

TALLER PACTANDO CON EL PACIENTE SUS CUIDADOS.

M^a Antonia Mota Segura. Enfermera C.S. Lorca-Centro.

OBJETIVO GENERAL: Proponer a los profesionales de enfermería la reformulación de su papel en la relación terapéutica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proponer el pacto de cuidados con el paciente como forma de superar la frustración que procede de los malos resultados de su práctica clásica cotidiana
- Proponer estrategias de potenciar el auto-cuidado del paciente, partiendo de la premisa que el paciente asuma la responsabilidad de definir sus objetivos terapéuticos de manera informada y clara.
- Exponer estrategias para mejorar la relación terapéutica a través de la entrevista Motivacional.
- Enseñar a reconocer la educación como herramienta terapéutica.

1.-INTRODUCCIÓN:

Entre las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios está el promover comportamientos saludables en los pacientes, tanto para mejorar su nivel de salud como para prevenir enfermedades, para lo cuál la Educación sanitaria se convierte en una herramienta terapéutica fundamental de nuestro trabajo.

Tradicionalmente, esta tarea se ha centrado en proporcionar información, más o menos personalizada, con la idea de que una persona bien informada desarrollará estilos de vida más saludables. Pero una buena información no es suficiente para provocar cambios. Esta tarea suele provocar, con frecuencia, impotencia, frustración y/o indignación al comprobar el "poco caso" de los pacientes a los bien intencionados y fundamentados consejos. La motivación, o deseo de cambio, para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores. Necesitamos aprender a desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la motivación de los pacientes.

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su *libertad de escoger*. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar beneficio. Tampoco nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea.

La gran mayoría de los profesionales de la salud se forman practicando todavía un modelo de medicina de enfermedad aguda (dirigida por los síntomas). En dicho modelo, el profesional de la salud es la autoridad responsable del diagnóstico, tratamiento y resultados relativos a determinado enfermo. La educación es normalmente directiva o centrada en el educador y los objetivos terapéuticos son definidos por el profesional de la salud. A medida que disminuyen las enfermedades agudas en los países desarrollados, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas. Pero la aplicación del enfoque directivo al cuidado de la enfermedad crónica no funciona. Los modelos directivos promueven la idea de que los profesionales de la salud saben lo que es mejor para el enfermo y su esfuerzo se canaliza a animar a sus pacientes a seguir sus recomendaciones. Los pacientes tendrían la obligación de seguir las prescripciones de sus cuidadores y los beneficios de su cumplimiento vencerían el impacto de estas recomendaciones en la calidad de vida de los pacientes.

Pretendemos que nuestros pacientes adopten y mantengan importantes modificaciones en sus estilos de vida, esto es que integren todas las actividades de gestión y tratamiento de su enfermedad en su rutina diaria, personal, familiar y profesional así como que las mantenga y las

vaya adaptando continuamente de acuerdo con la etapa de la vida en la que se encuentre. Para lograrlo, el profesional de enfermería tendrá que reformular su papel en la relación terapéutica con el paciente, liberándose de sus papeles tradicionales que demostraron poca eficacia y desarrollando un nuevo conjunto de capacidades que permitan establecer lazos de unión más fuertes entre el profesional de la salud y el enfermo (adquiriendo habilidades sobre técnicas de comunicación, teniendo en cuenta algunos principios que favorecen o desfavorecen la relación profesional usuario y siendo capaces de establecer mejor relación de ayuda con los pacientes y sus familias)

2.-LA EDUCACIÓN HERRAMIENTA TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA.

En 1998, la OMS de la región europea elaboró un informe sobre la Educación terapéutica del enfermo. En este informe la E.T. aparece constituida por el conjunto de actividades educacionales esenciales para la gestión de enfermedades crónicas, llevadas a cabo por los profesionales de la Salud formados en el campo de la educación, creadas para ayudar al paciente o grupo de pacientes (y a sus familiares) a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o se mejora la calidad de vida. Lo que es específico de la E.T. es que su efecto es aditivo con relación a otras terapias. La función es entrenar a los enfermos en las capacidades de autogestión y adaptación del tratamiento de su enfermedad crónica y en los procesos y capacidades de aceptación. Uno de los objetivos de esta terapia es reducir los costes a largo plazo para el paciente y para la sociedad.

