculadas con las metas de orden superior de tipo básico o de necesidad (congruencia) que vamos a describir a continuación.

Según la Teoría de la Autodeterminación de Ryan y Deci, el ser humano busca satisfacer sus tres necesidades básicas:

- **Integración:** sentirse integrado, apreciado y valorado.
- **Autodeterminación:** sentir que tiene capacidad de controlar su propia vida, de ser independiente y soberano en su toma de decisiones (autodeterminación).

– **Capacidad:** sentirse capaz para conseguir sus metas (autoeficacia).

Con este esquema asumimos que una persona satisfecha es aquella que se encuentra bien integrada en la sociedad, apreciada, que se siente dueña de sus actos y decisiones y que siente que tiene capacidad para alcanzar las metas que se propone, es decir, que se siente competente.

La teoría de la autodeterminación sugiere que cuando a una persona, sea o no paciente, se le prohíbe o se le insiste en que haga algo que no ha sido su decisión, se entra en conflicto con su necesidad básica de **autodeterminación**. Toda acción que separe a la persona de la percepción de autodeterminación generará una reacción contraria para recuperarla. Obligar a las personas a hacer algo, genera una reacción contraria innata.

El grado de reactividad que se genera ante la pérdida de la autodeterminación es considerada característica o rasgo de personalidad, es decir, muy difícil de modificar, y va a condicionar mucho el éxito de los tratamientos crónicos que requieren de la participación activa por parte del paciente, si es que él o ella no ha participado en la toma de decisiones al respecto de su tratamiento.

¿Se puede cambiar?, sí... pero **la puerta del cambio se abre desde dentro**. Las personas cambiamos sólo si decidimos cambiar. Con ello satisfacemos la necesidad básica de la autodeterminación. Pequeños cambios en el comportamiento pueden ocasionar grandes molestias inicialmente. Para superar esa fase de malestar se hace necesario que la meta que se persigue con el cambio sea lo suficientemente compensatoria, pero si además el proceso satisface alguna necesidad básica, el refuerzo será mayor. En ese sentido el logro nos puede hacer sentir capaces (necesidad de competencia), si es un logro socialmente aprobado nos puede satisfacer la necesidad básica de sentirnos integrados, si el logro merece elogio y admiración dada su dificultad nos puede satisfacer la necesidad básica de potenciación y diferenciación individual, y si la decisión del cambio la hemos tomado nosotros, por nuestra propia voluntad, podremos potenciar la acción con la satisfacción de la necesidad básica de la autodeterminación.

El logro de metas se asocia con bienestar psicológico y sensación de felicidad.

Cuando nos relacionamos con un profesional sanitario vamos a apreciar ser recibidos de una forma familiar y atenta, que se acuerde de nuestro nombre para sentirnos grupalmente integrados. A la vez, vamos a apreciar que la relación con nosotros sea diferenciada, que nos reconozca y sepa de nuestras características personales únicas, por ejemplo, porque recuerda alguna anécdota que le contamos la última vez, para sentirnos importantes y distintos. Por último, apreciaremos la frase final que nos indique que “esa es nuestra decisión”, sintiendo entonces que tenemos capacidad de decisión, que la decisión depende de nuestra autodeterminación.

- *Profesional sanitario: hola Vicente, ¿cómo te encuentras? ¿Te ha servido la bicicleta estática que te regalaron tus hijos?*

(Trato cercano que denota integración con el profesional, atención a detalles personales que sugieren interés y diferenciación personal).

- *Persona asistida: pues estoy haciendo un poco más de ejercicio gracias a la bicicleta y aunque al principio tenía más molestias en las rodillas ahora me encuentro más ágil y con menos dolor.*
- *Profesional sanitario: ¡Enhorabuena!, con la capacidad de disciplina que tú tienes seguro que alcanzarás los mejores resultados en la rehabilitación.*

(Distintividad personal y potenciación del sentido de la autocompetencia).

- *Profesional sanitario: ¿Tienes alguna duda que consultarme? ¿Hay algo que te preocupe? Estoy convencido/a de que conoces perfectamente lo que tienes que hacer, seguro que en breve estás llevando una vida casi normal, solo tendrás que cuidar los pequeños detalles que ya sabemos. Te felicito por lo bien que estas llevando la situación.*

(Evocación de metas de logro, potenciación de la autodeterminación, refuerzo positivo por la autoeficacia)

El cerebro humano es de una complejidad absoluta. Apenas hace unos pocos años que estamos empezando a vislumbrar detalles de su funcionamiento.

Nuestro cerebro destaca por su gran volumen y por el tremendo desarrollo de su área cortical (neocórtex) sobretodo en su área prefrontal.

El neocórtex, o corteza cerebral, es el área del cerebro donde ubicamos el cerebro racional o ejecutivo, el cual se mantiene en un estado continuo de toma de decisiones. Para ello utiliza un “programa informático” muy versátil que sirve para todo tipo de circunstancias. Este “programa informático” es muy robusto pero muy lento cuando las circunstancias son extrañas. Incluso se produce la **paradoja del experto**: cuanto más conocimiento se tiene, más se tarda en llegar a la toma de decisiones.

En algunas ocasiones debemos tomar decisiones elaboradas decidiendo cuál será la opción más conveniente, pero sin tener una información completa es una tarea muy complicada. Para ello el cerebro dispone de una serie de ATAJOS o trucos, que sin ser aparentemente muy razonables sí que nos permiten evitar quedarnos bloqueados.

Uno de ellos es hacernos creer que **SÍ** disponemos de información, o lo que es lo mismo, hacernos creer que **NO TENEMOS UN PROBLEMA POR FALTA DE INFORMACIÓN**. Este es el principio de negación visto previamente, uno de los muchos principios o sesgos que iremos viendo y que nos sirven para superar los problemas de falta de información, conocimiento o tiempo para la toma racional de decisiones.

El cerebro utiliza a su vez dos sistemas para realizar su función: el sistema ejecutivo superior y el sistema automático o subconsciente. Ambos sistemas se influyen y trabajan conjuntamente en una interacción continúa. El sistema consciente utiliza continuamente al sistema subconsciente.

El cerebro consciente tiene que trabajar continuamente con falta de datos o falta de información. También sufre la presión del tiempo, las decisiones tienen que ser tomadas a veces de prisa. Urgencia y falta de

datos para tomar decisiones resulta una mezcla peligrosa. Para solucionar este problema disponemos del sistema subconsciente o automático.

El sistema subconsciente tiene preparadas una serie de asunciones para completar la información que nos falta. Es decir, los datos o la información que no tenemos son sustituidos por presunciones e incluso por invenciones de nuestro propio cerebro. Estos mecanismos son sesgos cognitivos de gran utilidad para mantener la eficacia del sistema, aunque también son una fuente inagotable de problemas en otras ocasiones. El mecanismo más sencillo para que el cerebro pueda completar la información que le falta es inventándola y para ello lo más fácil es consultar dentro de su archivo de memoria. La memoria se encuentra ubicada fundamentalmente en el cerebro límbico y está muy relacionada con las emociones, de manera que el cerebro racional o ejecutivo se vincula estrechamente con el cerebro emocional para manejar la información. De esta manera vivimos situaciones nuevas y las tratamos o afrontamos con información recuperada de pasado, y además las gestionamos con los criterios que tenemos archivados en el subconsciente como esquemas o representaciones mentales.

Ejemplo:

Cuando vamos a la consulta de un médico, nuestro cerebro superior o racional debe estar atento a los aspectos que se relacionan con nuestro diagnóstico y tratamiento, que es el objeto de nuestro interés. Sin embargo, de lo que puede ocurrir en la consulta del médico no sabemos nada a priori (salvo que ya hayamos ido anteriormente).

Nuestros esquemas mentales ya tienen un guion sobre lo que tiene que ocurrir en un evento del tipo “ir a la consulta de un médico”. De hecho, tenemos ideas preconcebidas de cómo debería ser un médico y cómo debería comportarse en una consulta.

Si todo ocurre como tenemos previsto en nuestro guion interno de la consulta, solamente será relevante el diagnóstico y el tratamiento. Pero si las cosas no han ocurrido tal y como estaba previsto en nuestro guion preconcebido, posiblemente podamos quedarnos influidos por aspectos emocionales o instintivos que nos impedirán atender adecuadamente a la información recibida. Dicho de otra manera, nuestro cerebro ejecutivo prestará atención a la comunicación con el profesional siempre que todo lo accesorio del

proceso no requiera atención o no produzca perturbaciones que generen atención. Para que la persona atendida se centre en la comunicación hay que evitar estresores físicos como calor o frío, tránsito de personas o interrupciones, incomodidad de la silla, prisas, ruidos...estas perturbaciones requerirán de atención por su parte, lo que disminuirá la atención al proceso de comunicación. Para que el cerebro ejecutivo pueda dedicar toda su atención a la comunicación con el profesional, todo lo accesorio del proceso debe fluir en el ámbito subconsciente de forma automática.

Podríamos resumir diciendo que nuestro cerebro ejecutivo es el que controlamos nosotros mismos de manera consciente y con el que gestionamos situaciones nuevas, extrañas o que requieren de nuestra atención. El cerebro subconsciente funciona casi de manera automática haciendo uso de programas instalados en él, siguiendo guiones preestablecidos y procedimientos aprendidos. En caso de necesidad el cerebro ejecutivo puede retomar el mando y pasar al sistema consciente lo que estuviéramos haciendo de forma subconsciente.

Curiosamente somos más eficientes cuando trabajamos de forma subconsciente. Siempre y cuando los "programas" que hayamos creado en el subconsciente sean correctos. Esto se resume en la Ley de Humphrey, también conocida como "El dilema del ciempiés" (si el ciempiés tuviera que pensar cada paso, su movimiento sería caótico).

La atención consciente a una tarea, normalmente realizada de modo automático, perjudica su desempeño.

En el proceso de toma de decisiones, nuestro cerebro en su conjunto va evaluando emociones, sentimientos y procesos cognitivos, intentado dar con aquella decisión correcta que será la que motive la actuación. En ese proceso evaluativo, donde nunca tendremos claro de forma anticipada el éxito de la decisión, se llega a una situación conocida como de **AMBIVALENCIA** . El estado de ambivalencia se alcanza cuando los pros y los contras ya se han sopesado y se va a proceder a la toma de decisiones.

Cuando las personas, enfermas o no, alcanzan el estado de ambivalencia en su proceso de toma de decisiones es cuando más abiertas están a la influencia del profesional asesor. En ese momento el profesional debe favorecer sutilmente que la decisión se dirija hacia la opción de salud que aconseja el conocimiento médico. Pero sin olvidar que es la persona asistida la que tiene que tomar la decisión de forma personal, siendo esta **su propia decisión** (autodeterminación).

La toma de decisiones en el ámbito de la salud sigue los mismos procesos evaluativos y de valoración que en el resto de decisiones que tomamos en la vida.

El Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento (MT) de Prochaska y DiClemente, que describiremos en el capítulo siguiente, sugiere una serie de fases por las que pasa la persona enferma asistida, planteando que el profesional de la salud sólo debe iniciar un proceso de influencia para que la persona inicie el cambio de comportamiento cuando ésta ha alcanzado el estado que denominan los autores como de “contemplación”, y no antes.

Otra característica de nuestro cerebro pensante es que se mantiene en un estado continuo de evaluación o valoración de las cosas que nos ocurren. Vamos a valorar si lo que estoy leyendo ahora es interesante o no, si la película nos gusta o no, si me aburro o me divierto en una fiesta con mis amigos y por supuesto si mi vida con la enfermedad que tengo es asumible o intolerable.

Este tipo de valoraciones también están sujetas a sesgos y a valoraciones irracionales que nos llevan a realizar valoraciones negativas, pesimistas de nuestra situación como enfermos, tanto más, cuanto más dramática sea la valoración que hagamos. Reconducir estos pensamientos hacia otros más ajustados a la realidad, más racionales y que permitan a los pacientes que asistimos convivir armónicamente con la enfermedad, será uno de los objetivos prioritarios de nuestra comunicación con las personas enfermas.

Cómo pensamos y cómo nos comportamos es fruto de lo que hemos ido aprendiendo a lo largo de nuestra vida. Cambiar nuestra forma de pensar y/o nuestro comportamiento no es tarea fácil.

Merece especial interés el proceso de aprendizaje que se basa en el condicionamiento instrumental. Esta forma de aprender fue descrita por Thorndike y recibió el nombre de “ley del efecto”. A lo largo de nuestra vida nuestro comportamiento se va condicionando, sin darnos cuenta, mediante este tipo de aprendizaje: hacemos cosas que nos producen algunos resultados positivos (refuerzos) y las repetimos buscando de nuevo los mismos resultados (refuerzos).

Muchos de los comportamientos que realizamos se han convertido en hábitos por este procedimiento. Hábitos alimentarios, vida sedentaria, tabaco y alcohol son conductas que han sido instauradas siguiendo el modelo del condicionamiento instrumental.

El aprendizaje mediante condicionamiento instrumental u operante descrito por Thorndike fue popularizado por Skinner mediante los experimentos realizados por él en la conocida como “caja de Skinner”. Recordemos que en estos experimentos las ratas tenían que ir realizando algún tipo de comportamiento para recibir la comida (refuerzo). Una vez instaurado el comportamiento que recibía recompensa, éste se quedaba como hábito, hasta que se cambiaba el patrón de comportamiento necesario para volver a recibir la recompensa (comida).

Merece la pena detenerse en este punto y recordar cómo funciona el aprendizaje por condicionamiento clásico e instrumental porque son la base de la terapia conductual (terapia para el cambio de comportamiento), tanto en los modelos más antiguos como en las terapias cognitivo-conductuales más actuales.

El profesional sanitario debe conocer estos sistemas de aprendizaje condicionado para:

- Establecer comunicación efectiva con los pacientes.
- Entender las técnicas que el psicoterapeuta pudiera estar utilizando.
- Entender los textos especializados que pudiera consultar.

Clásicamente se diferencian dos tipos de aprendizaje por condicionamiento:

- **Condicionamiento clásico:**

Descrito por I. Pavlov, el ejemplo clásico es el del perro que saliva al ver la comida de lejos. El estímulo incondicionado (EI) es aquel que produce invariablemente una reacción (en este caso, la comida). Salivar es la respuesta incondicionada (RI) que es provocada por el EI. Si tocamos una campana, estímulo condicionado (EC), antes de enseñarle la comida al perro, llegará un momento en que el sonido de la campana generará en el perro la salivación, aunque a continuación no se le muestre la comida. En ese momento el sonido de la campana se ha convertido en un estímulo que genera una respuesta condicionada (RC), es decir que la comida (EI) junto a la campana (EC) produce la salivación, que antes de estar ambos estímulos apareados no se hubiera producido (el sonido de una campana no produce salivación de forma natural).

Ejemplos de condicionamiento clásico en nuestras vidas:

- Sentir una emoción agradable al oler un perfume que nos recuerda a una persona querida.
- Sentirnos mal al pasar por una calle donde sufrimos un accidente.
- Sentir nostalgia al escuchar una canción determinada.

Estos estímulos, que en sí mismos no contienen carga emocional, la generan por condicionamiento con otro estímulo anterior.

Condicionamiento operante o instrumental:

El aprendizaje por condicionamiento operante o instrumental requiere de la acción por parte del sujeto (el comportamiento opera). Es una variante del condicionamiento clásico en la que se introducen unos factores llamados *reforzadores* (recompensas o castigos). Es una versión ampliamente divulgada por los trabajos de Skinner e inicialmente descrita por Thorndike con su “ley del efecto”. Cuando un sujeto realiza una acción tras la que obtiene un resultado positivo (refuerzo) éste tiende a reproducirla con mayor frecuencia, del mismo modo que si una conducta determinada recibe un reforzador negativo, el individuo se sentirá persuadido de dar continuidad a esa conducta.

Algo tan sencillo y tan obvio subyace en una gran parte de nuestros comportamientos, los cuales han sido aprendidos por este

sistema a lo largo de nuestras vidas. El condicionamiento operante funciona con refuerzos o con castigos (estímulos aversivos). Los primeros incrementan la realización de determinadas conductas y los segundos las inhiben.

Ejemplos en nuestra vida cotidiana de aprendizaje por condicionamiento operante podrían ser:

- Las buenas calificaciones de los niños son recompensadas con la aprobación paterna, en forma de obsequios o celebraciones. Este refuerzo positivo se asociará al esfuerzo de estudio y fomentará cada vez mejores calificaciones.
- A las mascotas se las enseña a hacer sus necesidades a través del estímulo positivo cuando lo hacen en el lugar correcto y se les castiga cuando no.
- La recompensa recíproca en una pareja de ciertas conductas a través de refuerzos afectivos permite el aprendizaje conjunto de los comportamientos correctos para mantener una buena relación.

El aprendizaje por condicionamiento es reconocido como esencial por las teorías cognitivo-conductuales. Estas últimas teorías consideran a los pensamientos como conductas, de tal manera que se puede actuar sobre ellos siguiendo las mismas técnicas que se utilizan para las conductas observables.

Cambiar conductas puede ser necesario en muchas ocasiones desde un punto de vista médico.

“Saber lo que hay que hacer no equivale a saber cómo hay que hacerlo”

Para ayudar a cambiar el comportamiento de una persona es muy importante darnos cuenta de los hábitos y actitudes que han sido reforzados en su historia de aprendizaje. En la comunicación profesional sanitario/paciente se da un intercambio de información que genera aprendizaje en ambos actores. En este proceso, tanto el lenguaje no verbal del profesional como el verbal, pueden ejercer una función de refuerzo positivo sobre la conducta del paciente.

Moldeamiento

Una de las técnicas para la modificación de la conducta con el objetivo de instaurar hábitos más saludables, se denomina **moldeamiento**. El moldeamiento también se denomina técnica de aproximaciones sucesivas y consiste en ir reforzando conductas intermedias hasta llegar a una conducta final. Los padres suelen utilizar este procedimiento para conseguir hábitos deseables en sus hijos, reforzando (mediante recompensas) comportamientos concretos que acabarán desembocando en una meta final.

El objetivo del moldeamiento es enseñar gradualmente una respuesta deseada mediante aproximaciones cada vez más cercanas a ella.

El proceso de moldeamiento constaría de las siguientes fases:

- Definición de la meta final.
- Evaluación del estado inicial. Se busca el comportamiento que ya realiza al sujeto y que es el más parecido al que se persigue en la meta final.
- Planificación de los pasos intermedios.
- Reforzamiento: se refuerza cada vez el paso siguiente al que ya se ha alcanzado. El elogio suele ser un reforzador excelente.

La adquisición de nuevos hábitos mediante condicionamiento instrumental tiene algunas características especiales:

- Cuanta mayor proximidad temporal haya entre la respuesta y el reforzador, mayor es el reforzamiento.
- Efecto contraste: es más efectivo como reforzamiento utilizar un reforzador incremental que utilizar un reforzador alto y constante desde el principio, en otras palabras, funciona mejor ir recibiendo

pequeños premios cada vez mayores según vayamos consiguiendo nuestros objetivos que uno mayor e igual todas las veces desde el principio.

- En general, el refuerzo inmediato, aunque sea de baja intensidad, es más efectivo que un refuerzo demorado de mayor intensidad.

En la vida normal raramente se consigue un refuerzo cada vez que se realiza la misma conducta. No siempre que vayamos a pescar pescaremos, al igual que no siempre que vayamos al cine nos gustará la película. Estos serían ejemplos de reforzamientos parciales o intermitentes. Es decir, a veces se refuerza la conducta y otras veces no.

Existen programas de reforzamiento intermitente de razón fija y variable, así como de intervalo fijo y variable. Felicitar o elogiar periódicamente, pero no siempre, y con un intervalo que va variando cada cierto tiempo sería un ejemplo de esta clase de programas. **El reforzamiento de razón variable es el que consigue la tasa de respuesta más elevada.** Un ejemplo de reforzamiento de razón variable son las máquinas tragaperras, que están programadas para otorgar el premio conforme a un programa de razón variable. Muchos reforzadores naturales, como el logro o el reconocimiento, se acercan mucho a este tipo de programas. Aparentemente, la incertidumbre de no saber cuándo va a llegar el siguiente reforzador mantiene a las personas repitiendo el comportamiento constantemente.

Los reforzadores primarios son aquellos no aprendidos y que satisfacen necesidades biológicas: comida, sexo, sonrisa, cariño, aprecio, reconocimiento social... Los reforzadores secundarios requieren, para que su poder reforzante sea efectivo, que estén asociados a algún reforzador primario. El dinero es un reforzador secundario porque se asocia con varios reforzadores primarios por ejemplo de seguridad, distintividad, aprecio social... Los elogios se asocian con aprecio (integración) y reconocimiento social (distintividad).

Los reforzadores secundarios suelen ser poderosos elementos para condicionar la conducta humana.

Modelado

El aprendizaje humano es más complejo de lo que acabamos de señalar ya que existe una componente cognitiva (racional) añadida, de manera que se dan procesos de aprendizaje latente (se aprende a hacer cosas que no se ejecutarán en el momento presente ni inmediato, pero sí después) y también existe el aprendizaje observacional o de imitación. Es decir, viendo cómo actúan los demás y los resultados que obtienen podemos reforzar nuestro comportamiento, por mera observación de lo que les ocurre a los otros. A esto se le denomina **aprendizaje vicario o modelado**.

El **modelado** es un tipo de aprendizaje que se basa en la imitación de la conducta ejecutada por un modelo, normalmente una persona. Este proceso sucede de forma cotidiana y puede utilizarse como técnica terapéutica para facilitar la adquisición y la modificación de comportamientos. A través de este proceso, por ejemplo, hemos aprendido actitudes o destrezas “copiando” a nuestros padres, profesores y personas cercanas (nuestros modelos).

El autor más destacado en el campo del modelado y del aprendizaje social es Albert Bandura, que junto a Richard Walters realizó su famoso experimento en 1963 en el que se demostraba que los niños imitaban o no las conductas de los adultos en función de si observaban que se les premiaba o castigaba.

La posibilidad de disponer de un modelo que sirva de referencia a nuestros pacientes es muy importante para fortalecer la motivación de cambio hacia metas de mejora de la salud. La terapia grupal se basa precisamente en este concepto de modelado, ya que otras personas parecidas a nuestros pacientes sirven de modelo para guiar el aprendizaje hacia el cambio: *“Ellos lo hicieron y les fue bien, luego yo también puedo y me irá bien”*.

En este caso, el paciente que actuaría como aprendiz ve el refuerzo que el modelo consigue al realizar su acción (cambio de hábitos de salud, adherencia al tratamiento, etc.), se sentirá motivado y tratará de imitarlo siempre que se desee el mismo refuerzo.

La eficacia del modelado va a depender de:

– Estatus del modelo: los observadores son selectivos en su elección de modelos. Esta selectividad, al parecer, se basa en el estatus de modelo, incluyendo características tales como la posición social que tenga el mismo, el papel que desempeña, el poder o influencia que tenga y la habilidad para comunicarse. La influencia se define como la capacidad de una persona o grupo para cambiar las actitudes o comportamientos de otra persona o grupo de personas.

– Retención: para que el aprendizaje por modelado sea fructífero, el observador debe atender al modelo y retener el recuerdo del comportamiento del mismo, para emplearlo posteriormente.

– Refuerzo o castigo: tanto el refuerzo como el castigo facilitan el aprendizaje por modelado, aunque no es estrictamente necesario que se experimenten personalmente, ya que pueden percibirse por observación de los resultados que obtiene el modelo.

De forma resumida podríamos decir que puede darse el caso de que los pacientes no puedan ser capaces, por desconocimiento, de evocar una meta hacia la que dirigirse con respecto a su enfermedad. El profesional de la salud puede evocarle ese objetivo gracias a su conocimiento. Otro paciente, actuando como modelo, podría servirle de ejemplo (modelo) para evocar un estado de salud objetivo, creíble y alcanzable.

La base de aprendizaje por condicionamiento operante se basa en que las conductas que obtienen resultado positivo se ven potenciadas y se repiten más. Cuando las personas prueban mil maneras de conseguir un resultado positivo y fracasan repetitivamente pueden sufrir lo que se conoce como **indefensión aprendida**. Ese estado se caracteriza por déficit motivacional y emocional, ansiedad y depresión, que van haciendo mella en el individuo hasta el punto de que el afectado es incapaz de ver soluciones al problema que le atormenta.

Ante una situación de agresión incontrolable, como una enfermedad crónica o degenerativa cuyo control se percibe como imposible, o ante los fracasos repetitivos frente a una situación negativa determinada, se puede caer en este estado de indefensión aprendida también denominado de **desesperanza**.

Lo importante para que se dé la indefensión aprendida

es la sensación de ingobernabilidad de la situación.

La institucionalización de personas o pacientes puede conllevar situaciones de indefensión aprendida si las personas perciben pérdida de control sobre su propia vida. Percibir el control es una necesidad básica del ser humano y potenciar el sentimiento de autogobierno una máxima para prevenir la indefensión aprendida.

Propiciar el cambio de comportamiento de las personas es complejo y se han propuesto varias técnicas para conseguirlo. Las últimas técnicas aparecidas en el arsenal psicoterapéutico moderno presentan enfoques diferentes a la clásica terapia cognitivo-conductual, pero todas ellas reconocen la enorme importancia del aprendizaje basado en el condicionamiento instrumental y es por eso que lo hemos descrito someramente.

Vamos a poner un ejemplo de cómo se encuentra presente el condicionamiento instrumental en comportamientos fácilmente reconocibles por todos: si hablar o afrontar mi enfermedad me produce miedo o ansiedad puedo evitar pensar en ella distraendo mi atención con actividades varias. Este sería un estilo de afrontamiento de evitación. La enfermedad es el condicionante, distraer mi atención para no pensar en ella el comportamiento y disminuir mi miedo o mi ansiedad es el reforzador del comportamiento. Es decir, si dejo de pensar en la enfermedad (afrontamiento de evitación) consigo un refuerzo que consiste en disminuir mi ansiedad o mi malestar. Es un esquema de condicionamiento operante o instrumental.

Los miedos se adquieren por condicionamiento clásico, pero se mantienen por condicionamiento operante.

El circuito que sigue la creación de un hábito suele consistir en este tipo de condicionamiento: señal, rutina o recompensa.



- La señal hace referencia al momento temporal, a un estímulo sugerente, a una amenaza etc... que genera la realización de la conducta.

- La actuación se refiere a la acción o rutina conductual en la que consiste el hábito
- El refuerzo es la gratificación que sigue a la actuación.

La regla propuesta por Charles Duhigg consiste en que, si usamos la misma señal y proporcionamos la misma recompensa, podemos cambiar la rutina y cambiar el hábito. El método propuesto por Duhigg se denomina de inversión del hábito.

El primer paso para planificar un cambio de hábito consiste en analizarlo. Analizar, junto con la persona asistida, qué es lo que desencadena el hábito, lo que permite identificar las señales que inician la conducta a cambiar. Es posible que al principio no encontremos razones de por qué realizamos un determinado hábito nocivo, pero, si tratamos de buscarlas, es probable que acabemos por encontrarlas.

Por ejemplo, si después de comer solemos fumar un cigarrillo y encontramos que, en un plan para dejar de fumar justamente este cigarrillo es el que nos resulta más difícil de eliminar, el proceso de análisis nos revela que el hecho de terminar de comer es la señal desencadenante y de iniciación de la rutina, fumar es la rutina y el refuerzo el placer que nos produce el tabaco. En este caso, la señal no se puede eliminar porque necesitamos comer, pero podemos buscar otro refuerzo, para una rutina distinta. Por ejemplo, podríamos plantearnos después de comer lavarnos los dientes y descansar placenteramente en el sofá unos minutos.

Mayor complejidad aún se deduce en el aprendizaje humano desde que fueron descubiertas las neuronas espejo. De forma casual se descubrió que en el cerebro de una persona se activan las mismas áreas cerebrales y neuronas correspondientes solo por el hecho de ver a otra persona hacer algo. Es decir, para nuestro cerebro es como si estuviéramos haciendo lo que el otro hace. El hecho de que nuestro cerebro reaccione igual, explica el aprendizaje por imitación, la emulación y también la empatía, ya que vivimos la acción de otro como nuestra y nos ayuda a comprenderla.

En este capítulo nos hemos introducido someramente en aspectos básicos de la psicología del comportamiento humano, aspectos que necesariamente tendremos que conocer para entender las teorías del comportamiento que describiremos a continuación y las técnicas que

serán de aplicación para conseguir una comunicación efectiva que motive o genere cambios de comportamiento en las personas asistidas, que ya no llamaremos pacientes, por las connotaciones de pasividad que se asocian con el término paciente, y en un escenario donde se busca el compromiso activo y empoderamiento de la persona enferma.

Todas las personas tenemos nuestra representación virtual de la realidad. Cómo ocurren las cosas, por qué, cómo son los demás (etiquetas), cómo somos, etc... conforman nuestros esquemas mentales y el modo en el que hacemos inferencias de los acontecimientos. Los esquemas mentales tienen explicaciones o descripciones para todas las cosas que ocurren en el mundo de cada persona, están muy arraigados y solo se cambiarán desde la decisión personal de cada uno (autodeterminación). Con respecto a las enfermedades todos tenemos ideas preconcebidas más o menos generales, erróneas o no, pero que son las nuestras.

