



CURSO DE INTERVENCIÓN BÁSICA EN TABAQUISMO PARA PERSONAL SANITARIO

Módulo IV: EVALUACIÓN DE LA PERSONA FUMADORA

DOCENTE: ALMUDENA PIÑOL PÉREZ.
TCA. PROMOCIÓN DE SALUD
AGS NORTE DE ALMERÍA



TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Intervención Básica

Intervención Avanzada

Intervención Especializada



INTERVENCIÓN BÁSICA

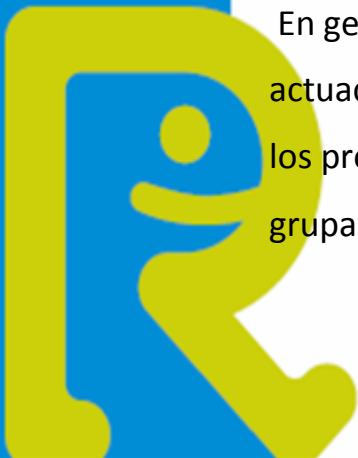


La **intervención básica** es el eje y el soporte de cualquier programa de tratamiento del tabaquismo en servicios sanitarios integrados. Esto quiere decir que en su conjunto la transformación mas importante de practicas profesionales que se debe hacerse en los Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía para enfrentar esta epidemia, es que sus casi 55.000 trabajadores asistenciales incluyan el consejo profesional del abandono de tabaco con sus pacientes fumadores.

Sin embargo para que esto sea posible hay que vencer algunos obstáculos:

El primero se deriva de la escasa importancia que los propios profesionales (incluidos aquellos especialistas que tratan patologías derivadas del tabaquismo) le conceden a esta intervención. Su denominación de “mínima” apunta en ese sentido y la confusión terminológica que esta a su alrededor también.

En general se identifica la **intervención básica** con Atención Primaria (espacio donde se realizan las actuaciones no especializadas), pero esto es falso, la intervención básica es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios en cualquier contexto asistencial y la **intervención avanzada** (individual o grupal) no es sinónimo de especialista o atención especializada.



INTERVENCIÓN BÁSICA



El segundo obstáculo es el ya citado de la confusión terminológica que puede llevar a pensar que cualquier consejo relacionado con el tabaco es intervención básica, en un “vale todo”. Esta presentación pretende describir con precisión a que nos referimos como eje del modelo asistencial de abordaje del tabaquismo y presentar datos contundentes de su efectividad, el impacto en la salud pública y de la relación coste/beneficio que posee.

Por último queremos precisar que entendemos que la intervención básica se caracteriza por su carácter oportunista (en cualquier situación asistencial), independiente (pero ajustada a) del estadio de cambio del fumador y basada en la autoridad del consejo profesional y de la relación que se establece con el paciente. De una intervención básica puede derivarse un abandono espontáneo del hábito sin precisar otra ayuda profesional, también puede traducirse en una demanda de tratamiento (intervención avanzada individual o grupal) que realice el mismo profesional o no.

En Andalucía la intervención especializada se realiza en las Unidades de Apoyo al Plan Integral de tabaquismo cuya ubicación puede ser en Atención Primaria u Hospitales.





Intervención Básica

Valoración

Registro

Consejo profesional

Seguimiento oportunista



INTERVENCIÓN BÁSICA



La intervención básica tiene 4 componentes:

- 1. Valoración:** con ella pretendemos fundamentalmente ubicar al paciente en el *estadio de cambio* en que se encuentra. La respuesta del sistema (y del profesional en ese momento) depende de ello. En el estadio precontemplativo un consejo firme y personalizado, la disponibilidad de ayuda y la entrega de un folleto informativo es lo adecuado. El estadio contemplativo requiere además influir en el balance decisional del paciente con argumentos a favor dados verbalmente o por escrito y preguntar directamente si el paciente se encuentra en condiciones de poner una fecha de abandono en las próximas semanas. Si esto es así, podemos explorar su *motivación* dándole una cita para una intervención avanzada y valorando su grado de *dependencia física* (Fagerström reducido) de cara a la posible indicación de tratamiento farmacológico.
- 2. Registro:** el registro del hábito (fumador o no) y de algunas fases del estadio de cambio (precontemplativo, contemplativo, seguimiento de exfumadores) facilitan las intervenciones sucesivas acortándolas en tiempo y sobre todo suponen una señal al profesional para recordar la necesidad de la intervención y su tipo. Es claro que este registro tiene que estar a la vista en cuanto se abre la historia clínica y que tiene que ser fácilmente reconocible.