La Educación terapéutica es un componente integral de la Enfermería, un proceso colaborativo que supone la comunicación entre la enfermera y el paciente, Su objetivo es aumentar la base de conocimientos del enfermo de forma que pueda mejorar o mantener su salud y bienestar. Sus principios se correlacionan directamente con el proceso de Atención de Enfermería que implica obtener una base de datos, valorarlos (identificando los problemas y necesidades), redactar los objetivos, planificar y poner en práctica las acciones de Enfermería y efectuar una evaluación.

El aprendizaje supone un cambio relativamente permanente de conducta que deriva de una modificación en las creencias o en la forma de actuar como resultado de la experiencia y que ayuda al enfermo a aumentar su comprensión, reduce sus ansiedades y altera sus hábitos en el cuidado de la Salud.

Es por ello que antes de poder poner en marcha cualquier tipo de enseñanza la enfermera ha de valorar al enfermo, sus conocimientos y creencias, su entorno, identificar sus necesidades, priorizándolas, pactar los objetivos educativos, para poder así planificar y poner en práctica las actividades y evaluar los resultados, en función de los objetivos planteados

¿ Cómo lo proponemos?

La educación ha cambiado para propiciar la adhesión usando técnicas y estrategias motivacionales o comportamentales que buscan inducir al enfermo a cambiar. Los modelos de educación en Educación terapéutica también han evolucionado de un modelo clásico centrado en la enseñanza (dirigido por el formador) a un **modelo negociado** (entre formado y formador).

A pesar de ello, los resultados medidos por indicadores, o por adherencia a tratamientos y control de enfermedades crónicas en determinados programas de salud siguen siendo decepcionantes. Es preciso adoptar un nuevo modelo que reconozca que el enfermo tiene el control y la responsabilidad diaria de sus cuidados y para que el plano terapéutico tenga éxito debe adaptarse a los objetivos, prioridades, y estilo de vida de la persona, necesitamos un modelo centrado en el aprendizaje (dirigido por el paciente).

Ya en 1955, V.Henderson definía *la Salud equiparándola a independencia, en términos de habilidad del paciente* para realizar sin ayuda lo que ella llamó los 14 componentes básicos de los cuidados de Enfermería y D.Orem definía el autocuidado como " *las acciones que permiten al*

individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o las heridas y hacer frente a sus efectos”.

Los **principios** ha tener en cuenta para que el modelo funcione son:

- Casi el 100% de los cuidados en patologías crónicas son realizados por el propio enfermo y/o un familiar
- El equipo de salud proporciona su experiencia, educación y apoyo psicológico, pero no controla la enfermedad.
- La probabilidad de que una persona inicie y mantenga importantes modificaciones en su estilo de vida disminuye si estas carecen de significado para esta misma y no han sido escogidas por ella..

En la práctica, si los enfermos se ven como colaboradores que establecen sus propios objetivos, el concepto de adhesión se vuelve irrelevante. Si ellos definen sus objetivos, su motivación pasa a ser intrínseca. Por lo menos hay que definir dos pasos en este proceso. El primero es la redefinición de los papeles y responsabilidades para adaptarse a este nuevo patrón de cuidados. El segundo consiste en la necesidad de crear una relación entre el enfermo y el profesional de salud que promueva la colaboración y el espíritu del nuevo equipo.

Este modelo permite pasar de una frustración de las dos partes (del profesional, que no consigue que la persona siga sus instrucciones y del enfermo que se siente obligado a conseguir objetivos ajenos a él) a la creación de un equipo eficaz que *se basa en la experiencia y el saber mutuo, así como en la corresponsabilización.*

Evaluar los objetivos de los enfermos, sus capacidades, prioridades, competencias, apoyos y barreras los coloca en el centro de la interacción de la gestión de su enfermedad. El papel del profesional de enfermería sería ayudar a tomar decisiones basadas en la información para alcanzar sus objetivos y superar obstáculos a través de la educación, transmitir adecuadas recomendaciones sobre los cuidados, proporcionar consejo técnico profesional y pertenecer a su red de apoyo.