La manera de saber cómo es el mundo interior de una persona es observando su comportamiento y escuchándola.

La vida de las personas está relacionada o dirigida por METAS. Para alcanzar las metas se necesita de energía y decisión, se necesita MOTIVACIÓN. Las metas generan motivación y la motivación nos dirige a las metas.

La autoeficiencia es un sentimiento que hace referencia a cuán capaces somos o nos sentimos para alcanzar las metas que nos proponemos. Alcanzar metas menores incrementa nuestra autoeficiencia y nos permite aspirar a metas mayores.

Las necesidades básicas de todos los seres humanos, no vinculadas con necesidades de supervivencia son, según los psicólogos Ryan y Deci:

- 1) Sentirse integrado y apreciado (necesidad grupal).
- 2) Sentirse valorado individualmente: distintividad (sentirse diferente, importante, único).
- 3) Sentirse autogestionado (necesidad de autodeterminación).

Todos tenemos estas metas como metas básicas, y las necesitamos satisfacer.

La información en el subconsciente se ha ido almacenando a lo largo de la vida a través de la experiencia y el aprendizaje.

La parte más difícil de la comunicación será siempre aquella que pretenda cambiar hábitos, costumbres o esquemas mentales de las personas. Esta parte del objetivo comunicacional va a existir casi siempre, por lo que casi siempre será necesaria una estrategia comunicacional diseñada para generar cambios de pensamiento y comportamiento.

Pretender generar cambios en la forma de pensar y de actuar de las personas nos obliga a conocer cómo se generaron los pensamientos y comportamientos que ya están establecidos. El aprendizaje humano se produce de una forma compleja, por condicionamiento clásico, operante, por imitación (aprendizaje vicario o modelaje) y por aprendizaje cognitivo.

Lo aprendido de forma cognitiva, racional, se puede cambiar razonando con nueva información, pero lo aprendido de forma subjetiva, por condicionamiento, puede necesitar el uso de técnicas que nos permitan desaprender y que sean parecidas a las que generaron lo aprendido anteriormente.

Establecer metas menores que permitan conseguir gratificaciones (refuerzos) sirve para fortalecer la motivación necesaria para conseguir la meta final.

En todo caso, solo con la decisión personal de la persona, con su autodeterminación, se podrá alcanzar un cambio significativo y duradero en su comportamiento.

- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist 2,122-147.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1989). *Human Agency in Social Cognitive Theory*. American Psychologist, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1994). *Self-Efficacy*. En V. S. Ramachaudram (Ed.) Encyclopedia of Human Behavior. Vol. 4, 71-81. New York: Academic Press. (Reimpreso en H. Fiedman).
- Bandura, A. (2001). *Encyclopedia of Mental Health*. San diego: Academic Press Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annual Review Psychology, 52, 1-26.
- Duhigg Charles (2012). *El poder de los hábitos*. Urano Ediciones. Barcelona.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*. Psychological Inquiry, 11, 227-268.
- Fiske, S. T. (2002). *Five core social motives, plus or minus five*. En S. J. Spencer, S. Fein, M. P. Zanna y J. Olson (Eds.), *Motivated social perception: The Ontario Symposium* (Vol. 9, pp. 233-246). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Fiske, S. T. (2010). *Social beings. A core motives approach to Social Psychology*. (2ª Ed.) Hoboken: Wiley.
- Folkman S y Lazarus RS (1980). *An analysis of coping in middle aged community sample*. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.
- Froján, P.M. Montaña, F.M. Calero, E.A. et al. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603- 609. <http://www.psicothema.com>.
- González de Rivera y Revuelta, JL. Morera Fumero A. (1983) *La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe*. *Psiquis*; 4 (1): 7-11.
- Latorre Postigo, JM. (1995). *Ciencias Psicosociales aplicadas I*. Editorial Síntesis, S.A. Madrid.
- Latorre Postigo, JM. (1995). *Ciencias Psicosociales aplicadas II*. Editorial Síntesis, S.A. Madrid.
- Kaneman, D. (2015). *Pensar rápido pensar despacio*. Editorial Debate. Barcelona.
- Lazarus RS y Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. 1986.

- Leonard I. Pearlin and Carmi Schooler. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 19, No. 1 (Mar., 1978), pp. 2-21
- Meichenbaum, D. y Turk, D. *Stress, coping, and disease*. En R.W. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress and Psychopathology*. New York: McGraw-Hill.1982. Traducción, 1984. Barcelona: Toray.
- Prochaska, J. DiClemente C. (1982). *Transactional therapy: toward a more integrative model of change*. En: *Psichoterapy: theory, research and practice* 1982; 19:276-288.
- Reynoso Erazo, L. Becerra Gálvez, A.L. *Medicina conductual: teoría y práctica*.2014. Qartuppi, S. de R.L. de C.V. México
- Rizzolatti G., Craighero L., The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*. 2004;27:169-92
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well- being. *American Psychologist*. 2000. 55, 68-78.
- Tarpy, Roger M. (2003). *Aprendizaje: teoría e investigación contemporáneas*. Madrid: McGraw Hill.

CAPÍTULO 2
CÓMO GENERAR EL CAMBIO DE
COMPORTAMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

José Luis Marco Garbayo
Lucrecia Bourgon Baquedano
Isabel Pérez Castelló

La comunicación óptima entre el profesional de la salud y la persona asistida ha de ser bidireccional y efectiva. Más adelante abordaremos estilos y técnicas comunicacionales adecuadas en el ámbito sanitario, pero previamente será necesario conocer los mecanismos que se ponen en marcha dentro de la mente humana y sobre los cuales podremos actuar con el fin de alcanzar el objetivo deseado.

Las conductas de las personas son observables e incluso cuantificables, pero lo que subyace bajo estos comportamientos, así como los mecanismos que se activan para que las personas nos comportemos como lo hacemos, sólo pueden ser intuidos o teorizados.

Actualmente disponemos de algunas teorías que intentan explicar las causas del comportamiento y que a su vez nos sirven para proponer técnicas o actitudes para cambiar estos comportamientos por otros más adecuados. Vamos a describir a continuación algunas de las que han tenido mayor aceptación y las que indefectiblemente se citan en todos los textos y trabajos relacionados con el comportamiento de las personas en relación con la salud.

La Teoría del Aprendizaje Social (TAS) de A. Bandura también conocida como aprendizaje por observación o modelado, intenta dar explicación al modo en el que las personas aprendemos a lo largo de la vida. Esta teoría habitualmente se describe como un puente entre la teoría del aprendizaje tradicional (conductismo) y el enfoque cognitivo. Bandura, a diferencia de Skinner, siempre dio mucha importancia a los factores mentales (cognitivos) en el aprendizaje al considerar a los “aprendices” como sujetos activos capaces de procesar la información que reciben y de valorar la relación que existe entre su comportamiento y las posibles consecuencias. En otras

palabras, esto significa que no necesariamente vamos a imitar todo aquello que vemos, decidiremos qué queremos imitar y que no, al igual que un niño no necesariamente desarrollará conductas agresivas por el simple hecho de ver escenas violentas en casa o en la televisión. Hay pensamientos antes de la imitación que nos permitirán procesar la información que recibimos y también hay mediadores que propiciarán bien la imitación o una determinada respuesta alternativa.

Con esta información ya podemos imaginarnos que las personas vamos adquiriendo comportamientos tras procesos complejos de imitación o experimentación junto con procesos mentales de toma de decisiones racionales, y todo ello aderezado con refuerzos o castigos directamente relacionados con los comportamientos vividos, vistos o imaginados.

Para que un individuo decida cambiar de actitud, pensamiento o comportamiento deberá caer en la cuenta de que aquello que hace le lleva a resultados negativos o menos positivos que otros individuos que realizan un comportamiento distinto al suyo. Pero esto no suele ser tan sencillo.

La TAS incluye entre los factores mediadores el de la atención. Para que un comportamiento sea imitado tiene que captar nuestra atención, despertar de alguna manera nuestro interés y el de nuestras neuronas espejo. En nuestro día a día, todos observamos muchos comportamientos que sin embargo no son dignos de nuestro interés.

En este sentido, simplemente la indicación del profesional de que el comportamiento mostrado por la persona enferma pudiera no ser el adecuado, sirve como mínimo de influencia latente. El comentario experto de que no hacemos lo correcto sirve para generar un conflicto entre lo que hacemos y lo que nos indican como correcto. Este conflicto nos hará prestar atención a otras pautas de actuación o incluso nos incitará a probar el nuevo comportamiento que, si resulta reforzado, servirá de base para iniciar el cambio. Dicho de otra forma, actuamos de una determinada manera porque fue un comportamiento que se reforzó en su día y al imitarlo, decidimos que nos aportaba recompensas o consecuencias favorables. Para que se genere un cambio en el comportamiento es importante que la nueva forma de actuación nos genere lo antes posible resultados positivos que la refuercen.

Por ejemplo, el hábito de comer en exceso puede venir de un sinnúmero de situaciones sociales o familiares donde comer se vio acompañado de momentos muy placenteros, no sólo por el hecho de comer, sino por el entorno y la compañía con la que compartíamos la comida. Si queremos cambiar este hábito por otro donde se disminuya tanto la ingesta de comida como la frecuencia, el nuevo hábito deberá generar otro tipo de placer o satisfacción lo más pronto posible para que sea reforzado y mantenido. Que el hecho de perder peso se acompañe de forma inequívoca de mayor resistencia y flexibilidad, de mayor capacidad para hacer deporte o incluso de menor dolor en las articulaciones, sería un buen reforzante para mantenerse en el empeño.

La TAS se basaba inicialmente en la imitación social como base del aprendizaje, pero fue el propio Bandura quien llegó a la conclusión de que en el aprendizaje concurrían igualmente elementos cognitivos (mentales) como conductuales, esto derivó la TAS hacia la **Teoría Social Cognitiva**, en la que la **AUTOEFICACIA** es el elemento central.

El concepto de autoeficacia, introducido por Bandura, representa el aspecto clave de la Teoría Social Cognitiva. De acuerdo con esta teoría, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento, estando involucradas tres tipos de expectativas:

- **Las expectativas de la situación:** hace referencia a la relación que existe entre el comportamiento y las consecuencias de éste, y a su vez con las circunstancias ambientales donde se produce la acción personal. Es el componente evaluativo que depende de las circunstancias.
- **Las expectativas de resultado:** se refiere a la creencia sobre los resultados que producirá una conducta.
- **Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida:** se refiere a la creencia que tiene la persona de poseer las capacidades para conseguir los resultados deseados.

La autoeficacia sería, por tanto, la creencia que tiene un individuo sobre su capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas y para manejar las situaciones que se nos presentan. De acuerdo a esta teoría, la autoeficacia influye en cómo las personas sienten, piensan y

actúan. Un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo.

Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, en su grado de optimismo o pesimismo, en los planes de actuación que eligen para lograr las metas que se plantean y en su compromiso con estas metas. El concepto de autoeficacia está además íntimamente relacionado con la autoestima, que es el valor que nos damos a nosotros mismos. Lógicamente nos daremos más valor si percibimos que somos capaces de realizar las tareas que se nos presentan día a día.

Los niveles percibidos de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación, así, por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Este tipo de personas tiene una gran seguridad en sus capacidades y consideran las tareas difíciles como retos que han de ser superados, en lugar de visualizarlos como amenazas que deben evitar. De igual forma, ante la posibilidad de fracaso, aumentan y reafirman aún más sus esfuerzos y son capaces de recuperar rápidamente su sensación de eficacia al enfrentarse a ciertos obstáculos, incluso después de haber fracasado.

Por el contrario, las personas que dudan de sus capacidades evitan las tareas difíciles porque se sienten amenazados. Tienen bajas aspiraciones y no se comprometen con las metas que les son establecidas. Al enfrentarse a tareas difíciles suelen centrar su atención hacia sus debilidades personales, los obstáculos que van a encontrar y todo tipo de resultados negativos, no concentrándose en diseñar un plan de acción que les permita alcanzar el éxito. Reducen sus esfuerzos y abandonan pronto su empeño cuando surgen dificultades.

El concepto de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintas áreas de la salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud.

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y son más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, los estudios indican

consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con bajo sentimiento de autoeficacia.

En el ámbito de la salud, se ha visto que existe relación entre el concepto de autoeficacia de los pacientes y el control del dolor crónico. De este modo, se ha identificado que la autoeficacia sería mediadora en el ajuste del dolor de espalda crónico y que estaría relacionada con la aparición del dolor musculoesquelético. Además, las conductas promotoras de la salud inciden, entre otras estrategias, en la realización de ejercicio físico, seguir una dieta saludable y saber manejar el estrés.

De hecho, existe evidencia del uso de la autoeficacia en la práctica, cómo es reportado en las intervenciones oncológicas y en enfermos crónicos de diabetes y artritis reumatoide. Esta evidencia que correlaciona la teoría con la práctica sirve de base y apoyo para el desarrollo de intervenciones que optimicen el logro de cambios conductuales.

Por lo citado anteriormente, se sugiere que la aportación del concepto de autoeficacia y la relación con las conductas de salud a través de la teoría psicológica desarrollada por Bandura, pueden ser incorporadas a la práctica de intervenciones educativas a las personas asistidas.

Y llegados a este punto, sería interesante conocer cómo podemos potenciar la autoeficacia en nuestros pacientes. A continuación, citamos algunas de las maneras de aumentar la autoeficacia:

- **Incrementando los logros personales**

Es la forma más efectiva de incrementar el sentimiento de autoeficacia. El hecho de plantear objetivos menores fácilmente alcanzables, incrementa la sensación de autoeficacia y por lo tanto facilitará que las personas acometan metas superiores posteriormente.

Por el contrario, fracasos reiterados producirán merma en la autoeficacia percibida, lo que producirá una disminución en la capacidad de logro.

Hay que establecer metas atractivas y desafiantes, pero que sean realistas, específicas con plazos definidos y con un plan de acción concreto. Es importante realizar un ejercicio de autoanálisis en el que se determine de manera objetiva tanto las fortalezas como las debilidades, con el propósito de establecer metas que vayan a ser efectivamente alcanzadas.

Definir los objetivos en unidades observables, tratando de expresarlos en términos medibles y cuantificables, incluso aquellos que no pueden medirse fácilmente. Cuanto más cuantificable sea el objetivo, más fácilmente podremos comprobar que está siendo o no alcanzado.

Establecer las metas en términos positivos. Las metas cuya consecución genera valor positivo son más efectivas para incrementar la sensación de autoeficacia.

Celebrar los logros obtenidos siempre, animando al paciente incluso a que se conceda algún capricho y que aprenda a decirse a sí mismo *“¡soy estupendo!; ¡bien hecho!”*.

- **Experiencias de otras personas**

Buscar entre los iguales, modelos con los que el paciente pueda identificarse y que hayan conseguido alcanzar las metas propuestas. El hecho de comprobar que han alcanzado las metas que nosotros pretendemos, incrementa la expectativa de logro personal. *“Si él ha podido, yo también puedo”*.

- **Persuasión verbal**

Consiste en convencer a una persona de que posee las habilidades y capacidades necesarias para desarrollar efectivamente una determinada tarea. Cuando a una persona se la persuade verbalmente, tiende a realizar más esfuerzo y a mantenerlo más tiempo que cuando duda de sí misma.

Las técnicas persuasivas solamente serán efectivas si las valoraciones son realistas y si quien persuade goza de la confianza, credibilidad y prestigio, y no intenta inducir creencias falsas sobre las competencias o capacidades reales, lo cual produciría un desánimo en el individuo al no alcanzar el objetivo deseado.

- **Estado emocional favorable**

Situaciones estresantes y complicadas, generalmente provocan estados emocionales que pueden influir en la forma en que se interpretan las competencias personales. Las personas con elevada sensación de autoeficacia se sienten más satisfechas, optimistas e ilusionadas por la tarea, afectando incluso a su nivel de motivación intrínseca. Para incrementar la sensación de autoeficacia, también ayuda gozar de un estado físico apropiado, reduciendo el estrés y las emociones negativas. Se debe tratar de potenciar el optimismo, el buen humor y moderar las reacciones emocionales ante las dificultades.

Las metas tienden a reflejar los objetivos que la gente desea alcanzar, la autoeficacia lo que la gente piensa que es capaz de conseguir y las expectativas, es lo que cada uno espera de algo o de alguien y que se ha generado en función de diversos factores como la educación, las experiencias previas, las características de personalidad, etc.

Las metas incitan a las personas a realizar un mayor esfuerzo, centrar la atención, desarrollar estrategias y persistir frente al fracaso. Aceptar una meta asignada o establecer una meta para uno mismo, ayuda evitar las distracciones, del mismo modo que ayuda a seleccionar comportamientos más adecuados para su logro y contribuye a la función energizante del esfuerzo.

En el centro de la teoría del establecimiento de metas se encuentra la idea de la acción con propósito, es decir, que habitualmente se seleccionan aquellas metas que se relacionan directamente con la satisfacción de nuestras necesidades. Como se ha indicado anteriormente, las metas específicas son más motivadoras que las generales y a grandes rasgos podemos decir que la mejor meta es aquella que representa un desafío pero que es posible de lograr.

Las metas son intenciones de conducta que canalizan la energía del individuo en ciertas direcciones, cuanto más difícil y específica sea la meta, mayor será la motivación del individuo para conseguirla.

Las metas pueden ser implícitas o explícitas, estar definidas de forma vaga o clara y ser fijadas por uno mismo o sugeridas por otra persona. Sea cual sea su forma, las metas sirven para estructurar el tiempo y el esfuerzo que la persona tendrá que realizar.

Una meta debe ser desafiante pero NO imposible de alcanzar. Una meta debe ser específica, clara y alcanzable, de lo contrario no servirá para dirigir el esfuerzo.

Las teorías del establecimiento de metas y de la autoeficacia no son incompatibles, sino que se complementan. Bandura no incluye la inteligencia ni la personalidad en el modelo que propone, aunque sí acepta que pueden incrementar la autoeficacia. Las personas que son inteligentes, meticolosas y estables emocionalmente, tienen muchas más probabilidades de alcanzar un alto nivel de autoeficacia.

El Modelo de Creencias en Salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en Psicología de la Salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Aunque el número de investigaciones que este modelo sigue generando es considerable, los resultados contradictorios cuestionan su validez explicativa, resaltando la falta de correspondencia encontrada entre las creencias de un sujeto y su comportamiento relacionado con la salud.

Los componentes básicos del Modelo de Creencias en Salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de las personas descansa principalmente sobre dos variables:

1. El valor que el sujeto atribuye a una determinada meta.
2. La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción determinada le permita alcanzar esa meta.

Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud podríamos traducirlas en los siguientes términos:

1. El deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud).
2. La creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

La susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras que percibe el paciente serían las dimensiones que conforman el Modelo de Creencias en Salud.

La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud es una dimensión importante que valora cómo los sujetos perciben la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud. Por un lado, las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.).

Tanto la aceptación de la susceptibilidad personal como de la gravedad de la enfermedad, se consideran en este modelo estímulos suficientes para desencadenar por sí mismos conductas de salud, no obstante, no definen por sí solos el curso particular que dicha conducta puede tomar. Por el contrario, sí dependería de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos. Así, por ejemplo, aunque una persona esté asustada y se sienta amenazada por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico a menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno, asumiendo que las creencias del sujeto respecto a las posibilidades de actuación de que dispone están además influidas por las normas y por las presiones del grupo social al que pertenece.

Otra dimensión del modelo tiene que ver con que determinadas barreras percibidas se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un comportamiento concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado comportamiento como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud, pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud actuarían como barreras que interaccionan con las anteriores dimensiones.

Para entender el resultado final, el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad. Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarán definitivamente como barreras, impidiendo la acción. Si la preparación para actuar es alta y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver excepto que el sujeto disponga de otras opciones alternativas, de igual eficacia, pero con menos barreras o de mayor atractivo. Ahora bien, si no dispone de dichas alternativas, el sujeto puede optar por alejarse psicológicamente del conflicto, llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema, o puede finalmente caer en una crisis de ansiedad que le lleve a no pensar en el problema objetivamente y, en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar

acciones adecuadas para solucionarlo. En conclusión, el modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costes y beneficios para el sujeto, quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costes de tomarla.

Además de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de **claves para la acción** (*cues to action*). En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser internas (por ejemplo, síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.). La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida. Lamentablemente, hay muy pocos estudios fiables que hayan intentado evaluar la contribución relativa de estas claves a la hora de predecir las conductas de salud.

Por último, también se asume que diversas variables demográficas, psicosociales y estructurales, puedan afectar a la percepción del individuo y de esa forma influir indirectamente en sus conductas de salud.

Así pues, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado costosa. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan. A las creencias generales, básicas, señaladas anteriormente, los teóricos que se han ocupado del tema han ido añadiendo condiciones tales como la edad, el sexo, el nivel cultural o el conocimiento sobre la enfermedad, que se conocen en la literatura especializada como variables exógenas y teniendo en cuenta que el campo de aplicabilidad del modelo es muy amplio, cada vez se han ido añadiendo más y más variables exógenas y creencias específicas, lo que ha llevado a algunos autores a plantear si todos los estudios resultantes pueden integrarse en el mismo marco.

En pocas palabras, la evidencia existente en la literatura especializada respecto a que los sujetos dicen conocer lo que hay que hacer, saben cómo hacerlo y, sin embargo, no lo ponen en práctica, hace difícil sostener una relación inequívoca y de carácter causal entre creencias y conductas en el ámbito de la salud.

El Modelo Transteórico de cambio de comportamiento en salud (MT) surge durante los años noventa como una de las propuestas en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La importancia actual del MT está en su ya demostrada capacidad de acelerar la velocidad de los cambios comportamentales en las personas. El MT sigue un proceso de expansión mundial por los resultados positivos que lo apoyan. El término transteórico hace referencia al intento de compendiar todas las demás teorías en un único modelo.

El modelo MT se ha empleado recientemente en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamientos saludables, como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de prácticas deportivas regulares.

El MT está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación y de intención de cambio.

Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que respondan a las necesidades particulares de los individuos. El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio. Las premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación en la práctica del MT indican que:

- Ninguna teoría o modelo responde totalmente a la complejidad explicativa del cambio comportamental.
- El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas.

- Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental.
- La mayoría de las poblaciones de riesgo no están preparadas para actuar y por eso no se benefician de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales.
- Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos.
- La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud pueden experimentar impactos nunca antes registrados, si incorporasen un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción.
- Es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio. Las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo.
- Los comportamientos están dominados de alguna manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol.
- Las intervenciones requieren evolucionar desde un reclutamiento reactivo de participantes a uno proactivo.
- El reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas, así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados.

El MT usa una dimensión temporal, las *etapas de cambio*. El cambio implica un fenómeno que ocurre con relación al tiempo, pero sorprendentemente casi ninguna teoría o modelo incluye al tiempo como factor importante. Por eso ha sido frecuente describir y explicar el cambio comportamental como un evento: dejar de fumar, parar de beber o de comer en demasía.

Etapas de cambio:

- Precontemplación.
- Contemplación.
- Preparación.
- Acción.
- Mantenimiento.
- Terminación.

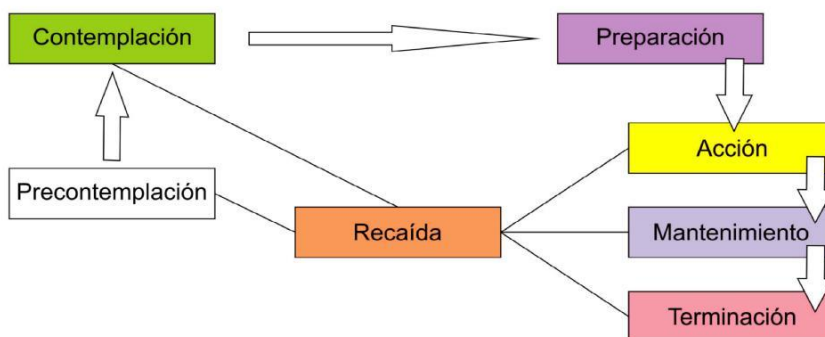


Figura 6.1: Representación de las etapas del cambio del MT.

La **precontemplación** es la etapa en la cual las personas no tienen intención de realizar un cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes seis meses.

Un subgrupo de personas puede permanecer en esta etapa por falta de información sobre las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su comportamiento. Otro subgrupo puede que haya fracasado en intentos previos de cambiar y ahora tengan poca confianza en su capacidad de lograrlo. Es frecuente observar que en ambos subgrupos las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de promoción o educación en salud. Estos programas no involucran a este tipo de personas, por la incoherencia entre los propósitos de las intervenciones y de las necesidades particulares de los individuos.

La **contemplación** es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y potencialmente hará un intento formal de

modificar su comportamiento en los próximos meses. Los contempladores son conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso de los factores contrarios al cambio es aún muy grande. Los contempladores comienzan a considerar el cambio, pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual pueden permanecer por largos períodos de tiempo en esta etapa, contemplando la opción de cambiar hasta durante un plazo de dos años, diciéndose a sí mismos que cambiarán algún día. Los individuos así clasificados tampoco son aptos para los propósitos de programas tradicionales orientados a la acción comportamental.

La **preparación** es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, es decir, en los próximos 30 días. Las personas en preparación, por lo general, ya han tenido experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas tienen un plan para actuar o participar en alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas para los programas de intervención.

La **acción** es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es en esta etapa en la que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionalmente dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

El **mantenimiento** se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Con un período de duración variable (6 meses a 2 años) en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental.

La **terminación** es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras.

Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, efectivas, que las personas usan regularmente para cambiar su comportamiento y, en la perspectiva de intervenciones promotoras de la salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados. Representan los principios básicos que diversos y reconocidos sistemas de psicoterapia señalan como responsables de cambios comportamentales en las personas. Son el elemento básico del MT para ser aplicado en el diseño de programas e intervenciones promotoras de la salud con impactos comportamentales directos e indirectos, puesto que catalizan las transiciones de una etapa a otra cualquiera en la secuencia.

La autoeficacia es la seguridad de ser capaz de enfrentarse a una situación de riesgo sin tener una recaída en un comportamiento indeseado o nocivo para la salud. Este componente del MT es incorporado específicamente de la teoría social cognitiva de Albert Bandura. En el proceso de cambio, la autoeficacia demostró ser un factor predictor altamente confiable de la progresión en las etapas de acción y mantenimiento. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta linealmente y los niveles de tentación disminuyen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. En consecuencia, en lugar de hablar de una vida sana sería más correcto hablar de un estilo de vida saludable del que forman parte la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social. La importancia que tiene el estilo de vida desde el punto de vista de la salud se entiende rápidamente cuando se describen los tres motivos de muerte más frecuente en la actualidad: enfermedad cardiovascular, accidente de tráfico y cáncer.

Los hábitos de salud son conductas que vienen determinadas de forma multifactorial, muy arraigadas en el arsenal conductual de las personas y que son muy difíciles de modificar. En la medida en que la forma de vivir condiciona la salud de las personas, el estilo de vida se

convierte en objeto de interés de la medicina social y de las ciencias psicosociales.

Si entendemos que nuestros hábitos son fruto de nuestro aprendizaje y que nuestro comportamiento tiene un propósito, también será lógico intuir que nuestro estilo de vida se corresponde con comportamientos voluntarios y por lo tanto modificables. No debemos olvidar que al comportarnos como seres sociales también estamos sometidos a condicionantes externos de tipo social. Desde el entorno más íntimo o familiar, al más externo o sociocultural, nuestros comportamientos estarán condicionados en mayor o menor medida por factores externos al individuo.

Las intervenciones médicas encaminadas a modificar comportamientos no saludables que se instauren desde una perspectiva exclusivamente biológica estarán avocadas al fracaso. Los comportamientos se encuentran enclavados en un contexto psicológico y social que han de ser convenientemente contextualizados para alcanzar el éxito duradero final desde el punto de vista del comportamiento.

Este modelo biopsicosocial nos sugiere una situación compleja multifactorial que ha de ser atendida en su conjunto y no sólo en parte. Actualmente sabemos que los factores psicosociales están estrechamente relacionados con comportamientos vinculados con la enfermedad, como en el caso de la patología cardiovascular. De igual forma, los estilos de afrontamiento adoptados por los pacientes cuando ya se encuentran en la situación patológica, van a estar muy condicionados por su contexto sociocultural.

El estilo de vida desempeña un papel primordial tanto en el mantenimiento de la salud como en la convivencia con la enfermedad crónica y el afrontamiento con el que se encare la misma.

Nuestra vida motivada por metas nos puede llevar a situaciones en las que se enfrenten nuestros objetivos de salud con nuestros propios objetivos vitales, es decir, una meta vital que consista en vivir experiencias de riesgo se contraponen a una meta recomendada por criterios de salud. Dos ejemplos en los que sí coinciden los objetivos en salud con los objetivos vitales podrían ser el de una persona que lleva una dieta sana (medio), para poder desarrollar su deporte favorito (meta), o el de una persona que deja de fumar (medio), para prevenir una enfermedad (meta).

De hecho, podemos categorizar a las personas a tenor de cómo orientan su comportamiento en dirección a metas: las que actúan en dirección a (ir hacia...) y las que actúan para evitar que (alejarse de...).

Las personas con patrón de comportamiento dirigido hacia la consecución de metas se motivan por el afán de logro y en el ámbito de la salud serían aquellas que se motivan para promocionar su salud. Por contra, aquellas cuyo motivo de comportamiento es el de evitación se verán impulsadas por metas del tipo prevenir la enfermedad.

Sería la diferencia entre aquellos que buscan la satisfacción del logro alcanzando una cumbre montañosa de alta dificultad y aquellos que cuyo comportamiento se ve justificado por la necesidad preventiva de evitar el riesgo de accidente.

Estas dos tipologías han de ser reconocidas para potenciar conductas saludables desde sus propios esquemas de comportamiento, dado que unos verán el hecho de dejar de fumar como un paso hacia la mejora de la salud y otros como un paso para alejarse de la enfermedad.

Un modelo también muy interesante propuesto por Janis es la **Teoría del Conflicto**. Esta teoría explica el proceso de toma de decisiones tanto desde el punto de vista racional como irracional (consciente y subconsciente).

Así, cuando una persona percibe que una situación vital amenaza su estilo de vida, pasa por cinco estadios hasta llegar a la toma de decisiones:

- **Valoración:** se evalúa el riesgo percibido de la situación. Si es elevado, se pasa a la etapa siguiente.
- **Consideración de alternativas:** se supera esta fase cuando la persona considera que ha valorado todas las alternativas posibles.
- **Evaluación de las alternativas:** se considera qué alternativa es la más conveniente.
- **Compromiso:** la persona se compromete con la decisión.

- **Mantenimiento:** una vez comprometido con la decisión e iniciada la acción, se suele ser coherente, aunque se produzca *feedback* negativo (principio de coherencia).

La **Teoría del Conflicto** sugiere que todas las personas sufrimos estrés cuando tenemos que tomar decisiones vinculadas con nuestra salud. La forma en la que tomamos estas decisiones es parte de nuestro estilo de vida.

En este momento volvemos a categorizar a las personas en dos grupos a tenor de lo que se conoce como **locus de control**. Esta clasificación se basa en dónde considera el individuo que se localiza el control de los acontecimientos:

- ⇒ **Locus de control interno:** personas que se perciben como controladoras de la situación. Piensan que sus decisiones y actos modulan los acontecimientos.
- ⇒ **Locus de control externo:** personas que sienten que los acontecimientos están fuera de su control y que aquello que puedan hacer no supondrá cambio en los acontecimientos.

Aquellas personas con locus de control interno serán más proclives a seguir comportamientos saludables, tanto más, cuanto mayor valor le den a la salud.

El ser humano incorpora hábitos y costumbres a través del aprendizaje. Por tanto, cambiar nuestra forma de actuar para adecuarnos a patrones de comportamiento saludables requiere no sólo de planteamientos de aprendizaje clásico, sino también de aprendizaje racional (cognitivo).

El enfoque cognitivo-conductual del aprendizaje viene a abordar el complejo sistema de aprendizaje que caracteriza a los humanos y en el que basamos nuestro aprendizaje sobre el mundo y sobre el que basamos nuestra conducta.

Las técnicas utilizadas para conseguir que las personas adecúen sus comportamientos a aquellos reconocidos como saludables o recomendables para convivir con la enfermedad son variadas, algunas

basadas en el aprendizaje clásico y otras en la visión cognitiva (razonamiento del cambio).

El profesional sanitario que pretenda ser eficiente en el proceso de influencia o persuasión, habrá de manejar distintas técnicas para poner en práctica aquella más efectiva o un conjunto de ellas, según la situación.

La autoobservación

La autoobservación consiste en plantear al paciente que atienda a su propia conducta y que sea consciente de ella. Para ello puede utilizarse algún sistema de registro en el que anotar aquellos comportamientos que en principio pudieran ser no deseables en el estado actual de la situación clínica. El procedimiento requiere de atención tanto al comportamiento en sí como a los factores externos que conducen o concurren con la conducta, frecuencia y duración.

Las técnicas de autoobservación favorecen el autocontrol de la persona. Es una forma de conseguir que el paciente se implique en el cambio propuesto, desde su perspectiva y con motivación personal.

Condicionamiento clásico

La utilización de disulfiram para la deshabituación alcohólica se basa en los principios del condicionamiento clásico.

Beber alcohol (estímulo incondicionado) me produce placer (estímulo condicionado), luego bebo para conseguir placer. Si cuando bebo (estímulo incondicionado), siento náuseas y vómitos (por el disulfiram) dejo de percibir el beber como un estímulo positivo.

Condicionamiento instrumental

El mecanismo es sencillo. Cuando el sujeto hace algo que le produce un resultado positivo tiende a repetirlo. Por el contrario, cuando la conducta es castigada disminuye la probabilidad de repetirse.

Muchas conductas higiénicas o de salud se generan mediante aprendizaje de este tipo. Los hábitos alimentarios que llevan a la sobrealimentación se refuerzan por factores adyacentes al hecho de saborear una buena y abundante comida. El entorno social y cultural

en el que se producen ciertas comidas son reforzadores del hecho de comer en exceso.

Una actuación sobre los factores adyacentes es importante para disminuir el refuerzo que se recibe de forma externa. Para ello hay que buscar reforzadores alternativos que favorezcan el comportamiento propuesto.

Condicionamiento encubierto o virtual

Ya hemos comentado que las personas vivimos en nuestro mundo imaginario. Nuestro cerebro genera imágenes virtuales de los acontecimientos que ocurren o que pueden ocurrir. El cerebro está dentro de una caja oscura y sin embargo ve las cosas en color y percibe sonidos en alta fidelidad. Al cerebro le da igual recibir información real que imaginársela.

El condicionamiento encubierto se basa en provocar en la imaginación situaciones posibles, aunque no reales. Al cerebro estas imágenes le provocarán el mismo condicionamiento que si el hecho hubiera ocurrido realmente. Estamos hablando de la evocación.

Imagínese que...

El hecho de que seamos capaces de vivenciar situaciones en nuestra imaginación ofrece un sinfín de posibilidades para reforzar cambios de comportamiento o de pensamiento. **Vamos a imaginarnos que...**

F: FARMACÉUTICO.

P: PACIENTE.

F: ¿Cómo estás Vicente? Me alegro de verte tan bien. Has perdido peso, ¿no? Eso es que te está sentando bien salir a andar con el grupo que me comentaste. El otro día estuve pensando en aquello que me dijiste sobre...y pensé que tienes mucha razón, de todos los pacientes que conozco eres el que más claro lo tiene.

Acción: me importas (integración grupal), me acuerdo de ti y de tus cosas (integración), valoro tus opiniones luego te valoro a ti (diferenciación o potenciación personal).

Reacción del paciente: me siente cercano y de su grupo (favoritismo grupal), se siente valorado y bien gracias a mí (principio de reciprocidad).

P: Pues sí, estoy saliendo con el grupo de senderismo que te comenté y me siento mejor.

F: ¿Cómo vas con el tema del tabaco?

P: Me está costando, pero he rebajado el consumo a dos cigarrillos al día.

F: Eso está muy bien. Es difícil dejar de fumar, pero sé que sabes que merece la pena. Los que lo han conseguido han mejorado muchísimo el control de la enfermedad, es espectacular la mejoría que se consigue (evocación de meta).

P: Ya, pero es difícil.

F: ¿Te puedo ayudar de alguna manera con eso? (principio de autogestión). Aún recuerdo como conseguiste cambiar tu hábito con la dieta, espectacular, muy pocos lo consiguen (potenciación de la autoeficacia).

P: Gracias, voy a seguir a mi marcha a ver si avanzo...

F: ¿Sabes que vamos a empezar con un tratamiento nuevo? ¿Sí?

P: Sí, es un medicamento biológico ¿no?

F: Exacto. ¿Quieres que te aclare alguna duda sobre el tratamiento o te explico directamente cómo funciona? Se trata de un medicamento muy efectivo que está funcionando muy bien. Es sensible al calor y lo tendrás que conservar en casa. Te vamos a facilitar un dispositivo para que controles la temperatura, porque sabemos que eres un paciente muy comprometido con tu tratamiento y siempre pones todo de tu parte para que sea un éxito (principio de reciprocidad).

P: Estoy seguro de que va a ir muy bien. Hasta ahora todo lo que he ido probando ha mejorado mi salud (locus de control interno).

F: Eso es verdad, contigo todo funciona. Pero eso es porque eres muy responsable y sabes que en tus manos está mejorar tu salud (autoeficacia).

- Ajzen, I. y Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior.1980. Londres: Prentice Hall International.
- Ajzen, I. From intentions to action: a theory of planned behavior. En J. Kull y J. Beckmann (eds.), Action control from cognition to behavior.1985. Alemania: Springer-Verlog.
- Ajzen, I. y Maden, J.T. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. Journal of Experimental Social Psychology. 1986; 22, 453-474.
- Ajzen, I. y Timko, C. Correspondence between health attitudes and behavior. Basic and applied social psychology. 1986; 7(4), 259-276.
- Baker S. & Kirsch I. Cognitive Mediators of pain perception and tolerance. Journal of Personality and Social Psychology. 1991, 61 (3), 504-51.
- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*.1977; 84(2), 191 -215.
- Bandura, A. Self- efficacy mechanism in human agency. American Psychologist. 1982; 2:122-147.
- Bray, S.; Gyurcsik, N.; Culos- Reed, S.; Dawson, K. & Martin, K. An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. Journal of Health Psychology. 2001. 6(4) 425-434.
- Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2000; 18 (2): 129-138.
- Cialdini, R. B. (2001). Influence: Science and practice (4th Ed.). Boston: Allyn & Baco.
- Choi, N. Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. The Journal of Psychology. 2004. 138, 149-159.
- Fiske, S. T. Social beings. A core motives approach to Social Psychology (2ª Ed.). 2010. Hoboken: Wile.
- Forsyth, A. & Carey, M. Measuring Self-Efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. Health Psychology. 1998. 17 (6) 559-568.
- Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio. 2015. Ed. Debate. (1995).
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. Self -efficacy and behavior among older adults. Journal of Health and Social Behavior.1993. 34, 89-104.
- Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. 2001. Evaluar, <http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm>.
- Haas, B.K. Focus on health promotion: self- efficacy on oncology nursing research and practice. Oncology Nursing Forum. 2000. 27, 89-97.

- Pastorelli, C; Caprara, G.; Barbaranelli, C; Rola, J.; Rozsa, S. & Bandura, A. The structure of children's perceived self-efficacy: A cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment*. 2001.17 (2) 87-97.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992; 47(9), 1102-1114.
- Rapley, P. & Fruin, D. Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *International Journal of Nursing Practice*. 1999. 5 (4) 209-215
- Reid, M.; Williams, Ch. & Gill, T. The relationship between psychological factors and disabling musculoskeletal pain in community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003. 51, 1092-1098.
- Ryan R M, Deci E L. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. January 2000. *American Psychologist*. Vol. 55, No. 1, 68-78
- Rimal, R. Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology*. 2001. 6(1) 31-46.
- Rokke, P.; Fleming-Ficek, S.; Siemens, N. & H. Hegstad. Self-efficacy and choice of coping strategies for tolerating acute pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 2004. 27 (4) 343-360.
- Shelley, M. & Pakenham, K. External health locus of control and general self-efficacy: Moderators of emotional distress among university students. *Australian Journal of Psychology*. 2004. 56 (3), 191-199.
- Sniehotta, R; Scholz, U. & Schwarzer, R. Bridging the intention-behaviour gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology of Health*. 2005. 20 (2), 143-160.
- Wiendenfeld, S.; O'Leary, A.; Bandura, A.; Brown, S.; Levine, S. & Raska, K. Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990. 59, 1082-1094.
- Woby, S.; Watson, P.; Roach, N. & Urmston, M. Coping strategy use: Does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005; 37: 100-107.
- Wu, A. M. S.; Tang, C.S.K. & Kwok, T.C.Y. Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health*, 8(1), 21-28.

- Holloway, A. & Watson, H. Role of self-efficacy and behaviour change. *International Journal of Nursing Practice*. 2002. 8,106-115.
- Janis, I. The patient as decision maker. Gentry,WD ed. *Handbook of behavioral medicine*. Guilford. New York, 1984.
- Kals, E. y Montada, L. Health behavior: An interlocking personal and social task. *Journal of Health Psychology*.2001.18, 281-287.
- Kear, M. Concept Analysis of Self-Efficacy. *Graduate Research in Nursing*, 2000. <http://graduateresearch.com/Kear.htm>
- Klein-Hessling, J.; Lohaus, A. & Ball, J. Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine*. 2005. 10 (1) 31-43.
- Latorre Postigo, JM. *Ciencias Psicosociales aplicadas II*. Ed Síntesis. 1995. Madrid.
- Lazarus,RS. Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Martinez Roca. Barcelona, 1986.
- Litt, M. (1998). Self- efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (1), 149-160.
- Luszczynska, A.; Gibbons, F.; Piko, B. & Tekozel, M. Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*. 2004. 19, 577-593.
- Luszczynska, A.; Scholz, U. & Schwarzer, R. The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*. 2005. 139 (5), 439-457.
- MacLean, P. D. *The Triune Brain in Evolution: role in Paleocerebral Function*, New York, Plenum Press, 1990.
- Marcus, B.; Eaton, C; Rossi, J. & Harlow, L. Self-efficacy, decision making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*. 1994. 24, 489-508.
- McAuley, E.; Talbot, H. & Martínez, S. Manipulating self-efficacy in the exercise environment in women: Influences on affective responses. *Health Psychology*. 1999. 18, 288-294.
- Michael Beer, (2004) *Como convencer a los demás: el sencillo arte de la persuasión*. Obelisco.
- Moon L.B. & J. Baker. Relationship among self -efficacy, outcome expectancy, and postoperative behaviours in total joint replacement patients. 2000. *Orthopedic Nursing*, 19, 77-85.
- Moreno, E; Gil Roales-Nieto, J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003. 3 (1) 91-109.

CAPÍTULO 3
COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL PACIENTE

Lucrecia Bourgon Baquedano
José Luis Marco Garbayo
Manuel Koninckx Cañada

Tanto la comunicación como la relación con el paciente son elementos básicos de las profesiones de orientación sanitaria, de hecho, no es extraño que cualquier profesional en su día a día mantenga desde una conversación banal con un paciente hasta que le realice preguntas sobre su estado de salud, tolerancia a la medicación, hábitos higiénico-sanitarios etc...

En la actualidad, la comunicación y la relación con el paciente se pueden entender como un proceso interactivo entre los distintos profesionales de la salud y la persona, familia o grupo, donde es sabido que cobra vital importancia la relación que se establece entre las dos partes implicadas. Podríamos decir, por tanto, que se establece entre el paciente y el profesional una relación con fines terapéuticos que también podría denominarse de ayuda.

Esta relación de ayuda se define según Cibanal como un intercambio humano y personal entre dos personas, por un lado, el profesional de la salud, que captará las necesidades del otro, el paciente, con el fin de ayudarlo a percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual. Esta relación se establece a través del diálogo y de la escucha, por lo que será de vital importancia que dicho profesional sepa comunicarse adecuadamente, así como entablar una relación acertada dentro de cada contexto. Gran parte del éxito de su trabajo radicará en disponer de las necesarias habilidades comunicacionales.

No obstante, no es un secreto que una de las quejas más habituales entre los usuarios de los servicios sanitarios es la dificultad que encuentran a la hora de comunicarse y relacionarse con los profesionales que los atienden. Obviamente, este hecho repercute también en los propios profesionales, que observan cómo no dominan una variable tan importante en su trabajo como es la comunicación interpersonal, y que además este hecho influye en la calidad de los cuidados prestados y en los resultados en salud. De hecho, y más

alarmante aún es la sensación que tienen muchos profesionales de que el paciente no entiende la información que se les proporciona.

Por todo ello es imprescindible una adecuada comunicación y relación entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias, para obtener unos resultados en salud adecuados.

Los profesionales de la salud deben favorecer la creación de una relación interpersonal adecuada con el paciente al que atienden, de manera que éste pueda expresarse libremente y verbalizar tanto sus dudas como temores. Esta relación interpersonal debe estar basada en una comunicación positiva, eficaz y empática.

Para que se produzca una comunicación eficaz el profesional debe aprender a *observar*, *escuchar* y *aceptar*, tanto los sentimientos y pensamientos propios como los del paciente, que son los elementos clave para que se dé este tipo de comunicación.

Cibanal y Arce describen la *observación* como el arte de saber concentrarse, estar presente y excluir otra preocupación momentánea, con el objeto de comprender la situación. Esto incluye prestar atención, saber mirar y ser discreto al hacer las observaciones.

Saber escuchar es prestar atención, analizar y comprender la información que el otro nos está transmitiendo, tanto a nivel verbal como no verbal.

Las características de una escucha eficaz serían por tanto las siguientes:

- *Empatía*. Se trata de ponerse en el lugar del paciente y tratar de percibir el mundo tal y como él lo hace. Es una habilidad tanto cognitiva como emocional que se va desarrollando paulatinamente a lo largo de la vida, en la que un individuo es capaz de ponerse en la situación emocional del otro y así comprender su conducta y sus sentimientos, a la vez que se transmite esta comprensión.
- *Aceptación del otro*. Se produce cuando respetamos y aceptamos al paciente tal y cómo es, reconociéndolo como una persona valiosa, evitando realizar valoraciones críticas, morales o éticas acerca de sus opiniones o decisiones y sobre su forma de ser o sentir.

La manera que tendremos de demostrar al paciente nuestra aceptación total como profesionales de la salud será cuando dediquemos tiempo suficiente a escuchar a nuestros pacientes, brindándoles una atención personalizada y valorándolos como personas capaces, con cualidades y recursos para enfrentarse a sus procesos. Sólo de esta forma se podrá establecer una actitud de respeto hacia la libertad del paciente y su derecho a tomar las decisiones que considere más adecuadas respecto a su salud, una vez ha sido debidamente informado.

- *Autenticidad.* A través de la comunicación no verbal acostumbramos a mostrarnos tal y como somos. Para resultar auténticos daremos respuestas congruentes con los sentimientos de nuestros pacientes, mostraremos una actitud abierta frente a sus actitudes poniéndonos a su mismo nivel. Será muy importante no mantenernos a la defensiva cuando el paciente nos manifieste sus sentimientos o temores, aceptándolos y entendiéndolos, sin sentirnos amenazados emocionalmente por los sentimientos que nos está comunicando.

En resumen, como profesionales de la salud ayudaremos realmente a nuestros pacientes cuando seamos capaces de establecer una comunicación empática con ellos, en la que aceptemos y permitamos que los pacientes expresen sus sentimientos y pensamientos de manera confiada, respetándolos como personas, manifestándoles respeto y animándolos a ser ellos mismos mientras potenciamos sus capacidades.

Los inconvenientes de no obtener una comunicación efectiva con el paciente pueden ser:

- El enfermo asuma una actitud pasiva, en la que se encierre en sí mismo y se vuelva menos comunicativo, colaborando menos en su proceso de recuperación.
- Aumente el temor y la ansiedad del paciente respecto a su enfermedad, lo que repercuta negativamente en su restablecimiento.
- Los profesionales se guíen más por su intuición que por el conocimiento real de la situación, lo que provoca que se muestren más inseguros.
- Los pacientes no sigan de forma total las prescripciones o recomendaciones que reciben.

3.

Entre los distintos factores que intervienen en el establecimiento de una relación interpersonal destacan la percepción interpersonal (en la que estaría incluida la percepción de uno mismo, de los demás y de la situación) y las características del contexto donde se desarrolla la comunicación.

a) Autoconcepto

La imagen que tiene una persona sobre sí misma es uno de los factores que más influyen a la hora de establecer una relación de ayuda. Es por tanto de gran importancia que el profesional de la salud desarrolle habilidades para comprender cómo se percibe a sí mismo su paciente y a su situación. Por otro lado, esta imagen se pone en peligro siempre que se establece una relación interpersonal.

Del mismo modo, también ejerce una gran influencia en el establecimiento de este tipo de relación la imagen que tiene sobre sí mismo el profesional de la salud y más concretamente, en las áreas relacionadas con su competencia profesional, poder e intimidad.

A continuación, se señalan algunas de las actitudes del profesional sanitario que pueden influir negativamente en el establecimiento de una correcta interacción terapéutica.

COMPETENCIA PERSONAL	PODER	INTIMIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de inadecuación • Miedo al éxito • Miedo al fracaso 	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia • Control • Pasividad • Dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación o rechazo muy penosos

CUADRO 3.1: Actitudes que influyen negativamente en la interacción terapéutica (Rojí, 1987)

La comunicación interpersonal puede verse afectada por el temor del paciente a poner de manifiesto su ignorancia o su incompetencia. Las personas son muy sensibles a la opinión de los otros, se encuentran motivadas para dar una buena impresión y ser consideradas como personas competentes. Será crucial crear un ambiente cómodo y de confianza para el paciente, donde no se sienta juzgado y sí valorado y respetado, de forma que pueda expresar sus dudas e inquietudes.

Los estudios realizados por Seligman sobre la indefensión aprendida apoyan la idea de que la gente responde al fracaso tratando de evitar que los demás lleguen a la conclusión de que el fracaso se debe a su falta de comprensión. Un aspecto clave de la percepción que tiene el paciente sobre su credibilidad es que se le considere capaz de realizar tareas difíciles, defendiéndose de aquellas situaciones que puedan empañar su imagen de competencia.

Esto explicaría el porqué, en muchas ocasiones, los pacientes muestran temor a la hora de preguntar cuando no han entendido alguna de las explicaciones, así como a expresar sus ideas, temores y dudas.

b) Concepto de los demás

La imagen que tenemos de los demás está basada, en parte, en lo que cada uno esperamos de ellos cuando nos relacionamos e interaccionamos. En el ámbito terapéutico, el profesional de la salud y el paciente basan sus expectativas, por un lado, en las experiencias vividas previamente en situaciones similares, así como en las experiencias que ambos comparten con los grupos sociales a los que pertenecen.

Puede darse la situación de que las expectativas del profesional de la salud y del paciente no coincidan, en cuyo caso, las relaciones se vuelven tensas y pueden dar lugar a conflictos. Por ello, el profesional debe estar entrenado para evaluar la posible discrepancia entre ambas expectativas y si es el caso, establecer las medidas adecuadas para su modificación.

En muchas ocasiones, los pacientes se quejan a sus familiares y amigos sobre los profesionales de la salud que los atienden, sin embargo, no comunican a éstos sus dudas, preocupaciones o temores acerca de su enfermedad o de los cuidados que necesitan. Esto se debe

en parte a las creencias que tienen sobre estos profesionales y que Peitchinis, resume en:

Percepción de que existe escasez de personal.

Los profesionales sanitarios están sobrecargados de trabajo en general.

Se espera de ellos que sean “buenos pacientes”, poco exigentes e independientes, con alta predisposición a colaborar.

Precisamente la creencia de que deben comportarse como “buenos pacientes” es lo que les convierte en individuos que no reivindican sus dudas y quejas, así como su derecho a la información, comunicación y participación en sus propios cuidados.

c) Influencia del entorno

Un elemento también de gran relevancia es el contexto donde se desarrolla la interacción, capaz de entorpecer o favorecer la relación entre el profesional y el paciente. Gran parte de las dificultades que encuentra el profesional en la comunicación con el paciente se relaciona con la organización del hospital, tanto en el sentido físico como en el relacional. Hoy en día se ha invertido mucho esfuerzo y recursos en obtener hospitales y centros sanitarios dotados con alta tecnología para el cuidado del paciente, sin embargo, se ha descuidado el diseño de los ambientes de trabajo, de forma que se favorezca en ellos la comunicación directa y relajada.

En muchas ocasiones, el fracaso de la comunicación viene determinado por:

- Características físicas u organizativas del centro asistencial:
 - Dificultad a la hora de establecer una comunicación directa y con intimidad entre el profesional y el paciente, al no disponer de espacios adecuados (consultas masificadas y de espacio reducido, habitaciones compartidas, etc.).
 - La excesiva rotación del personal en los centros sanitarios provoca confusión en el paciente, además de dificultar el seguimiento y la confianza que éste deposita en el profesional.

- Muchos profesionales de la salud manifiestan que no pueden dedicarle el tiempo suficiente al paciente debido a la escasez de personal, lo que perjudica la comunicación personalizada e individualizada.
- El mantenimiento de una comunicación positiva y adecuada entre los miembros del equipo sanitario repercute directamente en la calidad asistencial. No obstante, tal y como señala Peitchinis, es frecuente que los miembros de estos equipos se comuniquen sólo con otros de su mismo nivel, es decir médicos con médicos, farmacéuticos con farmacéuticos, etc. sin producirse una verdadera comunicación interdisciplinar, imprescindible para atender a todas las necesidades del paciente.
- La presión a la que se ven sometidos los distintos profesionales sanitarios para la consecución de los resultados de asistencia y curación prefijados.

4.

El lenguaje es el instrumento natural de comunicación entre las personas. La comunicación verbal es el medio a través del cual los profesionales de la salud y los pacientes establecen un marco de entendimiento y comprensión.

Los pacientes buscan la satisfacción de sus necesidades y el apoyo de los profesionales a través de las palabras. También son éstas las que emplean para realizar sus descripciones clínicas, que paralelamente el profesional de la salud deberá interpretar y trasladar a un lenguaje técnico para su examen.

Los profesionales de la salud emplearán las palabras para:

Establecer una relación con el paciente.

Obtener información acerca del paciente, de su situación o de sus progresos.

Para orientar o dar instrucciones al paciente o a sus familiares.

Transmitir información a otro profesional sanitario o personal de apoyo.

Para realizar todas estas actividades es necesario utilizar un lenguaje directo y no excesivamente técnico que facilite la comprensión y la comunicación. Es de gran importancia “hablar el mismo idioma” que el paciente, ponerse en su lugar, hablarle, transmitirle la información o explicarle las instrucciones de forma comprensible para él, acorde a su edad, situación social, nivel de conocimiento, etc. De este modo, una misma explicación se podría dar de diferentes maneras en función del perfil de paciente al que nos estemos enfrentando, adaptándonos a sus características biopsicosociales.

Una de las causas por las que un paciente no sigue las instrucciones o recomendaciones que se le han dado es debido a que no hubo una buena comunicación verbal con el profesional de la salud que le atendió. Como se ha indicado anteriormente en el estudio Robledo, Rodríguez y Prado, el 85% de los profesionales de enfermería opinaban que sus pacientes no entendían adecuadamente sus explicaciones y el 63% de éstos opinaban que el motivo había sido la ausencia de explicaciones adecuadas al paciente a lo largo del proceso de su enfermedad.

Debe tenerse precaución a la hora de emplear un vocabulario descriptivo, ya que, aunque entre los profesionales de la salud es de gran utilidad, en muchas ocasiones es necesario simplificarlo a un lenguaje más accesible y con términos más comprensibles para el paciente o familiares. Es responsabilidad del profesional de la salud que se establezca una adecuada interacción verbal con el paciente.

Para obtener una comunicación eficaz es de gran importancia hablar con claridad, no emplear frases muy largas pero sí bien construidas, con un tono y volumen de voz apropiados. De hecho, podríamos resumir que el éxito de una comunicación verbal radica en los siguientes factores:

- La forma cómo es explicado el material al paciente, el vocabulario empleado, la claridad de la voz y la organización de las frases.
- El tono y volumen de su voz.
- La actitud del que habla.

- El grado de poder del que habla y la capacidad de entendimiento y comprensión del que escucha.

Por ello el profesional sanitario debe procurar que su comunicación sea efectiva, que sus instrucciones sean recibidas de forma que los pacientes sigan sus orientaciones y recomendaciones.

La actitud del profesional que escucha debe ser empática y cálida, a la vez que atenta, analítica y directiva, prestando atención a los mensajes de contenido verbal pero también a aquellos de contenido no verbal, que también pueden aportar una valiosa información.

Consejos para conseguir una comunicación efectiva:

- Permitir que el paciente se exprese libremente, favoreciendo que transmita sensaciones y sentimientos. No caer en el error de co-rregirlo.
- Dar la misma importancia a las palabras que a los gestos. En ocasiones un gesto arroja mucha información.
- Evitar hacer juicios críticos sobre la información que se está recibiendo.
- No presuponer lo que el paciente quiere decir. Hacer preguntas si es necesario ampliar la información.
- No sacar conclusiones precipitadas.

5.