Con este modelo se podrían utilizar muchas estrategias educacionales, preferentemente deberíamos utilizar técnicas interactivas que implicaran a nuestros pacientes en la solución de problemas, teniendo en cuenta sus necesidades culturales y psico-sociales. A partir de las diferentes experiencias individuales, se podrían construir programas de grupo de manera que se correspondan con las necesidades de los grupos creados. Debiendo crear una estructura de cuidados continuados que permita mantener y desarrollar los avances conseguidos a través de la educación. En este proceso continuado de educación y de cuidados, la definición de objetivos es una pieza fundamental, los enfermos que participan en la selección de objetivos (y pueden observar los resultados) tienen mayor probabilidad de tener éxito a la hora de alcanzarlos.

La Definición de objetivos, se hace por medio de 5 pasos:

1. Definir el problema
2. Evaluar las creencias, pensamientos y sentimientos del enfermo hacia ese problema
3. Identificar los objetivos que alcanzar a largo plazo
4. Escoger y comprometerse a efectuar las modificaciones comportamentales que lleven al individuo a concretar sus objetivos definidos
5. Evaluar el esfuerzo e identificar lo que se ha aprendido durante el proceso.

Beneficios que puede aportar este nuevo enfoque.

- Los profesionales de Salud pueden lograr más satisfacción si ven que alcanzan objetivos previstos, ya que fueron definidos por el enfermo
- Los profesionales perderán menos tiempo en técnicas de motivación ya que los pacientes están motivados por haber definido ellos los objetivos.
- Los profesionales pueden verse beneficiados por el hecho de compartir la responsabilidad de los resultados

Riesgos o costes potenciales

- El profesional corre el riesgo de perder el control del tiempo en consulta, lo que obliga a una adecuada gestión del tiempo
- Supone peligro de frustración profesional en el caso de que los objetivos del paciente se alejen de las creencias de los profesionales o expresen sentimientos negativos sobre su estado.

3.-ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.

¿Qué hace cambiar a las personas?

La motivación, o deseo de cambio, que en EPS es el motor para pasar del conocimiento a la práctica surge de una necesidad no satisfecha, puede verse influida por muchos factores. Los principios más importantes del cambio son los siguientes:

- *La motivación intrínseca:* la capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es poco susceptible de ser incrementada desde fuera por "transfusiones de voluntad". La voluntad no es otra cosa que la motivación para el cambio y los sanitarios podemos ser facilitadores de ese cambio.
- *La elección y el control propios:* la persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.
- *El auto-convencimiento auditivo:* se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma. Por esto es importante que el paciente saque sus propios argumentos y si los sanitarios se los repetimos ayudamos a que los oiga dos o tres veces ("Dices que quieres dejar de fumar porque te va mal para la respiración").
- *La autoconfianza o autoeficacia percibida:* Es la creencia que el individuo tiene sobre su propia capacidad para llevar a cabo una acción, o manejar una situación futura, si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.
- *La ambivalencia:* El paciente experimenta dudas y ambivalencias respecto a su estado. ¿quiero o no quiero cambiar? Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio. Está presente en casi todos nuestros actos y aún más en las conductas adictivas ("Querría adelgazar pero me gusta mucho comer"). Por un lado desea mejorar su salud y evitar complicaciones o sufrimientos y mantener su calidad de vida y por otro quiere seguir con sus conductas habituales y no desea enfrentarse a realidades que cortapisen su antigua forma de libertad. En su discurso el paciente emite muchos mensajes que son contradictorios
- *El traje a medida:* cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentre en el proceso de cambio.
- *La relación interpersonal:* La motivación y la resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órdenes del sanitario pueden provocar oposición al cambio ("Tienes que dejar de beber"). Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del

paciente sin provocar su reactividad psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación).

La entrevista Motivacional

La entrevista es el pilar de la comunicación en nuestro día a día y no cabe duda que la atención sanitaria y sus resultados van a depender de cómo el profesional y consultante se relacionen.