Como ya se ha indicado anteriormente, el profesional sanitario deberá prestar atención a la comunicación verbal y no verbal que su paciente y él se expresan mutuamente en su relación interpersonal. Tal y como señala Rojí, diversas investigaciones arrojan que en gran medida depende de la conducta no verbal del profesional de la salud que el paciente lo perciba como el experto que puede ayudarlo, pero también influirá sobre el grado de colaboración que el paciente tendrá con su tratamiento.

La comunicación no verbal es el vehículo a través del cual se transmiten emociones y sentimientos, es un tipo de comunicación espontánea y sincera. También es de gran importancia a la hora de definir la relación entre los interlocutores, al contribuir a clarificar o contradecir la comunicación verbal. El profesional de la salud deberá aprender a manejar su comunicación no verbal de forma efectiva, así

como a reconocer el efecto e interpretación que el paciente da a esta comunicación.

La comunicación no verbal se expresa fundamentalmente a través de la gesticulación facial, el movimiento de las manos, el tono y el volumen de voz, el tacto, los movimientos del cuerpo, el aspecto físico y la altura.

Significado de conductas no verbales e influencia en el proceso de interacción:

- *Tono y volumen de la voz.* Son las cualidades que más influyen en el significado de las palabras. Dependiendo del tono de voz que empleemos cuando decimos una frase del tipo “no estoy enfadado” puede tener el significado opuesto, al igual que una persona enfadada puede expresar su estado simplemente elevando su voz, independientemente del contenido literal de lo que expresa verbalmente.
- *Expresión facial.* A través de ella se expresa la actitud hacia el interlocutor. Una sonrisa es percibida como sinónimo de calidez, simpatía e ideas positivas. La actitud de mantener la mirada hacia el interlocutor, expresa interés y deseo de comunicación mientras que lo contrario, desinterés e incluso embarazo por el tema que se está tratando.
- *Expresión corporal.* El movimiento de las manos, los gestos y las posturas expresan lo que se está sintiendo. A través de ellos podemos establecer una relación positiva con la otra persona. Si la postura del profesional sanitario es relajada, denotará que se siente cómodo en esa situación, mientras que, si mantiene una actitud de tensión corporal, observable en las manos o rigidez en el cuerpo, puede provocar rechazo de la relación por parte del paciente.
- *Tacto.* El paciente se siente acogido cuando le damos un apretón de manos, le ponemos la mano sobre el hombro o se le sujeta el brazo para expresarle comprensión o nuestro apoyo cuando el paciente está preocupado o triste.

La comunicación no verbal tiene como fin la de clarificar o contradecir el discurso emitido a través de la comunicación verbal y se emplea siempre y cuando se establece una comunicación entre dos

personas. El profesional sanitario debe emplear este tipo de comunicación de manera consciente en muchas ocasiones y saber dominarlo, de manera que apoye el objetivo que ha establecido previamente para lograr una comunicación efectiva, teniendo en cuenta que el significado de una comunicación no verbal puede variar entre individuos y verse también influenciada por la cultura del interlocutor.

La comunicación no verbal es una metacomunicación, no obstante, existen otros tipos de comunicación no verbal que también puede emplear un profesional sanitario:

Otros tipos de comunicación no verbal:

- *Modelado*. Cuando el profesional realiza una representación práctica de las actividades que se han explicado y sirve como complemento de las instrucciones verbales. Es conveniente que el paciente repita la demostración para asegurarse de que ha sido aprendida.
- *Pantomima o mimo*. Puede considerarse como una forma exagerada de metacomunicación. Son dramatizaciones de una situación particular, como realizar una sonrisa muy amplia o abrir mucho los ojos para expresar aprobación. Este tipo de comunicación nunca debe suplir la comunicación verbal, no obstante, puede ser un buen complemento de la comunicación. Es de gran importancia observar al interlocutor cuando se emplea este tipo de comunicación (postura, expresión de la cara, movimiento de los labios...) para comprobar si su uso es beneficioso o no, puesto que algunas personas pueden sentirse molestas por sentirse consideradas como poco dotadas intelectualmente o que están siendo objeto de burla.

En varias ocasiones el mimo o la demostración pueden ser el modo más efectivo de la comunicación, sin embargo, en la mayoría de ocasiones es un complemento a la comunicación verbal.

A modo de conclusión, podemos resumir que el profesional sanitario deberá desarrollar habilidades para conocer los indicadores no verbales de los pacientes. Así mismo, deberá desarrollar habilidades sociales para ser capaz de expresar, a través de su comunicación no verbal, empatía, comprensión, cariño e interés hacia el paciente. De este modo el enfermo sentirá que el interés y los

deseos de ayudarlo son genuinos, participando activamente en su tratamiento y repercutiendo positivamente en el proceso de su enfermedad.

Establecer una buena relación con la persona afectada o su familiar sólo es posible si se efectúa a través de una comunicación efectiva. Para llevarla a cabo no existen recetas generalizables para todos, ya que las interacciones entre las personas son siempre distintas; sin embargo, como ya hemos comentado previamente, existen determinadas formas de comunicarse mucho más eficaces que otras.

Entre las herramientas terapéuticas de la terapia cognitivo-conductual destaca la reestructuración cognitiva, que se basa principalmente en el **diálogo socrático**. El diálogo socrático es una técnica en la que el profesional de la salud inserta dudas en el sistema de creencias perjudiciales del paciente a fin de modificarlas.

Se ha analizado en distintos estudios que los diálogos socráticos conducen a la mejoría de la conducta del paciente y se ha observado que las interacciones entre el profesional de la salud y el paciente promueven el cambio mediante el moldeamiento de las verbalizaciones de éste último. Es decir, en el diálogo socrático el profesional refuerza positivamente las verbalizaciones del paciente que son más adecuadas para lograr los objetivos terapéuticos y extingue las verbalizaciones contraproducentes para aumentar y disminuir respectivamente su probabilidad de ocurrencia.

Sin embargo, parece que la principal diferencia entre los diálogos socráticos que finalizan en éxito y los que acaban en fracaso dependen de la respuesta del profesional a las verbalizaciones intermedias del paciente, es decir, aquéllas que no son claramente beneficiosas o contraproducentes. Los diálogos socráticos que tuvieron menos éxito fueron aquellos en los que las respuestas del profesional a las verbalizaciones intermedias del paciente fueron menos consistentes. En resumen, el éxito o fracaso del diálogo socrático radicará en la perspicacia del profesional para detectar rápidamente la calidad de las verbalizaciones intermedias, en otras palabras, si contenían más elementos de aproximación a los objetivos terapéuticos o más elementos de alejamiento, para reforzarlas o cuestionarlas respectivamente.

Un ejemplo de diálogo socrático sería cuando el profesional ante un paciente con dificultades para afrontar su enfermedad crónica realiza las siguientes preguntas del método socrático:

- *¿Tú crees que todos aquellos pacientes con tu enfermedad no pueden realizar sus actividades cotidianas?*

- *¿Podrías pensar en algún paciente diagnosticado que lleve una vida relativamente normal?*

- *¿Por qué consideras que el diagnóstico de tu enfermedad implica que no podrás realizar las actividades de ocio que tanto te gustaban?*

- *¿Existen otras opciones alternativas a las que propones para ganar en calidad de vida?*

- *¿Qué le diría usted a otra persona que le acaban de diagnosticar su misma enfermedad?*

- *¿Cómo le gustaría verse dentro de cinco años?*

Tradicionalmente se ha definido la crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del sujeto para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. De este modo, cuando se produce el diagnóstico de una enfermedad, el paciente puede experimentar la sensación de una pérdida o amenaza a su integridad física, lo que bien se ajustaría a la definición de crisis.

El diagnóstico de una enfermedad crónica es un acontecimiento emocionalmente significativo, que trastorna el curso vital del afectado y de sus familiares y, ante el cual, los mecanismos habituales de afrontamiento no funcionan o son poco efectivos. El paciente responde con una serie de reacciones emocionales asociadas a la angustia, al miedo, la ira y la depresión; todas ellas, son manifestaciones del proceso lógico de adaptación a la enfermedad.

Tanto los familiares como los profesionales pueden ayudar con su manera de tratar la información y de acercarse al enfermo, a reducir el impacto negativo emocional y cognitivo del diagnóstico de la enfermedad, a aumentar su percepción de control, sus expectativas sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento, entre muchos otros factores.

Son muchos los estudios que apoyan la idea de los efectos positivos de la comunicación sobre la salud cuando el profesional establece con los enfermos una *relación empática, amigable y tranquilizadora*, frente a aquellos otros profesionales que mantienen un trato impersonal o demasiado formal. Una comunicación abierta, empática y desde el respeto, puede ayudar a afectados y familiares no sólo emocionalmente, sino a realizar algunas tomas de decisiones importantes y difíciles en estos momentos.

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo y de interacción humana, es el de “saber escuchar”. Escuchar es un proceso más complejo y profundo que el simple acto de oír y no surge automáticamente o sin esfuerzo alguno por nuestra parte.

Cuando las personas nos percibimos escuchadas nos sentimos aceptadas, comprendidas, respetadas en toda nuestra integridad. La escucha activa es una habilidad importante en toda relación humana e imprescindible ante el conflicto y en contextos emocionalmente estresantes. En cualquier situación en crisis esta técnica reducirá la tensión y aliviará el dolor de los afectados.

Escuchar activamente implica entender qué nos está diciendo el otro desde su punto de vista, comprenderle, dar sentido a lo que nos transmite, inferir más allá de lo expresado verbalmente, atender a sus gestos, sentimientos, al mensaje profundo que nos está comunicando.

Con esta actitud no juzgamos al otro, le permitimos que se manifieste tal y como es, no le etiquetamos, le respetamos, le acompañamos en sus emociones, entendemos sus silencios, nos adaptamos a sus ritmos, le ayudamos a enfrentarse a sus miedos.

La esencia de toda comunicación es compartir, poner en común; esto sólo se consigue cuando se escucha eficazmente al otro.

Cómo facilitar la escucha activa en situaciones de crisis:

- Encontrando el momento y el lugar adecuado para conversar.
- Desarrollando una disposición psicológica adecuada para escuchar y comprender.
- Actualizando continuamente la motivación para escuchar.

- Creando un espacio de mutua confianza y libertad para hablar.
- Apartando cualquier tipo de distracción, prejuicio o “filtro” sobre el otro.
- Participando activamente en la conversación.
- “Escuchando” con los ojos. Interpretando los mensajes corporales de nuestro interlocutor (gestos, movimientos, posición del cuerpo, etc.).
- Adoptando una posición adelantada, cercana y abierta con nuestro cuerpo.
- Estableciendo contacto ocular con el otro.
- Siguiendo el ritmo de sus pensamientos y habla.
- Reflejando sus emociones y sentimientos: *“Estás muy enfadado ¿verdad?”; “Creo que te has sentido ofendida por...”*.
- Expresando que se escucha mediante comunicación verbal: *“Ya veo...”*; *“Entiendo”*, y no verbal: asentir con la cabeza, hacer gestos de aprobación, inclinación del cuerpo, contacto físico, etc.
- “Acariciando” a la persona mediante refuerzos verbales: *“Estoy de acuerdo con usted en relación a....”*; *“Creo que ha sido una buena elección...”*; *“¡Estupendo!”*.
- Verificando si hemos comprendido adecuadamente el mensaje: *“¿Quieres decir que lo que ocurrió fue que...”*; *“Por lo que veo tuviste que...”*; *“Si no he entendido mal...”*.

Qué evitar si deseamos realizar una escucha activa:

- Interrumpir continuamente.
- Distraernos, desconectar, escuchar sólo partes selectivas de la comunicación.
- Realizar juicios evaluativos y descalificaciones personales.

- Tomar actitudes moralizantes: *“Esto no te habría pasado si fue-ras más responsable...”*, *“con tu comportamiento es normal que te haya pasado esto”*.
- Discutir mentalmente con el interlocutor.
- Adelantarnos a los argumentos o respuestas del otro.
- Rechazar o trivializar lo que la persona está sintiendo: *“No te preocupes tanto, eso no tiene tanta importancia”;* *“Hay cosas peores en la vida...”;* *“No te pongas así...”;* *“No llores...”*.
- Respuestas competitivas que restan protagonismo o importancia a la vivencia del afectado: *“¡Si yo te contase...!, mi experiencia fue peor porque...”*.
- Intentar “deslumbrar” teniendo soluciones y respuestas “expertas” a los problemas.
- Presentar casos peores, tratando de aliviar así, el sufrimiento del otro.

Cómo se construye una relación empática:

Realizando una escucha activa.

Manteniendo en todo momento una actitud cordial y cercana.

Acomodándose a los temas que la persona considere importantes y siguiendo el flujo de sus pensamientos y argumentos.

Comprendiendo el mensaje desde el punto de vista del otro.

Respetando los diferentes valores, emociones, sentimientos y visiones del mundo.

Tolerando el silencio como facilitador de la descarga emocional sin forzar respuestas o bien respondiendo con demasiada premura.

Aceptando el llanto como una manifestación natural de dolor y evitando comentarios críticos o descalificadores: *“Deja de llorar, así no se consigue nada...”;* *“Todo se solucionará...”*.

Admitiendo pequeñas muestras de agresividad (excepto si van dirigidas hacia otras personas) como expresión del sufrimiento y la angustia.

Permitiendo la necesidad de aislarse durante algún tiempo para dar salida a sus emociones.

Utilizando el contacto físico (apretar su hombro, tomar de la mano, dar un beso...).

Evitando frases hechas y vacías: *“Lo siento mucho”; “Entiendo por lo que debe estar pasando”; “Seguro que se arregla”.*

Sirviendo de espejo a las emociones de la persona: *“Así que se siente muy asustada...”; “Debe sentirse muy preocupado por ese diagnóstico...”. Es preferible realizarlo en forma de pregunta: “¿Cómo se encuentra en estos momentos?”; “Te encuentras des-animado, ¿quieres que hablemos?”.*

Normalizando emociones: *“Es lógico que ahora sientas miedo al futuro”; “Es normal que te sientas confuso/enfadado/defraudado, etc.”.*

No culpabilizando o reforzando ideas negativas: *“Si hubieses ido antes al médico...”.*

Evitando dar falsas esperanzas que puedan generar desconfianza.

Ofreciendo apoyo sincero: *“Voy a indagar sobre esa posibilidad...”.*

Examinando las posibles necesidades del afectado: *“¿Hay algo más que te gustaría saber...?”, “¿Necesitas más información sobre...?”.*

El silencio es comunicación. Bien utilizado, es una herramienta terapéutica. Ante preguntas muy directas o comentarios desesperanzadores, se hace difícil encontrar formas adecuadas de responder. En estos contextos, el silencio devuelve la reflexión a la persona y facilita la elaboración de algunos hechos. Cuando las circunstancias tienen un gran componente de emotividad, el silencio junto con una escucha activa y el contacto físico apropiado, transmitirá al afectado la idea de apoyo empático.

El empleo del contacto físico es un tema delicado en una situación de crisis. Cada persona tiene sus propios límites, áreas personales de comodidad/incomodidad. Factores culturales, antecedentes y pautas de educación familiar, así como el impacto de la crisis, condicionarán el manejo correcto del contacto físico. El factor esencial a considerar y que marcará qué nivel de contacto emplear, es la reacción de la persona. Ante la más mínima señal (verbal o no verbal) de rechazo o incomodidad, lo conveniente será retirar el contacto físico.

- Alonso, S; Fuentes, J. et al. (2008). Como interpretar la comunicación no verbal. Actualizaciones. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. Vol. 15, nº 5, pp. 275-81.
- Arrossi, S.; Matos, E.; Zengarini, N.; Roth, B.; Sankaranarayanan, R. y Parkin, M. (2007). The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynaecologic Oncology*. Vol. 105, nº 2, pp. 335-340.
- Cibanal, L. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Doyma. Barcelona, 1991.
- Calero-Elvira A., Frján-Parga MX, Ruiz-Sancho EM, Alpañés-Freitag M. Descriptive study of the Socratic Method: evidence for verbal shaping. *Behaviour Therapy* 2013; 44 (4): 625 -638.
- Martínez S. y Leal F. (2003) . La calidad clínica de la atención y el problema de la relación médico -paciente. *Anales Médicos Asociación Médica del American British Cowdray*. Vol. 48, nº 4, pp. 242-254.
- Mira, J. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Medicina Clínica*. Vol. 116, pp. 104-110.
- Mira, J. (2005). El paciente competente, una alternativa al paternalismo. Monografías Humanitas Nº 8. Fundación Medicina y Humanidades.
- Moore, P y Gómez del Río, G. (2007). Comunicarse Efectivamente en Medicina. ¿Cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de medicina? *Ars Médica, Revista de Estudios Médico Humanísticos*. Vol. 15, nº 15, pp. 171-81.
- Peitchinis, J. A. La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Alhambra. Madrid, 1982.
- Pégola F. M. (2010). La relación entre el médico y su paciente en la era electrónica. *Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires* Disponible en <http://www.ciencias.org.ar/user/FILE/P%C3%A9rgolainc.pdf>. Recuperado el 27 de septiembre de 2012.
- Robledo de Dios, M.L., Rodríguez Moreno, M.A. y Prado Laguna, M. C. Influencia de la comunicación en la calidad de los cuidados de salud. Opinión de los profesionales de enfermería, en AEED: Enfermería, realidad en crisis. Toledo, 1992: 10-16.
- Rojí Menchaca, M. B. La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia. UNED. Madrid, 1987.
- Ruiz Moral, R.; Pérola de Torres, L.A.; Muñoz, M. et al. (2011). Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: una comparación de métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 85, nº 3, pp. 317-24.

- Slaikeu, K. A. Intervención en crisis: manual para práctica e investigación. Manual moderno. México, 1987.
- Vidal y Benito M. C. (2010). La Relación Médico Paciente. Bases para una comunicación a medida. Buenos Aires: Lugar Editorial.

CAPÍTULO 4
COMUNICACIÓN EN SITUACIÓN DE
ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

José Luis Marco Garbayo
Lucrecia Bourgon Baquedano
Manuel Koninckx Cañada

En los capítulos anteriores hemos abordado aspectos psicológicos relevantes que inciden en el establecimiento de una comunicación efectiva entre las personas. Del mismo modo, se ha definido la comunicación efectiva como aquella que logra el propósito que persigue la comunicación, asumiendo que todo acto comunicacional tiene un propósito.

También hemos descrito la autodeterminación como una necesidad básica de los individuos y hemos establecido que para lograr en nuestro ámbito que el paciente siga nuestras recomendaciones y que consiga a su vez modificar aquellos aspectos de su conducta menos favorables para su salud, deberá ser él mismo quien decida, pero además será necesario que tenga conciencia de que las decisiones que van a afectar a su vida las decide él (autodeterminación).

La enfermedad crónica añade un nuevo elemento al escenario de interacción entre el profesional sanitario y la persona asistida, puesto que supone una situación de amenaza y estrés que va a modificar en distinto grado la vida de la persona, tanto desde un punto de vista físico como psicológico y social.

El diagnóstico por tanto de una enfermedad crónica puede ser el origen de otras situaciones emocionales negativas que van a condicionar el enfoque comunicacional que deberá adoptar el profesional sanitario. Una persona deprimida o con ansiedad requiere de un abordaje específico en cuanto a la forma de comunicarse con ella. La alta prevalencia de ansiedad, depresión o de los dos estados emocionales conjuntamente, en la población que padece enfermedades crónicas requiere que los abordemos previamente antes de sugerir el estilo comunicacional o las técnicas recomendables a utilizar en nuestra relación con personas en estas situaciones.

El concepto de estrés, y por tanto de persona estresada, nos sugiere una situación interna de malestar físico y mental, posiblemente por el enfrentamiento de ésta ante una situación problemática o amenazante, que supera su capacidad para afrontarla.

El concepto o la definición de estrés, en el ámbito de la psicología, puede ser concebido de varias maneras:

- Como un *conjunto de estímulos* del ambiente que generan amenaza. De este modo, la causa del estrés se atribuye a condicionantes ambientales, por ejemplo, el estrés laboral. De esta forma, los eventos o circunstancias que se perciben como amenazantes o peligrosas, y que provocan sentimientos de tensión, son denominados *estresores*.

- La segunda aproximación entiende el estrés como una *respuesta*, centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. Desde este punto de vista, el estrés se entiende como el estado de tensión producido por una circunstancia a la que se enfrenta una persona. Esta respuesta conlleva dos componentes interrelacionados, el *componente psicológico* que incluiría sentimientos y pensamientos de inquietud, y el *físico*, que se traduce en cambios corporales tan importantes como el aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial, etc...

Esta respuesta de dos componentes, psicológico y fisiológico, se denomina *tensión*.

- La tercera aproximación describe el estrés como un proceso que incluye tanto estresores como tensiones, pero añadiendo una dimensión importante como es la *interacción entre la persona y el medio*. Este proceso implica ajustes e interacciones continuas (*transacciones*) entre la persona y el medio. Según este punto de vista, el estrés podría definirse como un proceso en el cual la persona actúa como un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias conductuales, cognitivas o emocionales. De este modo se explicaría por qué existen diferencias entre las personas en la cantidad de estrés generado por el mismo estresor, como un accidente de tráfico o un problema laboral.

Teniendo en cuenta las tres aproximaciones citadas, Lazarus y Folkman definen el estrés como un proceso en el que participa tanto el ambiente como la persona. De hecho, se trataría de una relación concreta entre la persona y el entorno que es evaluado por ésta como amenazante y que es percibida como desbordante de sus recursos, produciendo un deterioro en el bienestar. Se trataría de un proceso transaccional entre ambos, cuyo impacto puede ser modulado por la persona mediante estrategias mentales, emocionales o conductuales.

Como vemos, el estrés se genera por un desequilibrio entre las capacidades de la persona para superar la situación amenazante y la demanda de recursos que requiere la situación. Afecta a todos los recursos biopsicosociales de una persona, pero estos recursos son limitados.

Otra característica importante es que la situación estresante no tiene por qué ser objetivamente comprobable, basta con que se produzca la **percepción subjetiva** de que se da la situación, puesto que el estrés es la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de una persona, bien sea una discrepancia real o percibida como tal.

La *evaluación cognitiva* fue definida por Lazarus y Faulkman como un proceso mental en el cual se evalúan dos factores, el nivel de amenaza que el estresor ejerce sobre el sujeto y los recursos de los que dispone éste para enfrentarse al suceso, entendiéndose como **recursos** las capacidades de afrontamiento que puede poner en marcha un individuo para acometer la situación estresante. Estos dos factores dan lugar a la distinción entre evaluación primaria y secundaria. La *evaluación primaria* responde a la pregunta sobre si el agente estresor beneficia/perjudica ahora o en el futuro y de qué forma. La *evaluación secundaria*, responde a la cuestión de si es posible hacer algo al respecto.

Como puede observarse en la figura 3.1 en la evaluación primaria se define el signo del estresor, bien negativo o positivo, así como cuáles pueden ser sus consecuencias. La evaluación secundaria es la apreciación que hace el sujeto de su capacidad y disponibilidad de recursos para afrontar el desafío, amenaza o cambio que impone el evento. Por tanto, desde este punto de vista, el estrés (fisiológico, cognitivo, emocional y de comportamiento) se genera a consecuencia en los dos tipos de evaluación que se hacen del suceso.

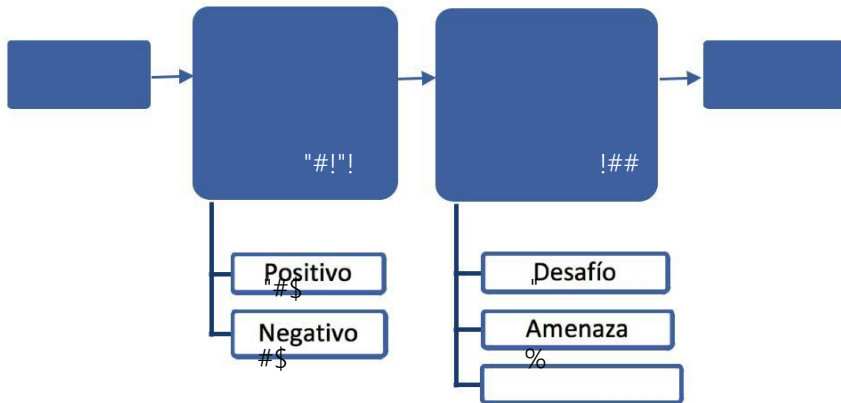


FIGURA 3.1: La experiencia del estrés.

Evaluación primaria

Se pueden definir tres tipos de evaluación primaria: irrelevante, benigno-positiva y estresante. Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, pertenece a la categoría de *irrelevante*. Las evaluaciones *benigno-positivas* se generan cuando las consecuencias del encuentro se valoran de manera positiva y generan emociones placenteras.

Dentro de las *evaluaciones estresantes* se incluyen aquellas que implican daño o pérdida, amenaza o desafío.

- Se considera *daño o pérdida*, cuando el individuo ya ha recibido algún perjuicio, como una enfermedad incapacitante o haber perdido a un ser querido.

- La *amenaza* se refiere a daños o pérdidas que todavía no se han producido, pero se prevén. Un ejemplo sería un paciente que ha sufrido poliomielitis, además de encontrarse gravemente incapacitado para el presente, en el futuro tendrá que hacer frente a amenazas

relacionadas con su actividad futura. En la amenaza, a diferencia de en el daño o la pérdida, se puede producir el afrontamiento anticipativo, ya que en la medida en que el futuro es predecible, el ser humano puede planear y anticiparse a algunas de las dificultades futuras.

- El *desafío* tiene en común con la amenaza que ambas movilizan estrategias de *afrontamiento*. No obstante, se diferencian en que en el desafío existe una valoración por parte del individuo de las fuerzas necesarias para superar la confrontación, lo que genera sentimientos placenteros (regocijo, excitación, impaciencia...), mientras que en la amenaza se valora el potencial lesivo, lo que suele ir acompañado de sentimientos de miedo, ansiedad, preocupación...

Evaluación secundaria

Cuando se está en una situación de amenaza o desafío se hace necesario actuar sobre la situación, de modo que debe decidirse qué hacer, y este tipo de evaluación es conocida como evaluación secundaria.

Este tipo de evaluación no es un simple ejercicio intelectual en el que se produce el reconocimiento sobre qué recursos pueden aplicarse en una situación determinada, sino que además se realiza una evaluación compleja sobre las opciones de afrontamiento más adecuadas para superar la confrontación de manera exitosa.

Como hemos indicado anteriormente el concepto de *recurso*, incluye la capacidad del individuo para evaluar los problemas, generar planes y actuar generando respuestas de afrontamiento. Este hecho implica que podamos clasificar a los individuos según la forma en la que crean estos recursos.

En cualquier caso, la evaluación secundaria requiere de la participación de estrategias de *afrontamiento*, entendiendo éstas como los esfuerzos conductuales o cognitivos necesarios para dirigir (o controlar, tolerar, disminuir o menospreciar) las demandas tanto ambientales como internas y los conflictos que exceden los recursos disponibles.

Las conductas de afrontamiento buscan la protección de la persona ante la situación y pueden relacionarse con la eliminación o modificación de las condiciones estresantes, adaptando el significado o la percepción que se tiene de la amenaza o manteniendo emocionalmente la situación dentro de unos límites tolerables.

Se ha demostrado en la clínica los efectos negativos que provocan las adversidades y amenazas a lo largo de la vida. Por ello, se han realizado estudios empíricos de los acontecimientos vitales estresantes con la intención de calcular factores de riesgo y establecer correlaciones entre acontecimientos estresantes y la aparición de síntomas y enfermedades.

La primera evaluación que se realizó en este sentido fue la "Escala de ajuste social" (SRRS), a partir de la cual se confeccionó la "Escala de acontecimientos vitales" o "*Schedule of Recent Experiences*" (SRE). En ella se solicitó a una amplia población, que valorara el valor estresante que le atribuían a una serie de acontecimientos vitales en una escala del 1 al 100. El matrimonio requiere adaptaciones en la esfera íntima y en la socioeconómica, y por ello se consideró como un buen punto de referencia y se le otorgó un valor inicial de 50.

De entre los diez primeros acontecimientos vitales de esta escala, cinco están directamente relacionados con la vida sentimental (muerte del cónyuge, divorcio, separación, matrimonio y reconciliación conyugal), con lo cual, tienen un marcado componente subjetivo. Es por esto, que si conceptualizamos el estrés como un proceso dependiente de la valoración subjetiva que hace el individuo de su entorno, el poder traumático de un suceso, como podría ser el diagnóstico de una enfermedad, dependerá también de la traducción subjetiva que haga el paciente de este acontecimiento.

Los acontecimientos vitales no tienen significado para el sujeto hasta que su filtro por la experiencia pasada, las defensas psicosociales, las repercusiones fisiológicas, las estrategias de afrontamiento y las conductas, deciden su poder patógeno efectivo. En relación a esto último, es lógico suponer que el peso subjetivo de un acontecimiento dependerá del contexto social en el que vive el sujeto. Este hecho fue el que determinó que se estudiase la variación de la escala en los distintos países, entre ellos España; por ejemplo, González de Rivera y Morera realizaron la "**Escala de Acontecimientos Vitales de la Población Española**". Así podemos ver como a la muerte de un cónyuge se le asigna un valor de 92, divorcio es puntuado con 50, separación de los padres 79, muerte de un familiar cercano 73...y en la parte baja encontramos el cambio de casa 37, cambio de horario laboral 37...etc...Estando en esta escala valorada con 73 puntos la "**enfermedad prolongada que requiere**

tratamiento médico”, lo que la categoriza a la enfermedad crónica al mismo nivel de impacto que la muerte de un familiar cercano.

Este dato nos indica que las personas que padecen una enfermedad crónica pueden estar sometidas a un nivel de estrés muy elevado y de manera sostenida.

El estrés se produce cuando en el organismo se da una activación mayor de la que es capaz de reducir con sus mecanismos de afrontamiento psicológicos y/o conductuales. La activación del organismo se produce mediante procesos nervioso-centrales a través del procesamiento de la información sensorial que realiza el sujeto desde sus procesos psíquicos.

Desde un punto de vista evolutivo se entiende el estrés como una respuesta a la amenaza y que, por lo tanto, tiene como objetivo preparar al organismo para un posible enfrentamiento físico o de confrontación con el ambiente.

Fisiológicamente la cascada bioquímica desencadenada prepara al organismo para la acción:

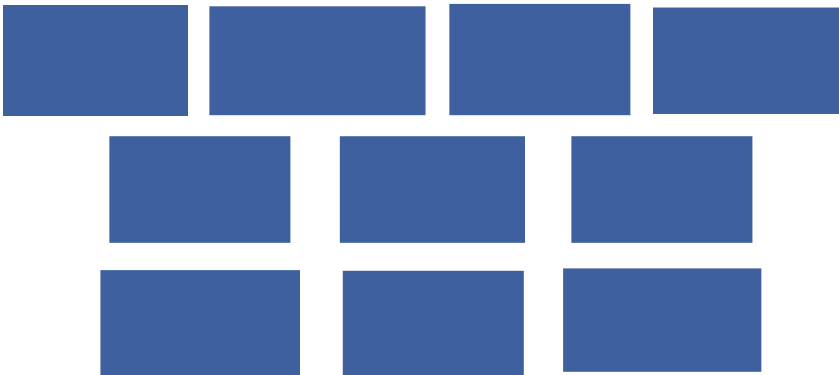


FIGURA 5.1: Cascada bioquímica del estrés.

Desde el punto de vista motor el organismo se prepara para atacar, huir o paralizarse (colapso). Estas reacciones motoras encontraban justificación en un mundo animal donde las opciones de comportamiento se vinculaban con la lucha y la amenaza física. Actualmente los estresores responden más a modelos de amenaza no física, pero la vía disponible de respuesta a la amenaza sigue siendo la misma que miles de años atrás. De esta manera la respuesta fisiológica al estrés es la misma, aunque no debemos olvidar que la evaluación psicológica de los eventos es importante también en la determinación del estrés.

Sin embargo, la respuesta cognitiva va a depender de la valoración que se haga de la situación y de la experiencia que la persona haya adquirido con respecto al tipo de estresor (amenaza) del que se trate.

Las respuestas al estrés se pueden agrupar en fisiológicas, cognitivas y de conducta. Algunas de estas conductas pueden ser involuntarias, mientras que otras se inician voluntariamente en un esfuerzo consciente de afrontamiento. La principal consecuencia fisiológica es la elevación del *arousal* o nivel de activación.

De acuerdo con Meichenbaun y Turk se diferencian tres tipos básicos de afrontamiento del estrés:

- *Personas autorreferentes*: se centran en sí mismos y centran la evaluación de la amenaza en cómo les va a repercutir a ellos mismos y en cómo la sienten. No prestan atención suficiente a las características del medio, no tendrán claves adecuadas para orientar sus conductas. Al no abrirse al exterior no son capaces de buscar posibles soluciones, con lo que incrementan su malestar y su mortificación por su falta de capacidad para gestionar la amenaza. Este tipo de personas suelen parecer arrogantes, poco abiertas al cambio, con ausencia de reconocimiento a los demás y con un sistema cognitivo basado en el egocentrismo.

- *Personas autoeficaces*: centran su interés en analizar las exigencias de la situación, para poder dar una respuesta adecuada a la situación amenazante. Buscan información, identifican posibles obstáculos y planifican las medidas a desarrollar. Este tipo de conducta probablemente será más adecuada para afrontar el estrés y las consecuencias de su acción serán más positivas. Son personas que

no se rinden hasta obtener su objetivo, que ven en los problemas tareas que pueden ser dominadas y que se recuperan rápidamente de los reveses y decepciones.

- *Personas negativistas*: niegan la existencia del problema o de las demandas del medio, en especial en aquellas situaciones en que perciben que no pueden hacer nada. No solucionan el problema, pero tampoco se angustian ni se activan ante el estrés.

Las respuestas básicas antes situaciones de estrés son: enfrentamiento (ataque), huida o evitación y menos frecuentemente pasividad (colapso). Las dos primeras reacciones implican una intensa activación física, para la que el organismo está adaptado.

Está activación en el mundo industrializado es de poca utilidad, donde rara vez las respuestas físicas son necesarias para superar las situaciones de estrés. Sin embargo, sí se necesitan las respuestas cognitivas, más adaptadas socialmente y más útiles para superar los retos de nuestro medio ambiente. No obstante, estas respuestas cognitivas no pueden utilizar el exceso de energía movilizada, lo que implicará, además del desgaste producido por la movilización de estos recursos, que se favorezca la aparición de trastornos fisiológicos y psicológicos.

La exposición a situaciones de estrés no es mala en sí misma, de hecho, cierta cantidad de estrés dentro de unos niveles saludables, es necesario en nuestras vidas, ya que representa parte del proceso de adaptación humana, primordial para nuestra supervivencia ya que prepara al cuerpo para responder a estímulos y ponerse en acción. El problema surge cuando el estrés se mantiene por encima de las capacidades del sujeto o se mantiene de una forma sostenida en el tiempo, dado que el organismo no puede mantener un ritmo constante de actuación frente a estas situaciones.

De entre todos los trastornos que pueden ser ocasionados por el estrés, los denominados trastornos psicofisiológicos (cefaleas, tics, asma, hipertensión, disfunciones sexuales...) son los que han acaparado la atención preferente de la medicina conductual. La mayoría de estos trastornos se deben a la manera en que el individuo responde a las situaciones de estrés. Por otro lado, la aparición de trastornos será más habitual cuando los períodos de activación en respuesta al agente estresante sean más frecuentes y duraderas en el tiempo.

Las manifestaciones psicofisiológicas del estrés cubren un amplio abanico de signos y síntomas:

- Psicológicos o subjetivos: ansiedad, apatía, depresión, mal humor, tristeza, tensión, nerviosismo, intranquilidad, insomnio, comportamientos compulsivos, etc.

- Fisiopatológicos: dolores, diarrea, cefaleas, trastornos psicósomáticos, hiperglucemia, debilidad, disfunción sexual, trastornos gástricos, palpitaciones, etc.

Como podemos deducir, la posibilidad de que una persona que padece una enfermedad crónica, que hemos identificado como factor estresante de alta intensidad (equivalente a la pérdida de un familiar cercano), desarrolle parte del abanico de efectos psicofisiológicos descritos es muy alta.

Comprender el factor estrés en la evaluación de la enfermedad crónica es de suma importancia, así como atenderlo convenientemente al comunicarnos con las personas asistidas.

Como se ha indicado anteriormente, el estrés es un estado de sobreactivación mantenido, experimentado por una persona ante distintas situaciones que son evaluadas como amenazantes o excesivas, y que se producen bajo situaciones de escaso apoyo social y de recursos de solución o control por parte del sujeto.

Desde modelos teóricos de distintas orientaciones y especialmente desde los conductuales, se ha venido demostrando que es posible el aprendizaje de respuestas que permitan controlar y reducir el nivel de estrés, consiguiendo de este modo debilitar el impacto de los estímulos que lo provocan.

En este sentido se han desarrollado o adaptado una variedad de técnicas para ser aplicadas en distintos procesos sintomáticos, bien como elemento terapéutico principal o como apoyo en otros tratamientos más complejos.

Distintas investigaciones han probado la eficacia de estas técnicas en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión y la ansiedad, como es el asma bronquial, cefaleas tensionales,

insomnio, fobias, dolor crónico, disfunciones sexuales, etc. Las respuestas de activación fisiológica (subida o bajada de tensión, taquicardia, sudoración, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc.), dependen de factores orgánicos que se “disparan” ante el estrés. La activación fisiológica puede contrarrestarse a través de técnicas de relajación.

En la actualidad, diversos autores abren nuevas vías de investigación con una base neurofisiológica, sobre la intervención en estos procesos de los llamados neuromoduladores como serían los neuropéptidos, endorfinas, encefalinas y opiodes cerebrales, que intervendrían modulando la actividad nerviosa. De este modo, en la relajación muscular, sería el cerebro el que produjera sus propias drogas, jugando un papel definitivo en el "modulado" del sistema nervioso.

Algunas de estas técnicas están avaladas como instrumento terapéutico, por promover la prevención y la recuperación en el campo de la salud, y entre ellas podríamos citar:

- Técnicas de relajación: se centran en cambios somáticos y en los niveles percibidos de tensión y ansiedad. Su práctica sistemática puede modificar aspectos fisiológicos y psicológicos de la respuesta de estrés, proporcionando una sensación de bienestar.

- Entrenamiento autógeno: permite generar por auto sugestión estados propios de la relajación (sensación de calidez, bienestar, calma, etc.)

- Técnicas de respiración: la respiración adecuada favorece la relajación, pero es poco frecuente en situaciones normales y se acelera en las estresantes. Mejorar la respiración reduce ansiedad, la tensión, la fatiga, y facilita la recuperación. Es una estrategia sencilla para afrontar el estrés y retomar el control. La respiración diafragmático abdominal, aumenta el volumen de aire inspirado que es retenido y exhalado lentamente.

- Meditación: habitualmente esta práctica se ha asociado a doctrinas o religiones, no obstante, se puede practicar independientemente de cualquier orientación religiosa o filosófica con la intención de profundizar en el conocimiento de uno mismo, reducir el estrés o los conflictos interiores. Este tipo de autodisciplina persigue ser capaz de centrar la atención sobre un objetivo cada vez y conseguirlo, a la vez que aumenta la autoestima.

Ante un mismo suceso potencialmente estresante, como la muerte de un familiar o el diagnóstico de una enfermedad grave, la gente reacciona de forma muy diversa. En los años 50 las investigaciones sobre el estrés de Selye, partían del supuesto de que existían unos estresores universales, es decir, ciertas condiciones ambientales capaces de agotar la resistencia de cualquier individuo. No obstante, pronto se observó que había enormes diferencias en la manera en la que los individuos afrontaban el mismo suceso. En la década de los 80 y ya empleando una perspectiva más psicológica se definió que un suceso es estresante en la medida que el individuo lo percibe o valora como tal, independientemente de cuales sean las características físicas objetivas del suceso.

Tal y como se indicaba en el punto 3 "El estrés y la evaluación cognitiva", ante la aparición de un suceso determinado se realizaba en primer lugar una valoración primaria (se analiza si el hecho es positivo o no y posibles consecuencias presentes y/o futuras) y una valoración secundaria (se analiza las capacidades del organismo para afrontar el hecho, lo que probablemente suscite reacciones de estrés). Por ello, los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta al estrés como el resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que se consideran disponibles y activables.

Estrategias de afrontamiento

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la *solución del problema* (los esfuerzos se orientan hacia la tarea o situación estresante), mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación, favorecen el uso de estrategias focalizadas en las *emociones* (la valoración indica que no puede hacerse nada sobre la situación, por lo que los esfuerzos se centran en que la persona cambie el modo de interpretar lo que ocurre para mitigar el estrés).

Aun asumiendo la validez de esta dicotomía, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor

variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de Afrontamiento (*Ways of Coping*, WOC) de Folkman y Lazarus, un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (“*Ojalá no se hubiese producido esta situación*”) o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.

Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

En este punto introducimos el concepto de *hardiness* o personalidad resistente, que sería la capacidad de resistir ante el estrés. Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen una serie de características en su personalidad que les protegen ante hechos vitales negativos, como son:

- Gran sentido del compromiso, capacidad para reconocer los propios valores, metas y capacidades; minimizan la percepción de amenaza ante sucesos estresantes.

- Desafío, gran tendencia a valorar el estrés no como amenaza sino como un desafío, una oportunidad y un estímulo para el desarrollo personal.

- Sensación de control de los eventos externos, confían en su propia capacidad de control, lo que les facilita la adaptación a situaciones estresantes.

Esta característica de la personalidad, *hardiness*, tiene una conexión con otros factores importantes para la consecución de lo que es llamado o entendemos como "felicidad", como son el optimismo, la autoestima y la autoeficacia.

Tanto el *hardiness* como la *resiliencia* (capacidad del individuo para asumir con flexibilidad situaciones límite y además de sobreponerse a ellas, salir fortalecido), concepto abordado por la Psicología Positiva, constituyen variables que conviene desarrollar por ser buenos predictores de la superación de las dificultades relacionadas con la adversidad y las enfermedades.

Modificación de conductas inadecuadas de afrontamiento

Ante una situación estresante, el sujeto puede emplear conductas que le impidan afrontar el estrés, manteniendo su activación y malestar. Puede que no emita las respuestas adecuadas porque no las conozca, pero existe la posibilidad de aprenderlas.

En ocasiones, las respuestas adecuadas ante el estrés pueden estar bloqueadas o inhibidas por emociones que dificultan su aparición.

Para lograr un afrontamiento adecuado del estrés, es fundamental que el entorno socio-familiar aliente y apoye al sujeto y minimice la importancia de fallos o fracasos. En algunos casos, será necesario contar con ayuda especializada.

Según Aaron Beck, precursor de la Psicología Cognitiva, el estrés perjudicial coincide con la activación de ciertos *pensamientos automáticos* o de creencias estables que propician una atención selectiva a los factores negativos y una infravaloración de los propios recursos para enfrentar la adversidad.

El contenido y rigidez de estas *distorsiones cognitivas* sabotean la capacidad de respuesta ante el estrés y aumentan su impacto sobre la salud y calidad de vida. Algunas de las principales distorsiones cognitivas y sus manifestaciones más frecuentes en relación a los procesos de enfermedad son las siguientes:

– *Hipergeneralización*: a partir de un hecho aislado o de pocas evidencias, se constituye una regla general. *"A nadie le importa mi sufrimiento..."*.

– *Filtrado o abstracción selectiva*: se presta más atención a los aspectos negativos, ignorando los positivos. *"Realicé mal este trabajo; todo lo hago mal"*.

– *Futurismo*: hacer pronósticos sobre hechos sin tener evidencias suficientes. *"Me abandonarán cuando sepan lo que tengo"*.

– *Catastrofismo*: exagerar la posibilidad de que ocurran cosas terribles. *"Seguro que el tratamiento de mi enfermedad me sienta fatal"*.

– *Falacias de control*: son dos formas distorsionadas del sentido del poder.

- La *falacia de control interno*: creer que se tiene el control o la responsabilidad de todo cuanto ocurra: *"el futuro y la felicidad de mi familia dependen exclusivamente de mi capacidad"*.
- La *falacia de control externo*: sentirse sin responsabilidad o impotente sobre los hechos y decisiones: *"no puedo hacer nada, el destino ha querido que tenga mala suerte en todo lo que intento"*.

– *Falacia del mundo justo*: suponer que existen fuerzas incontrolables que administran justicia. *"Tengo lo que me merezco; debo asumir mi destino"*.

– *Autoacusación*: focalizar las culpas exclusivamente en uno mismo. *"Ha enfermado por mi culpa, yo no la cuidaba lo suficiente"*.

Obviamente no es tarea fácil detectar estos errores del razonamiento; un simple análisis resulta insuficiente para reconocerlos

y mucho menos para refutarlos o cambiarlos. Sin embargo, podemos intentar colaborar con el paciente para que se dé cuenta de que dejarse llevar por estas distorsiones amplifica las dificultades y genera mayor sufrimiento.

Según Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), existen valores que están relacionados con una manera positiva de ser y de entender la vida, y que deberían desarrollarse porque amortiguan los efectos del estrés.

Valores y actitudes que los profesionales de la salud deberían potenciar en los pacientes y sus familiares

1) Asumir la autodirección de su propia vida, sin demandar constantemente el apoyo de los demás, pero aceptándolo cuando es necesario.

2) Responsabilizarse por el propio malestar emocional, sin culpar siempre a los demás, para favorecer su autonomía.

3) Aumentar la tolerancia a la frustración: explicar que hay que concederse el derecho a equivocarse, procurando cambiar o aceptar lo desagradable según las posibilidades reales.

4) Flexibilizar reglas, actitudes rígidas, y mantener posturas abiertas al cambio.

5) Asumir compromisos creativos, interesarse e implicarse en proyectos sociales.

6) Asumir los riesgos que conlleva alcanzar ciertos objetivos, sin obsesionarse y manteniendo el equilibrio entre ser prudentes y ser temerarios.

7) Evitar el utopismo y la elección de procedimientos poco realistas para conseguir el bienestar o para hacer desaparecer totalmente el malestar emocional.

8) Admitir que no siempre se obtendrá todo lo que se desea ni se podrán evitar todos los dolores o sufrimientos.

Como en otras problemáticas, la clave para desarrollar estrategias más eficaces para abordar y amortiguar la incidencia del estrés en la enfermedad no está en buscar “la solución perfecta”, sino en procurar

un equilibrio armónico de todas las variables ambientales y personales que intervienen en cada caso, y sobre todo en “humanizar” estos intentos de solución en un clima de respeto, empatía y aceptación de la diversidad.

En el Capítulo 1 veíamos que las personas compartíamos una serie de motivos básicos que según Ryan y Deci eran básicamente tres: autodeterminación, competencia (para el logro de metas) e integración grupal.

De las muchas teorías sobre el origen de la depresión (no de la depresión endógena, que se explica por déficit de neurotransmisores) empezaremos por la propuesta por Lewisoohn: **la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos asociados a la conducta**. Un refuerzo insuficiente, vinculado con las necesidades básicas, como consecuencia de las conductas de la persona conduciría a la depresión.

A corto plazo la depresión, al igual que la tristeza, generaría una reacción social de apoyo que incluso reforzaría la depresión, ya que si estar triste genera apoyo social (reforzador), si me mantengo triste recibiré más apoyo. A largo plazo el apoyo social decaería e incluso empeoraría drásticamente, provocando un empeoramiento de la depresión.

Las teorías más modernas se vinculan con la psicología cognitiva. En este ámbito se sugiere que existe una interacción entre cognición, emoción y conducta.

LA TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK

La idea principal de la Terapia Cognitiva es que **las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por éstos en sí mismos**. Por tanto, Aaron Beck, interesado por el tratamiento de la depresión, desarrolló un modelo para el tratamiento de esta patología que posteriormente extendió a otros trastornos.

El modelo propuesto por Beck afirma que, **ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo** en función

de sus *supuestos previos* o *esquemas cognitivos* (también llamados *creencias nucleares*).

Según Beck, el esquema característico que sufren las personas deprimidas, y que denomina la *triada depresiva*, consiste en una visión negativa de:

- **Sí mismo:** las personas que padecen depresión suelen considerarse poco capaces de superar los problemas. Atribuyen los errores que cometen a un defecto físico, mental o moral suyo, y piensan que los demás les rechazarán.

- **Del mundo:** se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos.

- **Del futuro:** la persona que padece depresión piensa que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre.

Se trata de una evaluación inadecuada de la situación, poco realista, negativa sobre la capacidad propia de la persona para superarla y sobre el futuro.

Los pensamientos magnifican la información negativa de la situación, desechando la información positiva. Los pensamientos distorsionados se tornan rumiativos en torno a sentimientos de pérdida, rechazo, incompetencia o desesperación.

Ya vimos en el Capítulo 1 que la indefensión aprendida se generaba por una situación de agresión incontrolable que provocaba un estado pasivo y de inactividad. Abramson y su equipo postulan que la exposición a situaciones incontrolables (ej. enfermedad crónica) que afecten a aspectos altamente valorados por la persona y sobre los que se piensa que las causas son globales y estables sobre las que no se puede intervenir, generarían la indefensión aprendida y la depresión.

La teoría de la desesperanza es muy parecida a la anterior e igualmente se basa en sucesos negativos acontecidos que son valorados de forma negativa y sin solución de futuro.

Los estilos de respuesta que desarrollan las personas son importantes en cuanto al futuro de la depresión. Habitualmente nos detenemos a reflexionar sobre las experiencias traumáticas o dolorosas que hemos sufrido o, simplemente, en las preocupaciones diarias. Es

la forma de llegar a un nuevo entendimiento que nos ayude a sacar conclusiones sobre lo vivido y seguir adelante. Sin embargo, este proceso natural de autorreflexión puede ser negativo, y en lugar de obtener liberación emocional producimos más angustia, al repetir en nuestra mente escenas que nos resultaron angustiosas o nos asustan. Estos pensamientos se denominan rumiativos, y es una forma desadaptativa de autorreflexión, ya que aquellas personas que desarrollan este tipo de pensamientos sufrirán una intensificación de la angustia y, en el caso de que sufran depresión, ésta durará más tiempo. Los pensamientos rumiativos crean círculos viciosos que atrapan fácilmente al individuo, siendo un impulso verdaderamente adictivo, de forma que cuando se establece la rumiación, el individuo se sentirá obligado a seguir haciéndolo.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), técnica cognitivo-conductual, propone la defusión cognitiva como método para romper con los pensamientos rumiativos. Esta terapia consiste en establecer un distanciamiento entre nosotros y nuestros pensamientos, no con el objetivo de librarnos de ellos, sino de verlos tal y como son. Mediante la defusión orientaremos al paciente en la idea de que no debe confundir los pensamientos rumiativos consigo mismo, como resume la frase: **“Yo no soy mis pensamientos”**.

De este modo, el profesional sanitario deberá guiar al paciente sobre la idea de que los pensamientos pueden ser cuestionados, valorar si deben ser tomados en serio, incluso ser transformados. Desde este punto de vista, debemos indicar al paciente que debe desidentificarse de ellos para convertirse en observador externo de sus propios pensamientos. Le recomendaremos que se autocuestione, que no considere los pensamientos como hechos sino como hipótesis. Mirarlos como observador y que se pregunte: **“¿realmente este pensamiento me está ayudando?”** y si no es así, animarle a que deje de rumiarlo una y otra vez. Esta es una tarea de entrenamiento para favorecer que sea el propio individuo quien maneje sus propios pensamientos y no al revés. Podemos ayudar a los pacientes a romper con sus pensamientos rumiativos:

1) Haciéndoles caer en la cuenta de que no tienen que fusionarse con todos sus pensamientos.

2) Analizar la utilidad o no de los mismos: **“¿Pensar en esto sirve para algo?”**, **“¿tiene algún sentido darle más vueltas a lo mismo?”**.

3) Proponer actividades de distracción que consigan romper con los pensamientos circulares:

- Realizar actividad física compartida.
- Llamar por teléfono a un amigo, familiar, conocido...
- Escuchar música, ver una serie de televisión, leer, en definitiva, cualquier actividad disponible que requiera de atención y que le permita romper con el círculo vicioso de los pensamientos.
- Practicar técnicas de *mindfulness*, relajación...

Comprender que las rumiaciones son pensamientos ajenos y que pueden ser interrumpidos, es el inicio de su control. La reestructuración cognitiva y las técnicas basadas en la psicología positiva pueden servir de ayuda para la corrección de este tipo de conflictos del pensamiento.

En resumen:

Vemos que la depresión se genera por la evaluación negativa, y sin visos de solución, de una situación que afecta a un ámbito considerado muy importante por la persona.

La valoración negativa e insoluble conlleva desesperanza o indefensión aprendida.

Las primeras manifestaciones generan apoyo social, pero el mantenimiento de la actitud acaba por generar rechazo y empeoramiento de la situación percibida.

Las conductas depresivas vinculan a la persona con situaciones que no provocan refuerzos en los ámbitos vitales básicos (integración, competencia, autogestión).

Los pensamientos rumiativos ayudan a perpetuar la depresión.

El ambiente continuamente cambiante potencia la necesidad de mencionar otra característica originariamente humana como es la ANSIEDAD. La ansiedad adaptativa, o no patológica, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

La ansiedad es un estado emocional cuyo campo de utilidad supera la adaptación al medio, ya que va más allá: nos permite especular sobre el futuro y planificar medidas adaptativas sobre situaciones que aún no se han producido. La ansiedad es una fuente de angustia en la sociedad moderna, pero al mismo tiempo es una de nuestras herramientas más poderosas. Entender que las cosas no seguirán siendo iguales y que debemos anticiparnos a los cambios, nos permite adaptarnos anticipadamente a ellos para seguir manteniendo el nivel de logro de nuestros objetivos.

La ansiedad es un tipo de miedo anticipatorio que nos previene para la acción. Pero la ansiedad puede convertirse en un problema, **ansiedad patológica**, cuando ésta anticipa un peligro irreal o sobredimensiona uno existente. La ansiedad patológica además es de mayor duración e intensidad que la ansiedad normal.

La ansiedad presenta tres componentes o modos de respuesta:

- Cognitivo o subjetivo: donde se realizan las valoraciones subjetivas de los estímulos amenazantes. Incluye experiencias de miedo, alarma, inquietud, obsesiones, etc., haciendo que la persona experimente un estado emocional desagradable.

- Somático: propios del incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que quedan reflejados por sudoración, temblor, tensión muscular, aumento del ritmo cardíaco o hiperventilación, lo que genera una sensación desagradable que contribuye a incrementar el malestar subjetivo.

- Conductual: componentes observables como la expresión facial, movimientos y posturas corporales, mostrando una tensión corporal hacia el escape o evitación.

Estos síntomas que acabamos de describir son muy similares a los que podríamos describir para el miedo. Los términos miedo y ansiedad se diferencian porque el primero se asocia con algún estímulo amenazante, mientras que la ansiedad no. La ansiedad es un estado emocional más difuso y sin fuente de amenaza reconocible.

Este estado emocional está vinculado con la necesidad de anticipación o prevención que las personas llevamos de forma igualmente innata. No solo necesitamos comprender cómo son y por qué ocurren las cosas, sino cómo serán en el futuro.

Algunos autores sugieren que la ansiedad es una característica central de todos los trastornos psicológicos. Ansiedad y depresión suelen presentarse de forma conjunta en muchos pacientes, más de la mitad de las personas que presentan ansiedad sufren igualmente, en mayor o menor medida, depresión. La alta frecuencia de asociación entre ansiedad y depresión hace difícil definir cuál es el diagnóstico principal y cuál el secundario. Sí parece que a mayor solapamiento menor es la gravedad. Hay un subgrupo de personas con síntomas subclínicos mixtos de ansiedad/depresión que no cumplen criterios diagnósticos específicos del DSM.

Clark y Watson proponen un modelo tripartito de la ansiedad-depresión. En él, sugieren que la ansiedad y la depresión poseen componentes compartidos como es el efecto negativo de ambas, pero también específicos, como es la anhedonia en la depresión y la hiperactivación fisiológica en el caso de la ansiedad.

Por tanto, este modelo se basa en tres elementos básicos:

1) Estado emocional negativo (propio de la ansiedad y de la depresión).

2) Hiperactividad fisiológica (propio de la ansiedad).

Anhedonia (falta de emotividad positiva. Propia de la depresión).

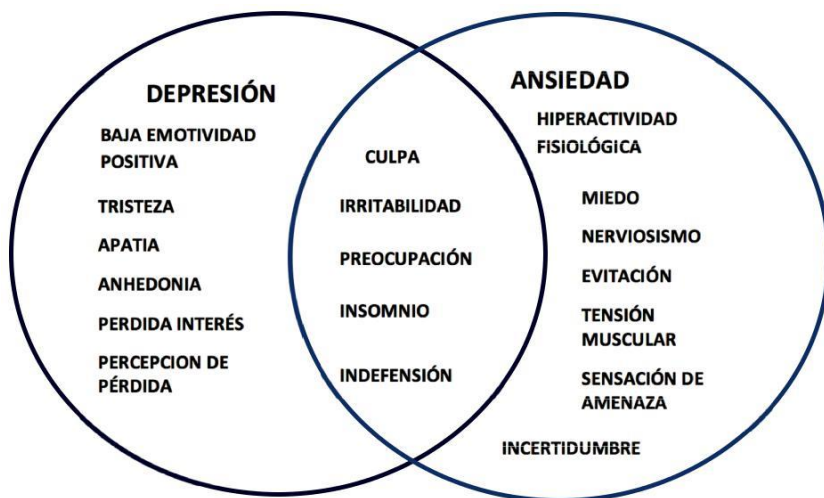


FIGURA 11.1: Modelo tripartito de ansiedad-depresión de Clark y Watson.