La entrevista motivacional es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No se trata cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes.

La EM permite al profesional de atención primaria provocar un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin penalizarlo por ello. Es más eficaz decirle al paciente "entiendo que te resulta difícil controlar la comida" que decirle "si no controlas la comida no entiendo para qué acudes a la consulta a pesarte", ya que el hecho de acudir significa que no es indiferente a su situación actual y algún tipo de ayuda podremos prestar.

Principios generales de la entrevista motivacional

La EM consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de atención primaria.

Se basa en cinco principios:

- *Expresar empatía.*

La empatía es una actitud que supone una escucha atenta y objetiva, tanto al contenido (lo que dice), como al tono emocional (como lo dice). Se trata de ponerse en el lugar del otro para intentar comprenderlo desde él. Significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo o darle la razón, sino que le reconocemos el derecho de que vea las cosas como las ve y de que las sienta como las siente. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo?. La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa. Permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente al paciente) y con palabras ("entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido").

- *Desarrollar la discrepancia*

Lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.

- *Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia.*

Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el sanitario más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta. Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente.

- *Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes del sanitario que pueden facilitarlas*

Tratar de imponer un cambio por "su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio, etc.

- *Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia.*

Recogiendo para ello los aspectos positivos que el paciente manifiesta en su discurso. Las soluciones deben surgir del propio enfermo .desde lo que es capaz de hacer, desde lo que desea, lo que le ilusiona y lo que le aporta esperanza .Si el cambio ha de provenir del propio enfermo, es el refuerzo de sus propias capacidades el que habrá de estimularlo. No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

Técnicas de apoyo narrativo

Existen cinco técnicas que ayudan a que el paciente pueda sentirse aceptado y entendido, y que vaya avanzando en verse a sí mismo, y a la situación en que se encuentra, de una forma clara como primer paso para el cambio:

1. Preguntas abiertas. Son aquellas que no pueden contestarse solamente con una o dos palabras a diferencia de las preguntas cerradas. En el contexto de la comunicación terapéutica deben emplearse preguntas de tipo abierto, porque permiten al paciente expresarse en profundidad, refiriendo lo que siente y lo que opina., por ej. ¿Qué te preocupa al ver estos análisis? o ¿cómo afecta el tabaco a tu vida? Este tipo de preguntas permiten y animan al paciente a explicarse aumentando así su percepción del problema. Una persona cuando habla elabora información y emociones asociadas a lo que va diciendo. Una buena manera de comenzar una EM es con una pregunta abierta del tipo ¿... qué aspectos de tu salud te preocupan más?. Las preguntas cerradas se pueden emplear en casos puntuales, cuando se quiera una respuesta concreta, pero nunca como forma de diálogo

2. Escucha Activa. Es una de las habilidades fundamentales de la EM. El objetivo es transmitirle al paciente que se le escucha, que se procura comprender lo que expresa. Con la escucha reflexiva se trata de intentar comprender y deducir lo que el paciente quiere decir con exactitud. Escuchar activamente es uno de los pilares de la empatía. Se trata de averiguar lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Estas afirmaciones pueden ser de cinco tipos:

- **Repetición** de alguna palabra dicha por el paciente y que nos parece importante.
- **Refraseo.** Es como lo anterior pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo.
- **Parfraseo.** Aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo hablado por el paciente.

- **Señalamiento emocional.** Es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: "Te veo un poco triste", "parece que esto que hablamos te emociona".
- **Silencios.** Utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en el paciente porque de forma no verbal le estamos indicando que le entendemos y aceptamos. Permiten, también, un tiempo imprescindible de autoobservación acerca de lo que acaba de decir y sentir.

3. *Puntuar e insistir sobre los aspectos positivos que nos revela el enfermo con la finalidad de valorarlo y de que se de cuenta de todo lo bueno que tiene y que hace.* Significa afirmar y apoyar al paciente, destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él mediante comentarios y frases de comprensión. Sirve para rehabilitar su autoestima y el sentido de autoconfianza (" Me imagino que este cambio te habrá costado mucho, pero te ha valido la pena, me alegro y valoro tu esfuerzo..."). A medida que el paciente se siente escuchado y aceptado por el terapeuta, él se vuelve capaz de escucharse y aceptarse, aumenta la comprensión y el control sobre sí mismo y su sensación de poder.

4. *Resumir intentando destacar de lo dicho por el paciente lo que nos parece más crucial.* Con el fin de saber si ambos (profesional y usuario), hablamos lo mismo y de lo mismo, nos permitirá ver si el enfermo nos está comprendiendo y a él sentirse escuchado y comprendido

5. *Afirmaciones de automotivación.* Favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras que pueden ser sobre diferentes aspectos:

- Reconocimiento del problema: ¿De qué manera esto ha sido importante para ti?
- Expresión de preocupación: ¿Cómo te sientes con tu forma de beber?
- Intención de cambio: ¿Cuáles son las razones que tu ves para cambiar?
- Optimismo por el cambio: ¿Qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas? Una forma general de pregunta es: ¿Qué más...?

El que el paciente continúe realizando afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia dependerá, en parte, de nuestra manera de responder siendo importante hacerlo de forma que comuniquemos aceptación, reforcemos la autoexpresión y estimulemos un análisis continuo.

El trabajo del profesional, en este tipo de entrevista, es facilitar la expresión por el propio paciente de los argumentos para cambiar como forma de resolver su ambivalencia y que avance hacia una decisión de cambio. *Idealmente se trata de conseguir que el paciente quiera convencernos de la necesidad de que él cambie.*

Técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio

Para que el diálogo sea fluido y eficaz avanzando hacia la determinación del cambio las siguientes técnicas sirven de ayuda:

- Reforzar de forma verbal y no verbal las afirmaciones de automotivación del paciente.
- Hacer decisión balanceada, que significa indicar los aspectos positivos y negativos de ambas conductas, antigua y nueva a adquirir, que el paciente haya explicitado: "Dices que beber alcohol tiene cosas buenas como...y otras malas como...y también dices que no beber tiene como positivo...y como negativo...".
- Provocar la elaboración pidiendo ejemplos concretos y específicos, clarificando el cómo, cuándo, etc.
- Utilizar los extremos imaginando la peor de las consecuencias posibles.

- Mirar hacia atrás y/o hacia delante. Visualizar con el paciente cómo era antes de adquirir el hábito y/o cómo se encontrará después de abandonarlo.
- Explorar valores realmente importantes para la vida del paciente (¿qué es importante en tu vida?).
- Utilizar la paradoja, hacer de abogado del diablo. Esta técnica puede ser desbloqueadora de situaciones aparentemente irresolubles pero es bastante arriesgada. Requiere adiestramiento y no puede utilizarse con cualquier persona ya que precisa un cierto nivel de autoestima. Al ponerse el profesional del lado de los argumentos del paciente éste puede observar "desde fuera" lo absurdo de su situación. Tipos de intervenciones paradójicas son: "No creo que valga la pena que lo intentes" o "Por lo que dices, probablemente en este momento lo más acertado es que sigas bebiendo lo mismo".

Trampas a evitar

Hay varias trampas que interfieren rápidamente en el progreso del paciente hacia el deseo del cambio. Son maneras de encarar la entrevista que generan resistencias en el paciente

- *Pregunta-Respuesta.* Significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo y no facilita la reflexión y elaboración por parte del paciente. Se evita con preguntas abiertas y escucha reflexiva. Como norma general conviene evitar el formular tres preguntas abiertas seguidas.
- *Confrontación-Negación.* Es lo más frecuente y la trampa que más interesa evitar. Cuanto más enfrentemos al paciente con su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio con respuestas del tipo
- *Trampa del experto.* Ofrecer, con la mejor intención, respuestas y soluciones al paciente llevan, a éste, a asumir un rol pasivo totalmente contrario al enfoque de la EM.
- *Etiquetaje.* Clasificar a un paciente por un hábito con etiquetas que, a menudo, acarrearán un cierto tipo de estigma en la gente ("Eres..."). Los problemas se pueden analizar sin necesidad de poner las etiquetas que provocan resistencias innecesarias.
- *Focalización prematura* por lo que al sanitario le parece más importante mientras el paciente desea hablar sobre otros temas que le preocupan y que son más amplios. Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la entrevista y el empezar con las preocupaciones del paciente facilita la tarea. Si intentamos centrar rápidamente el tema, por ejemplo en una adicción del paciente, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.
- *Culpabilización.* Desaprovechar tiempo y energía en analizar de quién es la culpa del problema pone al paciente a la defensiva. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente.