Con lo dicho hasta ahora podemos fácilmente hacernos una REPRESENTACIÓN sobre lo que es una persona enferma:

Se trata de una persona con unas convicciones muy arraigadas sobre cómo es y cómo debería ser el mundo, por qué ocurren las cosas, cómo se deben gestionar, qué capacidades tiene y qué posibilidades de éxito en el logro de sus objetivos.

Dispondrá de diferentes niveles de conocimiento acerca de su enfermedad desde el punto de vista médico, pero en el caso de que disponga de esquemas preconcebidos al respecto, los va a considerar verdaderos y cambiarlos va a requerir un esfuerzo personal que tendrá que realizar él mismo.

Sentirá la necesidad (como todos) de sentirse apreciada (necesidad de afiliación o de integración), sentir que comprende por qué han ocurrido, ocurren y van a ocurrir las cosas (necesidad de comprender), sentir que controla su vida y que va a decidir sobre las distintas opciones (necesidad de autodependencia o autodeterminación). Percibir que es capaz de afrontar los retos que conlleva su enfermedad (necesidad de sentirse competente) y sentir que dentro del ámbito grupal ella o él y su problema son tratados de forma individualizada (necesidad de auto potenciación o de diferenciación).

Para ello, necesitará ser capaz de evocar una situación futura creíble y alcanzable que la motive a realizar un esfuerzo para su logro (comportamiento dirigido a meta) y tener la sensación de que puede prever lo que va a ocurrir en el futuro porque se encuentra bajo su comprensión y control.

Tal y como hemos definido previamente, el diagnóstico y circunstancias posteriores que rodean al padecimiento de una enfermedad crónica son considerados como potentes estresores, que provocan estados afectivos que no son compatibles con el estado motivacional que se requiere para realizar un cambio de actitud o de comportamiento ante dicha enfermedad, incluyendo la simple adherencia al tratamiento.

La componente ansiosa se ha de abordar en primera instancia intentando reducir su nivel de activación fisiológica. Esto se logra mediante técnicas de respiración (por ejemplo, respiración diafragmática) y técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, *mindfulness*, etc.).

La componente depresiva hace necesario que **el paciente mejore su estado de ánimo**. Una buena estrategia sería la Terapia de Activación Conductual (AC), centrada en “activar” a la persona mediante estrategias de aprendizaje y refuerzo que permitan que la persona deprimida realice actividades que le resulten placenteras o que le brinden la sensación de dominio sobre su vida de manera que se rompa el círculo vicioso de inacción-tristeza-inacción. Se trata de que el paciente retome su nivel de actividad poco a poco, aunque se encuentre todavía deprimido, realizando actividades que irán transformando sus pensamientos y estado de humor por otros más positivos. La idea es “ponerse a funcionar” aunque se esté todavía deprimido, como un paso para dejar de estarlo.

Suele resultar muy beneficioso que la persona asistida tome conocimiento y entienda que es lo que le está ocurriendo y porqué. Se trata de dar unas nociones básicas acerca de las características de la ansiedad y la depresión para que el paciente normalice su experiencia. Ser consciente de lo que está sintiendo y porqué, es muy útil como ayuda para abordar el cambio de la situación.

A la hora de comprender la complejidad de la mente humana, la mayoría de los psicólogos utilizan un concepto conocido como **esquema cognitivo** que es un conjunto de creencias, conceptos e

“imágenes mentales” que, mediante su manera de relacionarse entre sí, crean un sistema que da forma a nuestra manera de interpretar la realidad y nos vuelve más propensos a actuar de un modo que de otro.

Estos esquemas son **la estructura de nuestra mentalidad**, la manera en la que hemos aprendido a dar forma a lo que pensamos y decimos, y a aquello que nos lleva a comportarnos tal y como lo solemos hacer normalmente por propia voluntad.

Obviamente, estos esquemas mentales son simplificaciones, una representación útil acerca de lo que realmente ocurre en nuestros cerebros. Al ser una mera representación, **no plasma de manera exacta el funcionamiento del pensamiento humano**, sino que lo simplifica para que nos sea posible realizar hipótesis y predicciones acerca de cómo actuamos y cómo interpretamos las cosas.

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva que hace la persona sobre su situación, mediante un proceso de diálogo razonado con el fin de cambiar los hábitos de pensamiento por otros nuevos, más adecuados. Consiste, en definitiva, en estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento distorsionados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

Esta estrategia ayuda al paciente a no ser simple receptor de las influencias del entorno, sino de ser capaz de moldear su mentalidad y sus hábitos de un modo que le permita pensar e interpretar las cosas a favor del objetivo marcado.

Ejemplos:

- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones irracionales autoinducidas por afirmaciones racionales.

- Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza...) que está sintiendo.

- Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales y ayudar a identificar los pensamientos automáticos (pensamiento polarizado, generalización, magnificación y personalización, etc.).

–Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

Las distorsiones cognitivas se relacionan con las falacias lógicas. Son un fallo en el manejo de la información y por tanto se vinculan con procesos irracionales. Aprender (y enseñar) a refutar estas distorsiones y sus consecuentes pensamientos negativos, se conoce como reestructuración cognitiva. Estas percepciones y pensamientos distorsionados que realiza la persona acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo llevan a desarrollar estados de ánimo disfuncionales, como la ansiedad o la depresión. El profesional sanitario ha de ayudar al paciente a desarrollar pensamientos alternativos, más ajustados a la realidad.

Las distorsiones cognitivas se presentan, la mayor parte de las veces, en forma de pensamientos automáticos que reúnen las siguientes características:

- Son mensajes específicos.
- Suelen estar compuestos por unas pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.
- Los pensamientos automáticos, no importa lo irracionales que sean, casi siempre son creídos.
- Se viven como espontáneos; se introducen de golpe en la mente.
- A menudo se expresan en términos de “*habría de...*”, “*tendría que...*” o “*debería de...*”.
- Tienden a dramatizar y son catastrofistas.
- Son relativamente idiosincráticos. En iguales situaciones pueden generar diferentes emociones y pensamientos.
- Son difíciles de desviar.
- Son aprendidos.

Ejemplos de distorsiones cognitivas o creencias irracionales:

–*Nadie me quiere* (generalización excesiva).

- *Me va mal con las mujeres* (generalización).
- *Soy tonto o torpe* (etiquetado).
- *Sé que se están riendo de mí* (leer el pensamiento, personalización).
- *Yo no le gusto a ella* (leer el pensamiento).
- *Me va a ir mal en este examen* (adivinar el futuro).
- *Soy un imbécil inservible* (catastrofismo, generalización excesiva, etiquetado).
- *Tengo este problema y no he podido resolverlo a pesar de intentarlo varias veces, así que no tiene solución* (saltar a conclusiones, pensamiento «todo o nada»).
- *Nada me saldrá bien en la vida* (tremendismo, generalización excesiva, adivinar el futuro).
- *A alguien no le gusta mi trabajo, por tanto, seguramente a la mayoría de mis compañeros no les gusta mi trabajo* (pensamiento «todo o nada», leer el pensamiento, generalización).
- *Siento que no puedo con esto, por tanto, no voy a poder seguir adelante con mi vida* (razonamiento emocional, generalización).
- *Ella “me hace” enojar* (darles a otros el poder sobre las emociones de uno).
- *Ellos me bajan la autoestima* (darles a otros el poder sobre la autoestima de uno).
- *Esto siempre ha sido así, por tanto, siempre será así* (adivinar el futuro).

Naturalmente, todos estos ejemplos son simplificaciones que no se pueden extrapolar al juicio sobre el pensamiento de una persona sin conocer su situación real y su personalidad. El profesional sanitario, por tanto, deberá desarrollar las habilidades necesarias para evaluar si efectivamente el paciente presenta dichas distorsiones.

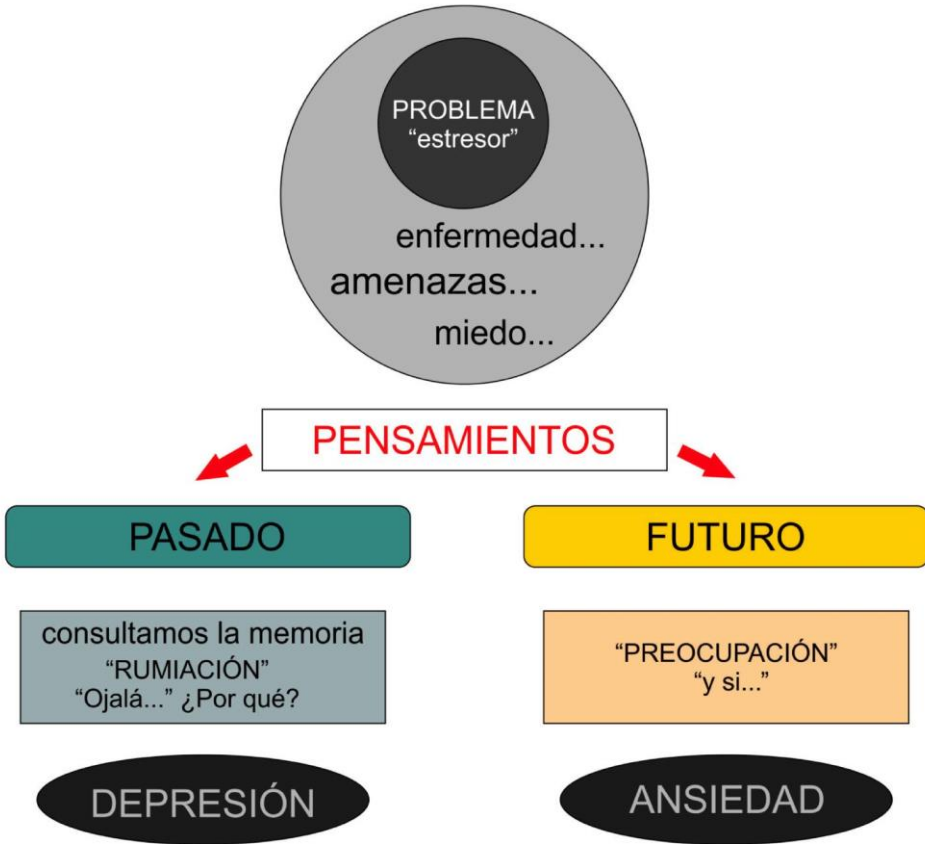


FIGURA 12.1: Mecanismos generadores de depresión y ansiedad.

- Bobes García, J. (2001). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona. Masson.
- Carrobbles, J.A. (1994). Biofeedback. Principios y aplicaciones. Martínez Roca. Barcelona, 1987.
- Clark, L.A., Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol.* 1991 Aug; 100 (3): 316-36.
- Derogatis, L. R., & Wise, T. N. (1996). Trastornos depresivos y de ansiedad en asistencia primaria. Barcelona: Martínez Roca.
- Ellis, A., Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional-emotiva. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Forsythe CJ, Compas B.E. Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 473 - 485.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change.* Nueva York: The Guilford Press; 1999.
- Labrador FJ, Crespo M. *Estrés y trastornos psicofisiológicos.* Madrid: Eudema, 1993.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos.* Martínez Roca. Barcelona, 1986.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. C. *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos.* Desclée de Brouwer. Bilbao, 1991.
- Miguel Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Eds.). *Tratado de Psicología General.* (Vol.3). Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra.
- Mochcovitch, M. (2014). A systematic review of fMRI studies in generalized anxiety disorder: Evaluating its neural and cognitive basis. *Journal of affective disorders*, 167, pp. 336 – 342.
- Sandín B. Estrés, afrontamientos, y alteraciones psicofisiológicas. En: Sandín B, Bermúdez J (eds.). *Procesos emocionales y salud.* Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1989; 45-72.
- Solomon, C. (2015): Generalized Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 373(21), pp. 2059 – 2068
- Valdés, M. y De Flores, T. *Psicobiología del estrés.* Martínez Roca. Barcelona, 1985.

- Vázquez Valverde C., Crespo López M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. Capítulo 31. pp 425-435. Psicología positiva aplicada. Bilbao, 2009.
- Wilson KG, Luciano MC. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Ediciones Pirámide; 2002.
- Wu, J. (2015): Episodic future thinking in generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 36, pp. 1 - 8.

CAPÍTULO 5
EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE
(CAPACITACIÓN+MOTIVACIÓN)

Rosa Fuster Ruiz de Apodaca
Isabel Pérez Castelló Lucrecia
Bourgon Baquedano José
Luis Marco Garbayo

Gran parte de la atención sanitaria está relacionada con la gestión de enfermedades crónicas en las que la conducta y el estilo de vida de las personas determinan su salud y su bienestar. Se ha comentado extensamente a lo largo de los anteriores capítulos la importancia de incorporar la dimensión psicológica en cualquier ámbito de la salud, especialmente en aquellas de prevención y promoción. Este procedimiento de intervención puede ser practicado por todos los profesionales que participan en la atención al paciente con enfermedades crónicas, no siendo una herramienta exclusiva de aquellos con formación de tipo psicológico. En este contexto, hacemos referencia a la entrevista motivacional (EM) propuesta por Miller y Rollnick como una herramienta adecuada para lograr en los pacientes el cambio de estilo de vida necesario para la mejoría de su salud, aplicándolo a algún ejemplo concreto que habitualmente podemos encontrar en nuestra práctica diaria de la Atención Farmacéutica. La dinámica que se sugiere en el modelo de EM propuesto por Miller y Rollnick tiene su origen en el tratamiento de la dependencia alcohólica, es pues una técnica que viene de la más pura terapia conductual. Conseguir ayudar a alguien a superar una adicción, como las drogas, el alcohol y el tabaco es conseguir que alguien cambie su conducta. Mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos o la adherencia a pautas de comportamiento más saludables requiere de la utilización de las mismas técnicas comunicacionales. En el ámbito de la terapia psicológica se utilizan procedimientos similares para conseguir que las personas cambien su forma de percibir las circunstancias (cambiar su forma de pensar) o bien modifiquen su conducta por otra con la que se consiga aumentar la sensación de bienestar.

Las terapias de conducta más avanzadas incluyen componentes o actuaciones que se dirigen hacia la modulación de los pensamientos o

de las percepciones que las personas tienen de su situación, con el fin de modificarlos por otros más adaptativos y saludables. Cuando se actúa en el ámbito del pensamiento se habla de actuaciones cognitivas, sin embargo, cuando las actuaciones se dirigen a modificar comportamientos o conductas, nos estaremos refiriendo a enfoques conductuales.

En la actualidad, unas de las terapias más efectivas de las que se dispone son las cognitivo-conductuales, precisamente porque su objetivo de actuación es modificar pensamientos y comportamientos inadecuados. Muchos autores consideran redundante el término cognitivo-conductual, pues de alguna manera los pensamientos son también un tipo de conducta y por lo tanto su producción también sigue las leyes del condicionamiento y del aprendizaje.

En cualquier caso, está ampliamente aceptado que los tratamientos que actúan sobre la conducta de las personas casi siempre tendrán que satisfacer las dos áreas descritas: la cognitiva (pensamientos y creencias) y la conductual (la conducta observable).

Una clave esencial para el éxito de las intervenciones en salud es la calidad de la comunicación que se establece entre el profesional y el paciente. En el caso concreto de la adherencia terapéutica es de vital importancia al implicar medidas complejas de difícil aplicación, como es el cambio de estilo de vida, donde se incluye la modificación de ciertos hábitos que los profesionales de la salud suelen recomendar a los pacientes diagnosticados de una enfermedad crónica.

Sin duda ayudar a las personas a modificar hábitos de vida es uno de los mayores retos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en su trabajo diario. Muchos de estos comportamientos están profundamente arraigados e intentar modificarlos es un proceso difícil que requiere un considerable esfuerzo y tiempo, tanto para el profesional como para la persona atendida. Por otro lado, sin un claro entendimiento del proceso del cambio, puede producirse frustración en ambos e incluso desesperanza al no conseguir el cambio deseado.

Tradicionalmente los profesionales sanitarios han animado a los pacientes a realizar tales cambios a través de un simple consejo informativo basado en la persuasión y siguiendo un modo sistemático y poco individualizado. En este enfoque tradicional, el profesional asume un “rol de experto” donde el estilo suele ser directivo o autoritario cuando no paternalista, situando al paciente en la posición

de aceptar el consejo (orden) o resistirse al mismo. En este sentido el paciente adopta un “rol pasivo”, contrario a los principios de promoción de la salud donde en este caso la participación a nivel individual es indispensable. El propio paciente debe ser el centro de la acción y de los procesos de toma de decisiones sobre **su** salud.

La promoción de la salud no solo abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos para la vida, sino que también incluye acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes además de en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación positiva entre los esfuerzos de las personas y los resultados de salud que obtienen, incluyendo en este concepto la percepción de estar viviendo una vida que merezca la pena ser vivida.

En promoción de la salud, el **empoderamiento** para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Es un proceso comunicacional que se desarrolla entre profesionales y personas atendidas donde se adopta un modelo igualitario y equitativo de asociación, de colaboración y de atención centrada en la persona. Debe estar guiado esencialmente por el intercambio de información, conocimientos y habilidades, incluir elementos motivacionales y orientación sobre estrategias de afrontamiento adaptativas.

La evidencia de la efectividad del consejo médico sobre los cambios del estilo de vida es muy baja, con rangos de éxito alrededor del 2,5-10%. Una de las propuestas de intervención para mejorar los resultados sobre cambios de conducta y adherencia es la EM. En aspectos relacionados con patología psicológica otras técnicas distintas a la EM presentan formatos muy parecidos y es por ello que usaremos indistintamente elementos de todas ellas en este capítulo.

La información sanitaria efectiva en sí misma tiene un efecto terapéutico potente, por ello llega a hablarse de “inforterapia”. Saber por qué ocurren las cosas, su evolución, la forma de afrontarlas y los pronósticos, ya tiene efectos terapéuticos propios en las personas asistidas. No obstante conseguir que las personas cambien sus actitudes y sus hábitos de vida para ajustarlos a los más recomendables requiere de algo más que información, requiere de procedimientos más completos de tipo conductual.

En este sentido, destacamos en el ámbito de la psicoterapia:

- La Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan.
- La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis.
- La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de Aaron Beck.
- La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Steven. C. Hayes.

Todas ellas importantes, por ser su metodología de una eficacia comprobada para una gran variedad de trastornos, en especial en aquellos adictivos, depresivos y de ansiedad. Ya hemos abordado en el capítulo 3 la enorme interrelación que existe entre la enfermedad médica crónica y los trastornos afectivos. Trastornos afectivos muy prevalentes por tanto en patologías médicas crónicas y que pueden condicionar la actuación del paciente con respecto a su propia enfermedad de base y que pueden dificultar el empoderamiento del mismo.

Pensamientos intrusivos considerados desadaptativos condicionan la percepción que las personas tienen de la situación clínica y de su propia vida, siendo fuente y origen de estrés, ansiedad y/o depresión. Este tipo de trastornos emocionales que no llegan a constituir patología clínica por su intensidad en la mayoría de las personas afectadas de patología médica crónica, merecen una especial atención por parte del profesional de la salud al tratarse de un condicionante muy importante que afecta tanto al curso de la enfermedad médica como al bienestar de la persona enferma.

Por otra parte, conductas consideradas insalubres requieren de un abordaje igualmente necesario por parte del profesional de la salud. Hábito tabáquico, alcohol, hábitos alimentarios, actividad física, descanso, sueño, relajación, etc., se encuadran dentro del objetivo de cambio de hábitos necesarios en el proceso de intervención en el ámbito de la salud.

Como vemos, la intervención motivacional debe incluir aspectos tanto cognitivos como conductuales ya que el escenario de la intervención es idéntico al que requeriría una patología adictiva o emocional. A continuación, destacamos algunas de las terapias de

eficacia contrastada que existen en el espectro actual de la terapia conductual.

En ambas terapias se considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales ni todas las emociones positivas son adaptativas. Las emociones adecuadas son aquellas, positivas o negativas, que va experimentando la persona a lo largo de su vida y no interfiere en el logro de sus metas. Entre las emociones negativas destacamos la depresión, desesperanza, ansiedad, sentimiento de incapacidad o de inutilidad... Este tipo de sentimientos son considerados negativos al incrementar la percepción subjetiva de malestar, frustración y habitualmente dificultar las reacciones de afrontamiento de la adversidad. Aquellas emociones y pensamientos perturbadores son los que estarían asociados a pensamientos irracionales.

La Terapia Racional Emotiva Conductual, cuyo acrónimo es TREC (*Rational Emotive Behavior Therapy*), es una psicoterapia que se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico, representado por la secuencia A-B-C y encaminado a la reestructuración cognitiva. Es frecuentemente comparada e incluso complementada con la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) creada por Aaron T. Beck. Ambas terapias, TREC y TCC, forman parte del grupo de terapias cognitivo-conductuales.

En el trasfondo de la TREC y de la TCC se encuentra el pensamiento del filósofo romano Epicteto: *“Las cosas en sí no atormentan a los hombres, sino las opiniones que tienen de ellas”*. Por tanto, la idea central de ambas teorías es la de promover el cambio en la forma de pensar fomentando un debate racional al estilo socrático, hasta conseguir que la persona se enfrente a la irracionalidad de sus pensamientos y esto motive que los acabe sustituyendo por otros.

El modelo A-B-C es una herramienta desarrollada por Ellis y ampliamente utilizada en TREC.

Tras un acontecimiento activador, suceso o situación (llamado momento **A**), se desarrolla un sistema de creencias **B** (*beliefs*) a partir de las cuales el sujeto desarrolla **C** (consecuencias emocionales).

A (hechos): *me diagnostican una enfermedad crónica y degenerativa (como la artritis reumatoide).*

B (creencias): *se activan mis creencias irracionales (derrotistas, negativistas...).*

C (conducta): *se activan emociones y conductas inadecuadas (depresivas, desmotivadoras...).*

Las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, valoraciones y demandas inflexibles (exigencias absolutistas) llamadas **creencias irracionales** por A. Ellis y **distorsiones cognitivas** por A. Beck, que derivarán en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas.

Ellis define una serie de **creencias irracionales** que perturban a las personas y que no les permiten vivir de manera adecuada. Algunas de ellas son:

- Ser amado y aceptado por todos es absolutamente necesario.
- Sólo se puede considerar válido el ser humano si es competente, suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone.
- Las personas que no actúan como «deberían» son viles y deben pagar por su maldad.
- La desgracia y el malestar humanos están provocados externamente y están fuera del control de las personas.
- Si existe algún peligro, debo sentirme bastante perturbado por ello, porque así disminuirá.
- Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- Mi pasado ha de afectarme siempre.
- La única vida feliz es la vida sin enfermedad.

Las ideas irracionales se han definido dentro de la TREC como el conjunto de creencias que no coinciden con la lógica y el método empírico-analítico, que además no son funcionales para el individuo y son auto-derrotistas. Son similares a las distorsiones cognitivas propuestas por Beck.

Además de las creencias irracionales que puedan generar las personas, aquellas emocionalmente desenfocadas se potencian con demandas rígidas y absolutistas que les evocan necesidades o sentimientos perturbadores del tipo:

- *“Yo debo...”, “yo necesito estar sano para ser feliz...”, “no merezco lo que me está pasando”.*
- *“Él debe...”, “tú debes...”, “las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo”.*
- *“El mundo debe...”, “la vida debe...”, “el mundo debería ofrecerme una vida cómoda”, “no es justo que la vida sea así”.*

Estas creencias tan arraigadas, habitualmente son inconscientes e irracionales y no están basadas en criterios reales. Estas exigencias generan una serie de consecuencias como son el tremendismo, la poca tolerancia a la frustración y la condena del mundo y de su propia vida, generando ira, culpa, pena, etc.

El énfasis de la TREC está en el cambio profundo de la filosofía de vida de la persona y no meramente en una remisión de los síntomas. Ya hemos dicho que en el modelo **A-B-C**, **A** (hechos) no es quien genera **C** (conductas), sino **B** (creencias). Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales (**D**), seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (**E**) menos dolorosos y más acordes con la realidad, por ello más racionales y realistas.

Para este propósito la TREC destaca por:

- Su concepto humanista de “autoaceptación”, basado en calificar a las conductas, pero nunca a las personas. Aunque las conductas pueden ser correctas o erróneas, no se modifica la valía de los seres humanos.

- Aunque se sugiere inicialmente un abordaje científico consistente en la discusión empírica, pragmática y lógica, se suman a éste otros abordajes emotivos y conductuales acordes con las características y necesidades de cada persona.

Este concepto es un punto medular dentro de la TREC. Ellis partió de la definición de “estimación positiva incondicional” del psicólogo humanista Carl Rogers, aplicada por las personas a sí mismas. Con esta intención Ellis emplea un proverbio de tradición católica: “*Con-dena el pecado, pero no al pecador*”.

Ha habido una amplia influencia mutua entre la TREC y la TCC, en el campo teórico y en la práctica, debido a las similitudes entre ambas, sin embargo, existen *diferencias no despreciables*.

- TREC: su filosofía va en contra de cualquier evaluación de sí mismo. Promueve no realizar juicios sobre uno mismo ni sobre si uno es fundamentalmente bueno o malo. Sólo existen **conductas** favorables o desfavorables, sociales, funcionales o disfuncionales.
- TCC: procura que se obtenga “confianza en uno mismo” y fomente la autoestima y la autoeficacia.
- TREC: define las emociones en función de los objetivos y valores de las personas, distinguiendo entre emociones negativas apropiadas o inapropiadas.
- TCC: define emociones positivas y negativas por sí mismas.
- TREC: hace uso de técnicas de refuerzo operante, pero es escéptica con respecto al refuerzo social. La gente hace muchas veces las cosas “correctas” por razones “incorrectas”. La TREC propone un cambio filosófico profundo que promueve la no-dependencia, favoreciendo los valores autónomos y no contingentes con el refuerzo social.

No obstante, la TREC y la TCC contienen propuestas muy similares, habiendo autores como David Burns que integran los aportes de ambas escuelas.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes supone un cambio sustancial y de fondo con respecto a las terapias TREC y TCC. Esta teoría considera que el sufrimiento humano es parte de la vida.

La ACT es un tipo de intervención psicológica orientada a la aceptación psicológica y centrada explícitamente en los valores personales, que se ha desarrollado coherentemente con un marco teórico y filosófico. Los valores personales son aquellos valores que la persona reconoce como motivadores de su vida, sus objetivos de mayor rango, lo que hace que la vida merezca ser vivida.

Por otra parte, la ACT parte de la idea de que el lenguaje humano es el responsable tanto de los logros como de las debilidades humanas. Las poderosas funciones indirectas del lenguaje, explicadas en la teoría de los marcos relacionales (Hayes), generan el potencial para que se produzca malestar psíquico en ausencia de las claves inmediatas del entorno.

La ACT propone que el sufrimiento humano se da por dos elementos principales:

- La fusión cognitiva produce sufrimiento cuando la gente se cree firmemente el contenido literal de su mente y se fusiona con sus cogniciones., por ejemplo *“no volveré a ser el mismo tras el diagnóstico de la enfermedad...”*, *“con esta enfermedad nunca volveré a ser feliz...”*. En este estado de fusión, la persona no puede distinguir su conciencia de sus narraciones cognitivas, es decir, de lo que su mente le va diciendo, ya que cada pensamiento y su referente están sólidamente unidos. Cuando nos fusionamos con nuestros pensamientos, estos adquieren una enorme influencia sobre nuestra conducta.
- La evitación experiencial es una consecuencia inmediata de la fusión cognitiva, se da cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con sus vivencias internas personales, ya sean pensamientos, emociones, recuerdos o impulsos.

La ACT se basa en una filosofía pragmática de la ciencia denominada contextualismo funcional. La unidad analítica del contexto es el acto en contexto, tanto el contexto histórico como el

contexto situacional. Este modelo propone por un lado que la rigidez psicológica genera la psicopatología y el sufrimiento, y la flexibilidad psicológica es la promotora de la salud.

La ACT también está conectada con una corriente científica denominada Teoría del Marco Relacional. De acuerdo con esta teoría, el núcleo esencial es el lenguaje que genera una nueva capacidad de aprendizaje propiamente humana, del que se genera la capacidad de aprender a través de los marcos de relación. Un marco de relación es un comportamiento aprendido en base a un pensamiento estructurado sobre el lenguaje.

El lenguaje se basa en una serie de relaciones arbitrarias entre símbolos y conceptos. La palabra mesa representa arbitrariamente el concepto “espacio horizontal donde se pueden colocar cosas con soporte inferior”. Pero este concepto abstracto “mesa” se puede vincular relacionamente con un montón de conceptos con los que cada uno vamos a ir creando una red relacional.

El ejemplo clásico es el del plato con jamón. Si visualizamos una foto o simplemente nos piden que pensemos en un plato de jamón la imagen evocada nos va a traer a la mente una serie de pensamientos relacionados con ese concepto (jamón) que pueden ir desde agradables sensaciones gastronómicas hasta sentimientos de repulsa, según hayamos generado nuestro marco relacional vinculado con el concepto jamón.

De esta manera muchas palabras de nuestro lenguaje al ser pronunciadas generan una cascada de pensamientos, emociones y conductas que tienen que ver con todo el marco relacional de significados que se han construido a su alrededor. Resulta maravilloso ver como palabras, símbolos arbitrarios, nos poseen y nos hacen sentir, pensar y actuar como si fuéramos nosotros mismos los generadores de todo ello. A este fenómeno se le llama FUSIÓN. Nuestro pensamiento verbal se fusiona con nosotros y nosotros nos convertimos en nuestros pensamientos. Lo grave es que nuestros pensamientos se pueden generar de forma automática, intrusiva y reiterativa provocando que nosotros nos confundamos con ellos en este proceso de fusión.

El principio para evitar confundirnos con nuestros pensamientos es la **DEFUSIÓN**, donde aprenderemos a reconocer que nosotros **NO SOMOS NUESTROS PENSAMIENTOS**.

El proceso de defusión cognitiva se refiere a hacer un cambio en el uso normal del lenguaje y las cogniciones, en él se anima a los pacientes a cambiar la relación con los pensamientos y otras experiencias privadas y verlas como eventos mentales que van y vienen, es decir, ver a los pensamientos como pensamientos, a las emociones como emociones y a los recuerdos como recuerdos. El proceso de defusión cognitiva incrementa la probabilidad de aceptación.

Como veremos, englobamos en el concepto cognitivo-conductual a todas las intervenciones que utilizando la comunicación intentan favorecer los cambios de comportamiento, llámense terapias, entrevistas o intervenciones. Prestaremos especial atención a la denominada entrevista motivacional de Miller y Rollnick, pero sin dejar de lado otras técnicas altamente eficaces como las mencionadas de Ellis, Beck o Hayes, ya que en la intervención motivacional necesariamente tendremos que actuar en el ámbito cognitivo y no solo en el conductual.

Antes de continuar, aclararemos que la palabra “**entrevista**” hace referencia a la acepción que se refiere a “reunión de dos o más personas para tratar algún asunto, generalmente profesional o de negocios”. Esta definición se refiere al encuentro de personas para intercambiar información u opiniones, con el fin de clarificar posturas. Durante la entrevista se pueden producir procesos de influencia entre los participantes, en el contexto del debate.

Y **no se refiere** al concepto de: conversación que un periodista mantiene con una persona y que está basada en una serie de preguntas o afirmaciones que plantea el entrevistador y sobre las que la persona entrevistada da su respuesta o su opinión. Aclarado este punto, mantendremos el término entrevista en el texto.

El diálogo socrático se refiere al método utilizado por el filósofo griego Sócrates en sus debates.

Sócrates enfrentaba a las personas con sus ideas preconcebidas generando dudas en las mismas mediante preguntas o generando dudas razonables. El objetivo era que la persona se enfrentara a sus

propias “certezas” con el fin de que abrieran sus mentes y generaran nuevo conocimiento por sí mismas.

Los diálogos socráticos se basan en una comunicación basada en la humildad de todos los intervinientes para que los participantes se encuentren cómodos para hablar abiertamente.

El método socrático utiliza preguntas abiertas que han de ser contestadas por el otro. Sobre las respuestas iniciales se van generando nuevas preguntas de manera que la persona que da las respuestas vaya generando nuevas alternativas, explorando enfoques que pudiera no haber tenido en cuenta en un primer momento.

El socrático no decide, no informa, cuestiona y plantea preguntas que son contestadas por el interlocutor. Las respuestas dadas o descubiertas por el entrevistado van a coincidir con los criterios previos que se hubieran podido sugerir, pero en esta ocasión las respuestas o las decisiones las ha generado y verbalizado la persona asistida y no el profesional.

El método socrático sigue el principio de autodeterminación de Ryan y Deci. Las personas necesitamos pensar que somos los que decidimos sobre nuestros actos, que las decisiones son tomadas por nosotros. Las imposiciones externas generan una reactividad contraria de forma universal, siendo esta más o menos intensa según el rasgo de personalidad de cada persona en esta dimensión.

La forma más efectiva de conseguir que una persona actúe de una determinada manera es que esa persona considere que la decisión ha sido suya.

La EM en una técnica en la que el profesional se convierte en un colaborador en el proceso de cambio de la persona atendida. Está encaminada a promover cambios que convengan a la salud de la persona en un clima de empatía y confianza.

La diferencia con la entrevista clínica radica en que el objetivo de esta es el de conseguir información fidedigna y relevante del paciente para poder establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

La entrevista motivacional se enfoca tanto hacia el cambio en el modo de pensar de las personas, como en el cambio de comportamiento o conducta observable. **El objetivo de la entrevista motivacional es por tanto un objetivo transformacional cognitivo-conductual.**

Entendemos que el cambio de comportamiento es necesario tanto para prevenir como para corregir trastornos de salud. La importancia de estos cambios de conducta, tanto en relación con la salud biomédica de las personas como con su bienestar psicosocial, es indiscutible y es aceptado universalmente por el mundo de la salud.

Los comportamientos saludables incluyen tanto las conductas manifiestas como los mecanismos de afrontamiento, pensamientos y otras conductas intangibles del ámbito mental.

Hacer que las personas cambien su forma de pensar y de actuar requiere de unas habilidades especiales por parte del profesional de la salud, que deben entenderse como destrezas específicas de la intervención en el ámbito psicosocial.

La EM surgió de la experiencia en el tratamiento de personas con distintas adicciones. Miller y Rollnick son considerados los padres de la EM, la cual podría definirse como un estilo comunicacional donde el profesional de la salud acompaña al paciente, conjugando dotes de buena escucha y consejo experto, centrado en fortalecer la motivación hacia el cambio.

Es decir, la EM es un estilo de abordaje centrado en el paciente que busca favorecer el empoderamiento de la persona y la asunción por ella de la responsabilidad del cambio. Los profesionales juegan un papel colaborador y de acompañamiento ofreciendo herramientas para estimular y reforzar la motivación para el cambio, bajo la premisa de que el cambio solo se producirá por decisión personal.

“La puerta del cambio se abre desde dentro”

Ya comentamos en capítulos anteriores que el proceso de aprendizaje, cuando ya existe conocimiento previo, requiere de un cuestionamiento de los pensamientos o criterios anteriores, lo cual produce un cierto malestar. Este malestar que se genera cuando intentamos cambiar nuestros esquemas mentales o creencias previas se denomina **disonancia cognitiva**.

El principio de coherencia, que todos tenemos, es un resorte de nuestro cerebro que nos protege del malestar que sentiríamos si pensáramos que nuestra forma de pensar anterior era errónea. Es decir, tendemos a aferrarnos a nuestros criterios anteriores por un principio de coherencia.: *“si llevo fumando diez años, no tengo por qué dejarlo ahora...”*.

Cambiar de pensamiento o de comportamiento suele ser una tarea molesta, cuando no dolorosa. Cuando los datos que recibimos del exterior nos sugieren que tenemos que realizar un cambio de criterio o de forma de pensar, esta situación nos producirá una discrepancia, que Festinger denominó **disonancia cognitiva**. Este es el principio del cambio, es el principio del nuevo aprendizaje.

La discrepancia se produce cuando nuestra forma de pensar o de actuar y la forma en la que deberíamos hacerlo no coinciden. En esa situación se genera **DISONANCIA**.

Resolver la disonancia hacia el cambio es un proceso que requiere tiempo. Este proceso transformacional fue definido por Prochaska y DiClemente en su Modelo Transteórico del Cambio. Cuando se genera la disonancia, puede darse que la persona en su proceso de cambio alcance un punto en el cual se vuelve sensible a la influencia exterior, pero en ese preciso momento y no antes, y que los autores definen como etapa de **ambivalencia** (ver en capítulo 2, Modelo Transteórico del Cambio), también descrito por otros autores como etapa SI/NO.

La ambivalencia se caracteriza por la presencia simultánea de motivaciones contradictorias; querer y no querer algo al mismo tiempo (SI/NO) y es una etapa normal en el proceso hacia el cambio.

Cuando se está valorando la posibilidad de cambiar alguna conducta se produce mentalmente un diálogo interno, donde se reflexiona sobre las ventajas y los inconvenientes de las distintas

alternativas. La ambivalencia es la situación en la que el individuo tiene motivaciones para realizar el cambio y no, de forma simultánea.

A medida que esta ambivalencia se comprende y trabaja, la persona se acercará más al momento de tomar una decisión. Este trabajo para conseguir que la persona salga de su ambivalencia hacia el lado recomendable y tome la decisión de compromiso con el cambio propuesto, es el objetivo central de la EM. La forma en la que un profesional de la salud responde ante la ambivalencia de la persona atendida es determinante.

Cuando nos enfrentamos a la ambivalencia motivacional, es especialmente importante mantenerse cerca de los sentimientos, valores y creencias de las personas. Las habilidades empáticas son una herramienta fundamental para poder hacerlo.

El principal enfoque de la EM es facilitar el cambio de comportamiento ayudando a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia sobre el cambio y para ello se utilizará el diálogo socrático.

El diálogo socrático permite al paciente expresar abiertamente su ambivalencia y guiarle hacia una resolución satisfactoria de sus conflictos motivacionales con el fin de facilitar la toma de decisiones hacia el cambio propuesto como necesario o conveniente.

Desde la perspectiva de la EM, la **motivación** se considera un estado de disponibilidad o deseo de logro que puede variar de un momento a otro, influenciado por diferentes factores, y no es considerado, por tanto, una característica fija o un rasgo de la personalidad del paciente, sino un estado modificable.

Motivar o ayudar a cambiar, es conseguir que la persona descubra cuáles son sus propios elementos o razones motivadoras, siendo esta una parte importante de la función moduladora del profesional sanitario en la EM. Precisamente el diálogo de tipo socrático pretende que sea la propia persona la que descubra, por sus propios medios o

con ayuda, las decisiones que tiene que tomar en cuanto a su salud y su vida.

De esta manera, la EM considera como punto fundamental para iniciar el cambio la motivación personal, que no se consigue a través de los simples consejos, sino que tiene que surgir de la reflexión del propio paciente al enfrentarse con su ambivalencia. Así, el profesional de la salud tiene un papel facilitador que identifica las contradicciones que existen en el paciente, entre su conducta actual y lo que considera como valores para su vida y su salud. El objetivo final es aumentar la motivación intrínseca para que así surja una decisión de cambio, más que imponerlo desde el exterior.

No se puede decir que la EM sea una técnica, sino un enfoque terapéutico que sigue un estilo específico en busca de un objetivo muy concreto: la decisión personal de cambio. La EM tiene, por tanto, mucho de terapéutico, ya que en sí los resultados que se obtienen son terapéuticos.

En cuanto al estilo de la entrevista, la consideraríamos de tipo semiestructurado porque, aunque existe un procedimiento de base que guía la actuación del profesional de la salud, queda un importante margen de maniobra dependiente de las circunstancias y de la actitud y respuesta de la persona asistida. Las preguntas que se suscitan son, en general, abiertas. En ese sentido la experiencia del profesional de la salud garantizará los mejores resultados.

La EM como herramienta clínica sustenta su práctica en un estilo comunicacional que se basa en algunos elementos clave, de los que vamos a destacar dos: aceptación y evocación.

Ya hemos comentado que la EM es una colaboración activa entre expertos (el profesional y la persona asistida). Al tratarse de un proceso cooperativo plantea una relación entre iguales, de manera que el intercambio de ideas, temores y posibles soluciones fluye entre los actores de forma armoniosa en el más puro estilo socrático.

Evidentemente el profesional sanitario es el garante tanto de la realidad clínica actual como de la información técnica referente a los pronósticos asociados a las distintas opciones de cambio.

La persona asistida es la experta en sí misma desde el punto de vista de sus percepciones personales. El sentimiento de autoeficacia y su compromiso con la decisión, marcarán definitivamente el resultado del proceso.

- **Aceptación**

Por parte del profesional de la salud, se refiere a la actitud que debe primar en él para ser capaz de reconocer el valor esencial de la persona asistida, la consideración principal de la persona asistida, su autonomía y su autogestión.

- **Evocación**

La EM es un enfoque en donde el entrevistador promueve la generación de ideas, pensamientos y opiniones del entrevistado, antes que imponer sus propias opiniones respecto al tema abordado.

Desde esta perspectiva, evocar hace referencia a fomentar las fortalezas y recursos con los que cuenta la persona. Por lo tanto, nuestra tarea consiste en evocar y reforzar las motivaciones que ya están presentes.

La evocación tiene un papel fundamental en el proceso. En muchas ocasiones la persona enferma no tiene los conocimientos clínicos referentes a la evolución natural de la enfermedad, su pronóstico, o desconoce datos sobre el impacto que diferentes conductas o acciones pueden tener sobre el curso de la enfermedad. En este escenario es difícil que el paciente pueda imaginar (evocar) un futuro realista y aceptable que justifique su esfuerzo por el cambio. Las metas generan motivación, para ello hace falta que la meta pueda ser evocada por la persona y esta, a su vez, tiene que ser deseable.

El papel experto del profesional sanitario es fundamental, ya que él puede colaborar en la evocación de una meta ilusionante, incluyendo ejemplos de otros casos parecidos donde se alcanzaron resultados óptimos o utilizando metáforas clarificadoras.

El otro aspecto que se relaciona con la evocación se refiere a la actitud del profesional sanitario durante la entrevista, en el sentido de ir reforzando las afirmaciones que hace el paciente y que son acordes

con los objetivos establecidos. El paciente va realizando reflexiones variadas sobre diferentes aspectos de la situación y el profesional refuerza aquellas afirmaciones que son las de mayor interés. A esto nos referimos con la evocación en el contexto de la EM.

El fin subyacente de la intervención motivacional es reducir la ambivalencia acerca del cambio, es decir reducir la duda o incrementar la motivación interna. Para ello son necesarias una serie de destrezas y actitudes por parte del profesional sanitario:

- Empatía.
- Evitar la discusión o la discrepancia.
- Superar la resistencia.

Así como la focalización del proceso en los objetivos estratégicos:

- Generar disonancia.
- Potenciar la autoeficacia.

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Empatizar consiste en entender las cosas desde el punto de vista de la otra persona, desde sus motivaciones, creencias, sentimientos y cogniciones. Empatizar no es estar de acuerdo ni compartir criterios. Empatizar es “ponerse en la piel del otro”.

Implica una relación de respeto y aceptación de la persona tal y como es, sin hacer juicios de valor. Esta actitud hace que la persona atendida se sienta comprendida y libre para poder decidir sobre su situación y sobre si desea realizar el cambio. La actuación empática del profesional sanitario actúa directamente incrementando la autoestima de la persona atendida.

La EM es un enfoque no confrontativo, su objetivo es aumentar la conciencia de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos, por lo que este tercer principio invita a los profesionales de la salud a evitar las discusiones y las confrontaciones cara a cara con las personas. Cuando defendemos insistentemente un argumento ante alguien, este gesto provoca que la persona se ponga a la defensiva, por ello este tipo de entrevista se basa justamente en el estilo contrario, donde se adopta un estilo agradable de persuasión.

La resistencia es considerada como parte normal del proceso de cambio, además de ser una valiosa fuente de información sobre la experiencia de los pacientes y no como un obstáculo que hay que superar.

El entrevistador deberá aprovechar el momento actual en el que se encuentra la persona con el fin de obtener el mayor beneficio posible, darle un giro a la resistencia y fomentar una nueva percepción para el cambio. Superar la resistencia incluye el hecho de implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas. El profesional no impone su punto de vista, sino que invita al paciente a considerar la información y las opciones nuevas que le ofrece. Esta resistencia se puede superar y mejorar los resultados si el profesional favorece que sea el propio paciente quien genere el cambio, en lugar de imponerlo.

Cuando los costes percibidos de una conducta empiezan a sobrepasar los beneficios o cuando una conducta está en conflicto con objetivos personales importantes, como la propia salud, la felicidad familiar o el éxito, el cambio ocurrirá con más probabilidad. Generar la duda interior entre lo que se ha venido haciendo hasta el momento y un escenario distinto vinculado con el cambio de comportamiento, es el germen para el inicio del cambio.

Trabajar la emoción que genera este conflicto o disonancia es un potente motor para el cambio. Cuanto mayor sea esa discrepancia, mayor será la motivación.

La tarea del profesional es crear y amplificar la discrepancia en la persona atendida, de manera que supere el apego que siente por la conducta actual y sea ella misma la que finalmente presente los argumentos para el cambio. El enfoque general consiste en que sea el entrevistado y no el profesional quien exprese las razones para el cambio. Uno de los objetivos de la intervención es animar a las personas a escucharse a sí mismas decir por qué quieren cambiar, ya que las personas se convencen más a menudo por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que otras personas les dicen.

Las personas tendemos a creer aquello que nos oímos decir a nosotros mismos.

"!#"

La autoeficacia, o confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o reto específico, es un elemento clave en la motivación para el cambio ya que tiene una gran influencia en la capacidad para iniciar y poder mantener una nueva conducta. Si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga.

Fomentar la autoeficacia consiste en ayudar a la persona a generar la sensación de seguridad acerca de sus capacidades para llevar a cabo con éxito una tarea específica. Será de vital importancia enfatizar la responsabilidad personal, la persona no sólo puede, sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por él.

La falta de confianza del paciente para realizar el cambio puede ser debida a temores subyacentes, a fracasos previos, a falta de ayuda o por depresión.

%

Para realizar una intervención motivacional efectiva el profesional de la salud puede seguir un proceso semiestructurado de actuación en el que se hacen convenientes algunas estrategias y habilidades de comunicación en las que el profesional se puede apoyar para movilizar a las personas en dirección al cambio.

El proceso comunicativo debe basarse en el establecimiento de una "escucha activa y reflexiva", en mostrar empatía precisa, clarificar conceptos, usar refuerzos, etc. Debemos cuidar que el componente no verbal de la comunicación sea consecuente con aquello que emitimos de manera verbal. Igualmente, la creación de un clima de cordialidad y confianza facilitará el desarrollo del proceso.

La utilización de las técnicas de apoyo narrativo es fundamental para el trabajo del profesional sanitario en este tipo de entrevista. El objetivo será siempre facilitar que la persona atendida exprese, por si misma, sus propios argumentos justificativos sobre su decisión de cambio, como modo de resolución de su ambivalencia. Entre las habilidades comunicativas requeridas para realizar con éxito la EM destacan:

- Preguntas abiertas: diálogo socrático.
- Escucha activa.
- Afirmar.
- Reflejar.
- Resumir.
- Proporcionar información y consejo.

Las preguntas abiertas son aquellas que no pueden ser contestadas solamente con una o dos palabras por lo que invitan a la persona a reflexionar y suelen generar un amplio abanico de posibilidades en la respuesta. Por tanto, la función principal de este tipo de preguntas no es recopilar información.

Una buena manera de comenzar una estrategia motivacional es con una pregunta abierta del tipo: "*¿Qué aspectos de su tratamiento le preocupan más?*", "*si sigue como hasta ahora como imaginas su situación dentro de cinco años*".

Es una herramienta fundamental en la entrevista motivacional, es la forma en la que el profesional sanitario atiende a lo que le dice la persona atendida. El profesional intenta comprender y deducir lo que el paciente quiere realmente decir y se lo devuelve o refleja de nuevo por medio de una afirmación. La escucha activa requiere de una actitud interactiva mantenida.

No se trata, por tanto, de un proceso pasivo. El profesional es quien decide qué es lo que refleja y qué es lo que ignora, qué se ha de enfatizar y qué palabras usar. Tipos de frases interactivas que manifiestan escucha activa serían:

“Eso suena como si...”; “Parece que te sientes...”; “Así que tú... piensas que esto...”, etc.

La escucha activa requiere también de un lenguaje paraverbal y no verbal acorde. Tanto para recibir información de la persona atendida como para transmitirle nuestra propia actitud comunicacional.

El lenguaje no verbal es muy importante, tanto saber interpretar aquello que nos emite la persona entrevistada como lo que nosotros mismos transmitimos.

Lo primero es prestar atención completa, por muy capaces que seamos de escuchar mientras hacemos otra cosa como registrar la dispensación en el ordenador o tomar notas o revisar papeles, hacerlo comunica falta de respeto y desinterés. Una buena fórmula sería decir: *“Discúlpeme un momento, necesito usar el ordenador, enseguida continuamos”*. La mirada transmite especialmente bien la atención completa, por tanto, mantendremos el contacto visual con la persona que habla. Cuidaremos la disposición espacial de la consulta, puesto que también puede afectar al contacto visual.

Partiendo de la base de que es la propia persona la única que puede producir el cambio, el profesional debe respetar la decisión de la persona en su totalidad, incluyendo la opción de que no desee

cambiar. El entrevistador buscará en el discurso del entrevistado y hará explícitos los recursos, habilidades, buenas intenciones y esfuerzos de la persona atendida. Se trata de destacar los aspectos positivos de lo que ha dicho el usuario y deben recompensarse las afirmaciones de preocupación para animar a que la persona atendida exprese cada vez más sus motivos para cambiar. De esta manera, se potencia su autoestima y sentido de autoeficacia y, por otro lado, también ayuda a construir una buena relación entre el profesional y la persona atendida.

Reflejar es cuando escuchamos de forma reflexiva, hacemos una conjetura razonable acerca del mensaje original y lo enunciamos en forma de afirmación. Aunque no podemos estar seguros de que nuestra suposición sea la correcta, es mejor enunciar los reflejos en forma de afirmación en lugar de preguntar, puesto que de este modo es menos probable que el entrevistado se ponga a la defensiva. Además, preguntar a las personas directamente lo que quieren decir no es una buena opción porque al parecer, presionar a las personas con preguntas para que se expliquen mejor y aclaren lo que quieren decir suele distanciarlas de su experiencia interior.

Una estrategia muy efectiva consiste en intentar adelantarse a la siguiente frase del interlocutor: *“Claro, eso supone que después tendrías que hacer...”*.

Refuerza todo lo que se ha dicho de importante, muestra que se ha escuchado con atención y prepara a la persona atendida para proseguir. Este recurso sirve esencialmente para poner en evidencia la ambivalencia de la persona atendida: *“Dices que... ¿es así realmente? Bien. Pues, a partir de esta situación, ¿qué piensas que harás?”*.

En ocasiones, cuando el usuario lo solicita, habrá que ofrecer información y consejo, pero hay que tener presente que en la entrevista motivacional habrá que asegurarse de no ofrecer una opinión experta, no solicitada, ni usar un estilo muy directivo. No se tratará sólo de descargar información sobre la persona atendida, sino que deberemos considerar su punto de vista y sus necesidades para

ayudarle a llegar a sus propias conclusiones acerca de la relevancia de la información que le proporcionemos.

El nuevo modelo propuesto por Miller y Rollnick, estructura la entrevista motivacional en cuatro procesos básicos que constituyen la estructura de la entrevista.

Los cuatro procesos básicos del modelo son:

Vincular: es el proceso inicial mediante el que se crea el vínculo relacional entre el profesional y la persona asistida. En ese momento, la persona asistida puede establecer o no un inicio de vinculación con el farmacéutico mediante algún comentario alusivo a su malestar emocional.

Enfocar: consiste en establecer un foco concreto al que dirigir la intervención. Por ejemplo, la dificultad para seguir una dieta adecuada, la necesidad de iniciar una actividad física o iniciar actividades para disminuir el nivel de activación...

Evocar: la evocación, por parte del profesional de la salud, consiste en la facilitación al paciente de la capacidad de imaginar una meta creíble y deseable en un contexto donde resulta difícil hacerlo de forma espontánea.

Planificar: supone desarrollar el compromiso con el cambio y la formulación de un plan de acción concreto.

La relación que se establezca entre el profesional de la salud y la persona atendida es clave en el proceso subsiguiente. El vínculo de confianza se genera sobre la percepción de honestidad y competencia del profesional de la salud, conjuntamente con lo que se denomina *rapport* en francés y que traduciríamos como establecer sintonía.

En el ámbito de la farmacia, el acceso al profesional se puede producir cuando se accede a la dispensación de algún medicamento, pudiendo generarse el inicio de la relación a partir de algún comentario del paciente.

- *Aquí tiene su medicamento (diazepam).*

- *No consigo salir del estado de inquietud este que me tiene frita.*

-*¿Estás muy nerviosa? ¿Quieres que lo hablemos más tranquilamente?*

O en la farmacia del hospital:

"Hola Juan, soy Remedios Valencia, farmacéutica, si quiere que lo hablemos más tranquilamente puede pasar y sentarse".

Hay que tener en cuenta que el vínculo es bidireccional y cómo nos sentimos nosotros también va a influir en la conexión con la persona que intentamos atender. La calidad de la relación farmacéutico-paciente va a condicionar el resultado del proceso en todos los aspectos, incluido la adherencia al tratamiento.

Para una vinculación positiva se requiere:

Establecer una relación terapéutica de confianza y de respeto mutuo

Consenso acerca de los objetivos del tratamiento

Interiorización por parte de la persona asistida las tareas y comportamientos acordados como necesarios.

Vincular es el proceso de forjar una relación de ayuda basada en la confianza y respeto mutuos.

En la intervención motivacional es fundamental huir de cualquier intervención autoritaria o directiva. Durante la intervención es muy fácil que se produzcan actuaciones equivocadas:

Actitud entrevistadora del profesional: nos referimos a la entrevista de estilo periodístico. Es muy frecuente en el ámbito sanitario que la entrevista sea una mera captación de información. En este tipo de relación terapéutica, la función de la persona atendida parece limitarse a responder a las preguntas del entrevistador con lo que apenas tiene oportunidad de explorar sus propias motivaciones y de plantear un discurso del cambio. Este estilo de entrevista se denomina "estilo experto", ya que presupone que el entrevistador, una vez acumulada y analizada la información, sabe lo que hay que hacer

y dictaminará la solución. Este estilo no es efectivo para el cambio personal.

La trampa del diagnóstico precoz: suele ocurrir que el profesional considera que ya sabe cuál es “el problema del paciente”, antes de que el proceso motivacional se haya completado y de que la persona atendida se haya vinculado con el objetivo de cambio. Solemos querer centrarnos en lo que nosotros percibimos como el “verdadero” problema del paciente (por ejemplo, que haya venido a recoger tarde la medicación) y lo más probable es que le preocupen otros temas más urgentes (por ejemplo, que no tenga dinero para el autobús y venir al hospital o no tenga con quién dejar a su madre anciana...). Por tanto, se trata de evitar enfocar prematuramente las cuestiones que nos interesan a nosotros sin que el diálogo haya madurado lo suficiente.

Poner etiquetas: poner una etiqueta diagnóstica puede ser contraproducente (por ejemplo, *“su problema es que no se toma bien la medicación”*). Se recomienda que durante la EM apenas se ponga énfasis en las etiquetas. Se puede explorar en profundidad problemas sin necesidad de etiquetarlos.

No manejar bien la culpa: otro obstáculo con el que nos podemos encontrar en la primera sesión, por ejemplo, en un inicio de tratamiento para el VIH, es la preocupación que tiene la persona atendida acerca de la culpa y preocupación que puede ponerla a la defensiva, *“¿Cómo y cuándo me infecté?”*, *“¿Quién tiene la culpa?”*. Si no abordamos correctamente esta cuestión, corremos el riesgo de perder tiempo resolviendo una actitud defensiva que hubiésemos podido evitar. La estrategia es convertir la culpa en algo irrelevante en el contexto terapéutico.

“Parece que le preocupa quién tiene la culpa de la situación. Creo que es oportuno que le explique que el modo en el que contrajo la infección no va a influir en cómo el tratamiento le va a ayudar a recuperarse...”

Hablar sin foco: una charla informal puede ser una manera de romper el hielo y abrir una sesión, pero por muy cómoda que pueda resultar, por lo general no es muy útil.

Una vez se ha producido la sintonización entre el profesional y la persona atendida el siguiente paso consiste en aclarar la meta hacia la que el entrevistador y el entrevistado avanzarán juntos. Por tanto, el enfoque es un proceso colaborativo cuyo propósito es encontrar una dirección consensuada. Consiste en delimitar metas específicas y mantener la dirección para alcanzarlas pactando una agenda que promueva el cambio.

La dirección del proceso va a venir determinada por el propio contexto. Por ejemplo, si el objetivo de la intervención es abordar problemas concretos y proporcionar atención específica como podría ser un programa de control glucémico en diabetes, programa de deshabituación tabáquica, mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, etc.

El proceso de enfoque se puede abordar con diferentes estilos:

Directivo:

En este estilo de enfoque es el entrevistador el que decide el foco, a partir de su propia agenda o de la de la institución. En ocasiones resulta adecuado adoptar un estilo directivo, pero si se usa este estilo por defecto presenta limitaciones.

Acompañamiento:

En el estilo de acompañamiento es la persona atendida la que decide según sus prioridades el foco de la consulta. Este estilo es totalmente opuesto al directivo. El estilo de acompañamiento puede reforzar el vínculo, lo que en sí mismo es un proceso terapéutico. A veces, en las relaciones profesionales continuadas son fundamentalmente de apoyo sin que el clínico ofrezca ninguna dirección específica para el cambio. Por ejemplo, en una Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos, en la que el paciente acude todos los meses a por su medicación, una vez dispensada la misma se podría decir: "*Disponemos de algunos minutos y, si lo desea, podemos hablar de algunas preocupaciones que pueda tener. ¿Hay algún aspecto de su tratamiento del que le gustaría hablar?*".