4.- ENTREVISTA MOTIVACIONAL APLICADA EN A. PRIMARIA

La comunicación es difícil, y de vital importancia en la relación con nuestros pacientes, a veces nos quejamos de que los pacientes no responden como nos gustaría, pero no nos paramos a considerar como es nuestra forma de acogerlos o de comunicarnos con ellos, por ello es importante que tengamos presente siempre 4 principios.

1. Lo que está claro para mí, solamente lo está para mí
2. Hablando de lo mismo no hablamos de lo mismo
3. El significado no está en las palabras sino en las personas
4. Lo que hace daño no es lo que decimos sino cómo lo decimos

La entrevista es una situación interpersonal en la que se logra una conexión emocional con los pacientes mediante un acogimiento adecuado y una relación empática, consta de tres fases:

- **Fase de iniciación o acogida.** El comienzo o acogida es un momento de especial importancia, ya que es entonces cuando se produce la toma de contacto y la gran mayoría de veces la primera impresión puede marcar la posterior relación enfermera-paciente. Es la puerta de entrada a la comunicación, su objetivo es crear un clima de confianza con el enfermo a fin de proporcionarle el contexto adecuado para encontrar las respuestas y los recursos necesarios que le permitan tomar sus propias decisiones. También hay que recordar que la acogida no es sólo para el primer encuentro, sino que precede a cada relación con el enfermo.

- **Fase exploratoria** en la que se intenta comprender cuál es el problema del paciente, utilizando técnicas que permitan el vaciado de información. Obtener los datos necesarios para establecer la naturaleza del problema, sus creencias y las expectativas del paciente (Apoyo narrativo). Explorar la idea que tiene el paciente sobre la naturaleza de la enfermedad y los sentimientos que le produce (especialmente los miedos). Pueden utilizarse apreciaciones del tipo "le veo preocupado", o preguntas abiertas del tipo "¿hay algo que le preocupe de todo este problema?". Incorporar a la exploración el contexto familiar, social y laboral, sobre todo en determinadas situaciones complejas o cuando intuimos problemas psicosociales. Esto puede modificar el abordaje que hagamos.

- **Fase resolutive.** Después de la fase exploratoria, cuando ya nos hemos hecho una idea del problema, es cuando debemos informar al paciente y negociar con él. En esta fase que consta de dos etapas que se entremezclan entre sí (información y negociación o pacto) es donde hay una mayor intervención del profesional. Al informar se pretende que el paciente pueda elegir en su derecho a la salud, la negociación, incluye el diálogo, para intercambiar opiniones y reconvertir ideas, y la fase de acuerdo para alcanzar acuerdos finales.

Durante esta fase es deseable tener presente los siguientes elementos:

1. **Recapitulación.** Es importante al finalizar resumir los datos más significativos, de lo que hemos hablado y de las conclusiones a las que hemos llegado. Haciendo ver que hemos comprendido lo que le ocurre y le preocupa, así como su situación y sus necesidades, debiendo dejar claro lo que es posible hacer y lo que no. Por otra parte además de ser una forma de concluir la relación, ayuda a que queden claros y concretos todos los problemas y las soluciones que junto con el enfermo, hemos ido perfilando y abordando, por otra parte si tenemos nuevas entrevistas con el enfermo una buena forma de comenzar es haciendo un resumen de los que se trató la última vez.
2. **Plan de actuación y negociación.** Debe cumplir ciertos requisitos.
 - a. Enunciación de problemas u opinión del sanitario, emitida de forma abierta sobre el problema de salud que se ha consultado
 - b. Debe negociarse cada paso con el paciente, buscando su acuerdo o su consentimiento a cada elemento, y teniendo en cuenta sus condicionantes e incluso sus gustos particulares. Se trata de preparar un pacto con el enfermo en el que han de comprometerse ambos interlocutores
 - c. Durante la explicación y la negociación han de fomentarse la auto-eficacia y la auto-motivación, reforzando en lo posible las capacidades de afrontamiento que posee el paciente.
 - d. También en esta fase se le puede explicar las distintas fuentes de ayuda de que dispone el sistema en general.
3. **Contrato terapéutico.** Una vez explicado y negociado el plan, el profesional y el paciente deben comprometerse a seguirlo mediante un acto contractual, bien de forma