Guía:

Entre los estilos directivos y de acompañamiento está el de guía. Las prioridades de la persona atendida son importantes, pero también se tienen en cuenta las limitaciones inherentes al contexto. La experiencia del clínico también es una posible fuente de objetivos. En la EM se busca el enfoque en este punto intermedio donde el foco, el impulso y el contenido se deciden conjuntamente.

En nuestro entorno, en muchas ocasiones el foco está claro desde el principio, por ejemplo, si tenemos que educar a un paciente sobre la correcta administración de un medicamento, como por ejemplo el uso de inhaladores en un centro sociosanitario. Cuando el foco de la consulta está claro se pasa directamente a los siguientes procesos de evocar y planificar.

En otras ocasiones nos podemos encontrar con que la persona plantee varios problemas a la vez y que el clínico detecte otros tantos. Sería por ejemplo el caso de alguien que sufre un efecto adverso de un medicamento como cansancio o molestias gastrointestinales pero el farmacéutico detecta que no tiene una buena higiene del sueño o que sigue pautas de alimentación que puedan estar exacerbando dicho efecto adverso, etc. Aquí, enfocar es el proceso de enumerar y analizar las opciones, para decidir por cuál empezar. Cuando hay varias opciones se corre el riesgo de enfocar muy rápido siguiendo el criterio del profesional sin haber llegado a un acuerdo con el paciente, determinar el foco unilateralmente entorpece el proceso del cambio.

Cuando hay una serie de temas de conversación razonablemente claros, la tarea es pactar la agenda para elegir y priorizar. Pactar la agenda empieza por la lista de opciones y acaba en un foco consensuado. Vale la pena empezar por dejar claro lo que se va a hacer empezando por una frase estructurada: "*¿Podríamos recapacitar un momento, para ver en qué podríamos centrarnos?*". El uso del condicional refleja la naturaleza hipotética del pacto de agenda porque no se trata de anunciar de qué hablarán sino de identificar distintos temas de los que podrían hablar.

Cuando se quiere orientar la conversación sobre el cambio en una dirección concreta se deberá hacer en dos fases: pedir permiso y evocar. La primera consiste en plantear el tema y pedir permiso al paciente para explorarlo: "*En algunas ocasiones los alimentos que tomamos pueden afectar a los efectos adversos que se padecen. ¿le*

podría hacer algunas preguntas sobre lo que suele comer?". Caer en el reflejo de corrección y en una actitud paternalista con el paciente sobre cómo y por qué ha de cambiar sus hábitos alimenticios, es poco probable que funcione para obtener un cambio. Cuando la persona atendida no está muy segura del objetivo, la atención consiste en ayudarle a encontrar motivaciones para el cambio. El proceso de evocar consiste en explorar las motivaciones autónomas para el cambio que ya están presentes en el estado de ambivalencia de la persona atendida.

Independientemente de cómo se decida desarrollar la lista de temas posibles, las claves siguientes ayudan al proceso:

- Dar espacio al paciente para que reflexione y exprese sus preferencias y preocupaciones. Es bueno utilizar los silencios funcionales.
- Incluir elementos de afirmación y comentar los recursos de la persona atendida. Insistir en que el paciente tiene la autonomía y capacidad de decisión en lo que concierne a su propia vida, salud y decisiones.
- Utilizar lenguaje hipotético como "podríamos", "quizás" y escucha reflexiva.
- Expresar nuestra opinión y sugerencias, pero en un tono modesto que reconozca y respete la autonomía del paciente.

Intercambiar información

El modo en cómo transmitimos la información es muy importante cuando se trata de consultas que van encaminadas a producir un cambio. Es muy habitual que sobrestimemos la cantidad de información y los consejos que necesita la persona atendida.

Es fácil caer en **"la trampa del experto"**. Como expertos intentamos remediar la falta de conocimientos de la persona atendida en favor del cambio. Con este estilo directivo muy fácilmente generaremos una actitud defensiva en la persona entrevistada

"Pues yo no creo que mis problemas con el sueño sean por usar el móvil en la cama, seguro que es de la medicación".

Cuando hacemos preguntas encadenadas que llevan a la acumulación de datos, normalmente acerca de la gravedad del problema podemos caer en la **"trampa de la pregunta-respuesta"**. La acumulación de información suele llevar a la formulación de un diagnóstico.

En muchas ocasiones sentimos la necesidad de **"llenar las lagunas de conocimiento del paciente"** inundándole de información con la esperanza de que algo cale. Es posible enriquecer el conocimiento del paciente si partimos de la **información que le interesa** y del conocimiento que ya posee, así reforzaremos el vínculo y obtendremos mejores resultados.

"¿Me podría contar qué le ha dicho el médico sobre el tratamiento?". "¿Conoce a alguien que haya seguido este tratamiento? ¿Qué le ha contado?"

También es muy común utilizar la táctica del miedo, pero **"proporcionar información que asusta"**, está claro que no funciona para producir el cambio. Advertir de las consecuencias negativas tiene su función, pero no debemos hacerlo como estrategia para promover el cambio.

"Si no te tomas la medicación vas a seguir con la misma inflamación y los mismos dolores".

"Explicar con claridad lo que hay que hacer", en muchas ocasiones damos consejos, pero las probabilidades de que las personas atendidas los sigan son muy bajas, el propósito de la EM no es dar consejo, sino fomentar el cambio, sin embargo, dar consejo con destreza sí que puede resultar muy útil.

Algunas premisas de buena práctica:

- Tener presente que, aunque nosotros disponemos del conocimiento experto, las personas son las máximas expertas en sí mismas.
- Averiguar qué información desean y necesitan las personas.
- Proporcionar la información adaptada a las necesidades y los recursos de cada uno.
- Considerar que son las personas las que nos tiene que decir qué información es la que necesitan.

- Tener en cuenta que los consejos útiles son los que se enfocan hacia las necesidades y la autonomía de los pacientes.

Una estrategia sencilla para el intercambio de información es seguir la secuencia de empezar por una pregunta, continuar ofreciendo información y terminar con otra pregunta: **PREGUNTAR-INFORMAR-PREGUNTAR**

Con la primera pregunta se persiguen tres funciones generales:

Pedir permiso: pedir permiso al paciente antes de proporcionarle información es una muestra de respeto, y así estará más dispuesto a escuchar lo que tenemos que decir. *"¿Le parece bien que le cuente algunos efectos adversos que les han ocurrido a otras personas?"*.

Explorar el conocimiento existente: explorar el conocimiento previo impide que le expliquemos lo que ya sabe y nos permite llenar lagunas. *"Si se tomara mejor la medicación ¿cuáles cree que serían los mayores beneficios para usted?"*.

Determinar interés: determinar qué le interesa define qué es lo que tiene más ganas de saber. *"¿Qué es lo que más le interesa saber acerca del tratamiento de su enfermedad?"*.

En la segunda fase es cuando ofrecemos la información o el consejo. Algunas de las directrices para proporcionar información que es conveniente seguir son:

Priorizar qué es lo que la persona necesita y/o quiere saber.

Ser claro, evitar la jerga y utilizar lenguaje cotidiano. Ofrecer información poco a poco y dejar espacios para la reflexión comprobando si la persona nos ha entendido o tiene alguna duda.

Utilizar un lenguaje que promueva la autonomía: evitar el lenguaje que transmita condescendencia o paternalismo. Tampoco utilizar el lenguaje coercitivo diciéndole a la persona "debe", "no haga...". Este tipo de afirmaciones producen el fenómeno de la reactividad contraria innata, cuando alguien ve amenazada su libertad, la tendencia natural es a reafirmarla.

Reconocer la libertad para estar en desacuerdo o para no hacer caso de la información.

Presentar lo que se sabe, sin interpretar lo que pueda significar para el paciente.

Preguntando tras ofrecer la información comprobamos cómo ha entendido, interpretado o respondido la persona a la información que acabamos de proporcionar.

"¿Qué le ha parecido lo que le acabo de contar?".

"¿Cree que le puede servir esto que hemos hablado?".

¿Le ha surgido alguna otra cuestión o le gustaría que le contase algo más?".

Aplicar la escucha reflexiva reflejando lo que vemos y escuchamos en la reacción del paciente, inclusive los aspectos no verbales, como la expresión facial. Así dejamos espacio para que la persona atendida procese y responda a la información que acabamos de proporcionarle.

Dar consejo

El consejo es un tipo de información que transmite lo que pensamos y lo que recomendamos al paciente. A la hora de dar consejo se deben aplicar las mismas directrices expuestas anteriormente para dar información. Los consejos hay que darlos a pequeñas dosis, primero pidiendo permiso y luego siendo claros y específicos comprobando cómo reacciona el paciente. A la mayoría de las personas les molesta que les den consejos que no han pedido, cuanto más enfático y autoritario sea el consejo, más probable que provoque resistencia en la persona atendida. Si tenemos una buena vinculación con la persona atendida es más probable que los consejos sean aceptados.

Usaremos un lenguaje que promueva la autonomía, sin dar por sentado que la persona atendida seguirá nuestro consejo.

"No sé si esto encajará mucho con usted".

"No puedo decirle qué debe hacer, pero sí puedo explicarle qué han hecho otras personas en una situación parecida".

"Si quiere, una de las cosas que podría probar es...".

En la EM caben los consejos si los usamos con moderación, si pedimos permiso y si damos prioridad a que el paciente evoque sus propias soluciones, reconociendo siempre su autonomía para elegir entre distintas opciones.

El tercer proceso en la EM es evocar y reforzar la motivación para el cambio. Como se ha comentado a principio del capítulo, los procesos de la EM son consecutivos y no podremos llegar a este punto si previamente no hemos vinculado al paciente y hemos determinado un foco claro. En esta parte hay que desarrollar habilidades para reconocer el discurso del cambio cuando lo expresa el paciente y saber cómo evocarlo y responderle a él. La EM eficaz refuerza el discurso del cambio, que, a su vez, predice el cambio personal.

Como ya hemos comentado, la ambivalencia es un estado mental donde coexisten sentimientos contrapuestos respecto a alguna cosa. La ambivalencia está presente en casi todos nuestros actos. Cuando alguien está ambivalente, suele manifestar argumentos tanto a favor como en contra del cambio, lo que significa que se tienen motivaciones para ambas cosas y de forma simultánea. En el lenguaje natural, la ambivalencia se refleja en una combinación de discurso del cambio y discurso de mantenimiento. Si una persona distinta a nosotros enuncia un argumento en favor del cambio, lo más probable es que respondamos defendiendo el *statu quo* desde el otro lado de la ambivalencia. Y si seguimos expresando argumentos en contra del cambio, podemos acabar convenciéndonos a nosotros mismos para seguir como estamos. Del mismo modo, podemos convencernos a nosotros mismos para cambiar si verbalizamos argumentos a favor del cambio.

Discurso de cambio: es cualquier tipo de lenguaje verbalizado por la propia persona y que supone un argumento a favor del cambio.

Discurso de mantenimiento: cuando el discurso se pronuncia en la dirección opuesta al cambio y defiende el mantenimiento del estado.

a. Discurso del cambio preparatorio

El discurso del cambio preparatorio refleja el lado de la ambivalencia a favor del cambio. A continuación, vemos cuatro tipos de discurso que cuando los encontremos juntos o separados todavía no

nos indican que el cambio vaya a suceder, por eso se considera discurso de cambio preparatorio:

Deseo: es uno de los componentes de la motivación para el cambio.

Querer cambiar resulta útil, pero no es esencial. *"Quiero perder peso". "Espero ser más constante con la medicación".*

Habilidad: la habilidad percibida para lograr el cambio es otro componente de la motivación. Las personas no tienen demasiada motivación para el cambio si creen que es imposible realizarlo. *"Me gustaría hacer ejercicio, pero no creo que pueda hacerlo".*

Razón: cuando hay afirmación de un motivo específico para el cambio. Afirmer las razones para el cambio no implica ni la habilidad ni el deseo de cambiar. *"Quizás dormiré mejor". "Quiero ver crecer a mis hijos..."*.

Necesidad: un cuarto elemento de motivación es el lenguaje imperativo que insiste en la importancia o urgencia global del cambio. *"Necesito...". "No puedo seguir así..."*.

b. Discurso del cambio movilizador

El discurso del cambio movilizador señala movimiento hacia la resolución de la ambivalencia a favor del cambio.

Compromiso: el lenguaje de compromiso señala la probabilidad de acción. *"Voy a hacerlo". "Tengo la intención de..."*.

Activación: son palabras que indican movimiento hacia la acción, pero que no son un compromiso. Este tipo de lenguaje indica que la persona se inclina en dirección a la acción. *"Estoy dispuesto a..."*. *"Estoy preparado para..."*.

Primeros pasos: dar los primeros pasos es una forma de discurso que indica que la persona ya ha hecho algo en dirección al cambio. *"Esta semana me he tomado todos los días la medicación"*.

Al igual que el discurso se puede pronunciar a favor del cambio también lo puede hacer en la dirección opuesta y defender el mantenimiento del estado. El discurso de mantenimiento y el discurso de cambio son conceptualmente opuestos, los argumentos de la persona en favor y en contra del cambio.

El propósito del proceso de evocación es ayudar a resolver la ambivalencia hacia la dirección del cambio. Cuando la balanza se inclina hacia el lado del cambio se resuelve el periodo de ambivalencia (contemplación). En la EM este proceso ocurre cuando las personas se convencen a sí mismas para cambiar. Las personas tienden a comprometerse más con lo que se escuchan decir a sí mismas que con lo que dicen los demás. En la EM se ayuda a que la persona atendida verbalice las motivaciones personales hacia el cambio. Cuando uno expresa en voz alta sus propias motivaciones en el contexto de una relación de aceptación, afirmativa, de escucha y carente de juicios, el impacto puede ser muy bueno.

En la EM se gestiona la conversación de un modo intencional que se centra en evocar y en explorar el discurso del cambio. Esto no significa que debamos ignorar el discurso de mantenimiento, cuando suceda, lo escucharemos, lo respetaremos y en ocasiones lo reflejaremos.

c. Estrategias para evocar el discurso del

cambio Formular preguntas evocadoras

Una de la maneras más sencillas y directas de evocar el discurso del cambio es pedirlo formulando preguntas abiertas cuyas respuestas deban consistir en discurso del cambio. Empezaremos por preguntas que generen discurso de cambio preparatorio relacionadas con el deseo, habilidad, razón y necesidad.

¿Cómo le gustaría que cambiaran las cosas?

¿Qué ideas tiene de cómo podría mejorar su tratamiento?

¿Cuáles creen que son los inconvenientes de no tomar la medicación?

¿Cuán importante es para ti mejorar tu capacidad para hacer...?

Además de hacer preguntas hay que poner en práctica procesos específicos para reflejar y reforzar el discurso del cambio. También habrá que llevar cuidado con no hacer preguntas equivocadas que lleven a la persona entrevistada a un discurso de mantenimiento o preguntas que tengan un matiz crítico que pueda dañar el vínculo y crear discordancia:

¿Por qué no ha cambiado?

¿Qué le impide tomar el tratamiento?

¿Por qué fuma?

¿Cuáles son las razones principales que podrían llevarle a abandonar el tratamiento?

Utilizar la escala de la importancia

Pedirle a la persona que valore el nivel de importancia percibida sobre algo en una escala, por ejemplo, entre 0 (nada importante) y 10 (lo más importante para mí en estos momentos). Esta pregunta tiene una utilidad muy limitada, pero a continuación se le pregunta por el número elegido: "*¿y por qué diría que está en y no en 0 (o un número inferior)*". Aquí hay que tener precaución en no preguntar por qué está en ese número y no en uno superior, porque la respuesta natural a esta pregunta generaría un discurso de mantenimiento y no del cambio. Otra posible pregunta sería "*¿Qué tendría que suceder para pasar del (número actual) a por ejemplo (uno superior)?*"

- *Como te imaginas dentro de cinco años si sigues manteniendo este peso.*
- *Pues, la verdad, peor. Me duelen mucho las rodillas y entiendo que mi peso no ayuda.*
- *De 0 a 10, ¿cómo valorarías tu grado de preocupación por tu peso?*
- *Uhhmm... 6.*
- *¿Por qué 6 y no 5?*

(Esta pregunta permite que la persona atendida se reafirme en su preocupación y la valore como importante)

- *Bueno, 5 no, porque tengo bastantes razones para pensar que el problema es más grave que 5.*

(Al apoyar su propia valoración como superior interioriza su propia preocupación)

- *¿Qué dificultades consideras que vas a tener para mantener una dieta adecuada?*
- *Creo que lo más difícil va a ser romper con los aperitivos y picoteo que hago a menudo...son los mejores momentos del día.*
- *¿En cuánto valoras del 0 al 10 eso momentos?*
- *En...7.*
- *¿Y por qué no 8?*
- *No, 8 no. En 8 valoro otros placeres de mi vida que son más importantes.*

(Con esta respuesta devalúa de alguna manera el valor otorgado a este impedimento o a esta dificultad en el cambio de hábitos).

Explorar los extremos

Quando parezca que el deseo del cambio es muy escaso se puede pedir a la persona que describa los extremos de sus preocupaciones (o de las de otros) e imaginar las consecuencias extremas que podrían darse:

"¿Qué es lo que más le preocupa de la hipertensión a largo plazo?"

"Imagine que sigue así, sin cambiar nada. ¿Qué cree que es lo peor que podría pasar?"

Mirar hacia atrás

Resulta útil que el paciente recuerde épocas anteriores a la aparición del problema y las compare con la situación actual.

"¿Recuerda hace unos años cómo se encontraba cuando tomaba correctamente la medicación? ¿Qué ha cambiado en usted ahora?"

Mirar hacia delante

Se trata de preguntar a la persona atendida cómo podrían ser las cosas si cambiara o invitar a la persona a anticiparse en el tiempo e imaginar qué puede ocurrir si no cambia.

*"Imagine que no cambia nada y que sigue igual que ahora.
¿Cómo cree que sería su vida dentro de cinco años?"*

Explorar metas y valores

Explorar los valores de la persona proporciona puntos de referencia con los que comparar la situación actual.

El objetivo de evocar es suscitar la motivación para el cambio de la propia persona. La proporción de discurso de cambio y de discurso de mantenimiento en la persona atendida predice el cambio y se ve muy influenciada por el entrevistador. La clave reside en ayudar a los pacientes a ser más específicos acerca de sus deseos, habilidades, razones, necesidades y planes. Hablar de un modo específico aumenta las posibilidades de que el cambio suceda. Las motivaciones y las intenciones generales no consiguen un cambio tan rápido como las afirmaciones específicas.

d. Cómo responder al discurso del cambio

Cuando la persona atendida ofrece discurso del cambio, la siguiente respuesta del entrevistador debería ser reconocerlo y reforzarlo, por ejemplo, pidiendo que lo elabore o afirmando, reflejando o resumiendo.

Cuando se escucha discurso del cambio hay que interesarse y mostrar curiosidad por el mismo. Por ejemplo, formularemos una **pregunta abierta** cuya respuesta genere más discurso del cambio. Una segunda manera de responder positivamente es haciendo una **afirmación**, algo tan sencillo como hacer un comentario positivo sobre lo que el paciente acaba de decir. La escucha reflexiva es el pilar de la EM y una buena manera de reforzar el discurso del cambio es mediante un **reflejo simple o complejo** que seguramente hará que el paciente prosiga con más discurso de cambio.

Es habitual escuchar el discurso de cambio intercalado con discurso de mantenimiento en la misma frase o en el mismo párrafo.

La cuestión es detectar el discurso de cambio entre la ambivalencia y resaltarlo.

Paciente: *"Es que tomarme tantas pastillas es muy molesto. Tengo que acordarme de tomarlas tres veces al día y la mitad de las veces ni siquiera las llevo encima. No me gusta nada cómo me hacen sentir. Supongo que me las han recetado por un buen motivo, pero me es imposible seguir el tratamiento".*

Discurso mantenimiento: le es imposible hacerlo; tener que tomar tanta medicación le es incómodo.

Discurso de cambio: sabe que es importante tomarlas.

Escuchar todo el discurso de cambio que uno mismo ha elaborado es muy potente por eso terminaremos ofreciendo un sumario que resuma todo el discurso de cambio que la persona ha dicho.

Planificar es el proceso mediante el cual el profesional ayuda a las personas a formular un plan de acción específico para alcanzar el cambio deseado.

La planificación es un proceso colaborativo de negociación en el que recurrimos a la experiencia de la persona atendida, tanto o más que a la nuestra, porque al final, será ella quien lleve a cabo el plan de acción. Será su cambio.

Para negociar el plan es preciso elaborar un camino para trabajar conjuntamente con la persona asistida. Para llegar a concretar dicho plan conviene que durante la entrevista se haya contestado con claridad a las siguientes preguntas:

Aquellas que te llevan a conseguir el objetivo:

- *¿Cuál es la principal razón para cambiar?*
- *¿Cuál es la principal meta del cambio?*

- *¿Qué cosas planea hacer para conseguir los objetivos y cómo los prioriza?*
- *¿Qué personas le pueden ayudar?*
- *¿Cuál es el primer paso que quiere hacer?*
- *¿Confía en su plan?*

Aquellas que pueden suponer un obstáculo para conseguirlo:

- *¿Qué inconvenientes se te ocurren que puedan dificultar el objetivo?*
- *¿Qué es lo que más te preocupa para conseguirlo?*

La base de la discusión es elaborar un plan que encaje con las metas, necesidades, intenciones y creencias del paciente.

La decisión de pasar de evocar a planificar se basa en señales que indican al profesional que el paciente está preparado para la transición. Cuando la frecuencia del discurso de cambio aumenta y empieza a superar al discurso de mantenimiento, señala que se está produciendo un movimiento hacia el cambio. Otra señal es la visualización del cambio, la persona imagina que ya ha hecho el cambio y pondera y expone los problemas que podrían surgir. Y finalmente es habitual que la persona formule preguntas acerca del cambio, una vez empieza a valorar dicha posibilidad.

Cuando el profesional piensa que la persona atendida puede estar preparada para empezar a hablar del cambio, es él quien pasa de evocar a planificar. Como maniobras de ayuda para discernir la conveniencia de pasar al proceso de planificar, cabría preguntar directamente: *"¿Te parece bien que empecemos a hablar de cómo lo podríamos hacer...?"*

O también es útil formular una recapitulación consistente y acabar con una pregunta clave. La recapitulación es un sumario que contenga todo el discurso del cambio verbalizado, y que terminaríamos con una pregunta estratégica, del tipo: *"¿y ahora qué?"*; *"¿Cómo crees que deberíamos empezar?"*.

La claridad de la planificación dependerá de la claridad del objetivo. El disponer de un objetivo específico facilita concretar los pasos y evaluar el progreso.

El primer paso para ayudar a consolidar un plan específico consiste en ofrecer un resumen claro del mismo, para comprobar que tanto el profesional como la persona atendida lo comparten y están de acuerdo con él. También es importante hacer preguntas cuyas respuestas incluyan discurso de cambio movilizador: compromiso, activación o dar los primeros pasos. Otra manera de ayudar aquí es plantear y resolver los posibles problemas del plan.

El compromiso sucede cuando la persona se siente preparada, dispuesta y capaz de cambiar. Cuando acepte el nivel de activación y de **compromiso** que la persona esté dispuesta a ofrecer y refuerce todos los pasos en la dirección adecuada.

Lo más habitual es que el grado de compromiso de la persona con una actuación determinada sufra altibajos hasta llegar o no, a un período de consolidación, asumiendo y previendo que las recaídas o desviaciones del plan son muy previsibles.

Una vez tomada la decisión y establecido el plan, existen algunas estrategias útiles para facilitar el cumplimiento del plan:

- Comunicar el plan establecido a amigos, familiares y conocidos.

“A partir de mañana voy a salir a andar 10.000 pasos todos los días”.

- Informar por *whatsapp* y enviar las imágenes del recorrido realizado cada día a algún amigo de confianza.
- Celebrar y premiarse de alguna manera por cada día en el que se ha alcanzado el objetivo.
- Llevar un registro personal de la actividad de cambio, así como un autorregistro de los logros que se van consiguiendo.

A pesar de que el paciente se encuentre en estadio de cambio, el refuerzo continuo por parte del profesional es altamente recomendable ya que las recaídas se asumen como previsibles hasta que el nuevo comportamiento haya sido interiorizado e incorporado a los propios rituales de conducta de la persona.

9. RESUMEN

Como conclusión final de este capítulo resaltaremos que la EM no es una técnica, sino un conjunto integrado de habilidades de entrevista. Una formación en EM debe cubrir como mínimo los cuatro procesos básicos: vincular, enfocar, evocar y planificar. Entender el estilo y el espíritu global de la EM, y no sólo la técnica, es muy importante. El estilo empático y centrado en el paciente es fundamental.

La entrevista motivacional es una potente técnica facilitadora del cambio que puede ser aplicada por distintos profesionales de la salud y que añade valor a sus acciones. Aunque mayoritariamente ha sido estudiada en el ámbito de la salud mental y las adicciones, también puede ser aplicada en otros ámbitos asistenciales en los que en algún momento se requiera alentar un cambio de la persona como podría ser la promoción de la salud o la adherencia al tratamiento.

En el ámbito de la Atención Farmacéutica destacamos algunas diferencias significativas con respecto a la EM en el ámbito psicoterapéutico:

- El farmacéutico puede iniciar el proceso al tener conocimiento, por la medicación que dispensa, de los problemas que padece la persona y que pueden ser abordados mediante técnicas cognitivo-conductuales.
- El inicio de la actuación del profesional puede consistir en la generación de la disonancia cognitiva inicial. Siendo luego la persona la que, con el tiempo, pudiera solicitar o aceptar la intervención motivacional.

La intervención conductual ha de satisfacer tanto el nivel cognitivo como el conductual:

A nivel cognitivo:

- Corregir los pensamientos irracionales, mediante diálogo socrático.
- Aceptar los pensamientos intrusivos como ajenos a nuestro propio yo.

- Dar información veraz y contrastada sobre la situación contextual.
- Corregir el nivel excesivo de estrés y ansiedad.
- Corregir los niveles bajos de activación (tristeza, distimia, depresión...).

A nivel conductual:

- Corregir hábitos de comportamiento desviados de los considerados saludables.
- Consumo de tabaco y otros tóxicos.
- Dieta.
- Actividad física.
- Consumo de alcohol.
- Sueño.
- Integración social.
- Adherencia a los tratamientos.
- Potenciar la autoeficacia.

- Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. New York: Guilford Press, 2008.
- Bóveda Fontán J y col. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención primaria*, 2013;45(9):486- 495.
- García Flores R. y Sánchez Sosa JJ. Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, Vol. 23, Núm. 2: 183-193, julio- diciembre de 2013.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guildford Press, 1985.
- Miller WR and Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychoth* 2009; 37:129-40.
- Miller WR and Rollnick S. La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar. 3ª ed. Ed: Paidós, Barcelona; 2015.
- Miller WR and Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. 1ª ed. Ed: Paidós, Barcelona; 1999.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario, 1998.
- Prochaska, J. DiClemente C. (1982). Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: *Psychoterapy: theory, research and practice* 1982; 19:276-288.
- Rivera Mercado S, Villouta Cassinelli F y Ilabaca Grez A. Entrevista motivacional: ¿Cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Atención Primaria*, 2008;40(5):257-261.
- Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology* 1975; 91:93-114.
- Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, KInnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *Br Med J* 2005; 331(7522):961-3.
- Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la Entrevista Motivacional? *RET, Revista de Toxicomanías* 1996; 6:3-7.
- Rollnick S, Miller WR and Butler CC. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. New York: Guilford Press, 2008.
- Rubino G, Barker C, Roth T and Fearon P. Therapist empathy and Depth of interpretation in response to potential Alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research* 2000; 10: 408-20.
- Treatment Improvement Protocol Series (TIP) # 35. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment (2012). Department of Health and Human Services. U. S.

AUTORES



Dr. José Luis Marco Garbayo

Doctor en Farmacia
Especialista en Farmacia Hospitalaria
Máster en Farmacia Clínica y Asistencial



Dra. Lucrecia Bourgon Baquedano

Doctora en Farmacia
Especialista en Farmacia Hospitalaria
Máster en Coaching, PNL e Inteligencia Emocional



Dra. Isabel Pérez Castelló

Doctora en Farmacia
Especialista en Farmacia Hospitalaria
Máster en Calidad Farmacoterapéutica y Seguridad del Paciente



Dra. Rosa Fuster Ruiz de Apodaca

Doctora en Farmacia
Especialista en Farmacia Hospitalaria
Máster Internacional en Medicina Humanitaria



Dr. Manuel Koninckx Cañada

Doctor en Farmacia
Especialista en Farmacia Hospitalaria
Máster en Oncología Farmacéutica



Dra. María Teresa Faus Soler

Doctora en Farmacia
Especialista en Farmacia Hospitalaria
Máster en Oncología Farmacéutica