simbólica, o dando al enfermo una copia del plan de actuación o instrucciones a seguir, para que ambas partes tengan en su poder un documento de lo pactado.

4. **Despedida.** Al terminar es importante:
 - a. Preguntar al paciente si tiene alguna pregunta más o algo que desea comentar antes de irse.
 - b. Mantener las buenas formas sociales y cortesía agradeciéndole su presencia, dejando la puerta abierta para volver o concertando una nueva cita.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL BREVE

Las técnicas de EM representan mayor ayuda para los profesionales de atención primaria que para el resto debido a la continuidad de la asistencia que se presta .

Necesitamos técnicas breves y eficaces para aplicarlas en nuestra realidad de tiempo de consulta escaso y gran variedad de situaciones que requieren cambios conductuales profundos para su resolución.

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento:

1. Evitar la confrontación con el paciente, situación frecuente cuando nos centramos en informar y el paciente no está seguro de si desea el cambio.
2. Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta.

La entrevista motivacional breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Estas breves intervenciones resultan eficaces y, además, incrementan nuestra satisfacción como profesionales.

Tiene cuatro momentos diferenciados:

- Inicio de la entrevista: introducir un tema/problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (¿Quieres que hablemos de ... ?).
- Exploración de motivos de preocupación: comporta que el paciente empiece a elaborar sobre sí mismo y le ayudamos con técnicas de apoyo narrativo (¿Qué dificultades crees que tienes para hacer ejercicio?).
- Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (Dices que cuando empiezas un régimen te pones triste y apagada).
- Finalizar realizando un sumario de lo expresado por el paciente y preguntándole si es correcto (¿Te he comprendido bien?).

BIBLIOGRAFÍA:

- Alfaro-Lefevre Rosa Linda .El pensamiento Crítico en Enfermería. Un enfoque práctico.Editorial Masson.SA 1996
- Bimbela Pedrola JL. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Escuela Andaluza de Salud Pública 2001. Series monográficas EASP; 31

- Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica para la Atención Primaria de Salud. Ediciones Doyma S.A. Barcelona 1989.
- Borrell F, Cebriá. Relación Asistencial y modelo biopsico-social. En Martín ZurroA,Cano JF eds. Manual de Atención Primaria Barcelona Mosby-Doyma 1994son S.A. Barcelona 1991.
- Cibanal Jua Luis. Métodos y técnicas de comunicación. La comunicación en el proceso asistencial. Tipos de comunicación. Habilidades y actitudes del educador. Curso Estrategias para mejorar la eficacia de la educación terapéutica en personas con diabetes año 2005.
- Joao Filipe C S Raposo. De la educación clásica al empowerment. Curso Estrategias para mejorar la eficacia de la educación terapéutica en personas con diabetes año 2005-2006.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Guía de Asociaciones. Ayuda Mutua y Autocuidado.1988
- Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Ediciones Rol S.A Barcelona 1989
- P. Pascual, S. Indurain . Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Centros de Salud Rochapea y Berriozar (Navarra) respectivamente. Año 2005
- Simón-Talero Martin. Entrevista Clínica. Manual de Metodología de trabajo en Atención Primaria1989
- S. Lizarraga, M. Ayara. Entrevista Motivacional. Grupo Comunicación y Salud. Centro de Salud de Huarte (Navarra). 2005
- World Health Organization. Regional Office ford Europe. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for helathcare providers in the field of prevention of chronic diseases. 1998