INTERVENCIÓN BÁSICA



Consejo profesional: Se desarrolla mas adelante

Seguimiento oportunista: La eficacia de esta intervención se multiplica si en vez de ser aislada en el tiempo, se repite de forma sistemática y por diversos agentes de salud, que no lanzan mensajes contradictorios. El propósito es hacer avanzar al paciente en su camino hacia el abandono. La situación del profesional de Atención Primaria de cara al seguimiento es ideal, ya que la historia de relación que construye con el paciente es longitudinal, pero para ello necesita de un adecuado registro que le recuerde que la intervención debe hacerse y de que forma.



Intervención Básica

Consejo profesional

Breve

Firme

Personalizado

Oportuno

Sistematizado

Motivador



INTERVENCIÓN BÁSICA: CONSEJO PROFESIONAL



- Desarrollemos con detalle el consejo profesional. Tenemos que recordar que el contexto en el que se hace (escasez de tiempo, habitualmente con conocimiento previo del paciente, posibilidad de contactos repetidos) condiciona sus características.
- Habitualmente la técnica de consejo (el profesional prescribe una conducta deseable en función de su autoridad y de la posición que ocupa) se contrapone a la entrevista motivacional (centrada en las necesidades del paciente, no prescriptiva). Esto es así en la mayoría de las ocasiones, especialmente con fumadores precontemplativos, sin embargo en estadios contemplativos con ambivalencia frente al tabaco (hay cosas que me da y hay cosas que me quita) la prescripción firme puede generar resistencias y quizás sea más conveniente hacer hincapié en aportar razones para dejarlo más que aconsejar sin otros argumentos que la salud del paciente.



EL REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN BÁSICA



- ¿POR QUÉ REGISTRAR?: todo lo que no se registra no se ha realizado. Es una forma de hacer el seguimiento a la persona fumadora.
- ¿A QUIÉN REGISTRAR?: a todo paciente al que preguntamos si es fumador/a o no.
- ¿CUANDO REGISTRAR?: en el momento en que le preguntemos.
- ¿DÓNDE REGISTRAR?: depende si soy trabajador/a del hospital o de AP.



EL REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN BÁSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA



El registro de la Intervención básica en Atención Primaria, se hace en DIRAYA.

- En primer lugar es conveniente registrar los hábitos tóxicos que están en la parte izquierda de la pantalla de inicio con el botón derecho. Nos pedirá que datos sobre el inicio del consumo, el número de cigarrillos.
- Mantenemos los hábitos tóxicos hasta que el paciente deje fumar independientemente de la cartera de servicios.
- Para registrar la Intervención Básica: pulsamos botón derecho del ratón sobre tarjeta sanitaria/farmacia.
- Pulsamos cartera de servicios, añadir servicio y lo seleccionamos. No le ponemos fecha de cierre y el programa automáticamente le pone la fecha en que lo registramos.
- Si el paciente decide dejar de fumar lo borramos y le ponemos Intervención Avanzada Grupal o Individual o bien, si lo ha dejado lo quitamos de Cartera de Servicios.



EL REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN BÁSICA



En Atención Hospitalaria:

- Podemos registrar en DIRAYA y AZAHAR.
- En DIRAYA registran médicos/as y enfermeros/as.
- En AZAHAR solo enfermería porque es un módulo de cuidados de enfermería.
- AZAHAR: presente en hospitalización en Pediatría, Tocoginecología, Cirugía, Trauma, Medicina Integral, UCI y Salud Mental.
- DIRAYA: urgencias y consultas externas





Intervención Básica

Diagnóstico

Registro

Consejo sanitario

Seguimiento oportunista



Resumiendo; la intervención básica tiene 4 elementos fundamentales: la valoración diagnóstica, el registro del hábito en su estadio de cambio, el consejo profesional y el seguimiento oportunista





Intervención Básica

Valoración

Registro

Consejo médico

Seguimiento oportunistico

10%



RED DE FORMADORES
PLAN INTEGRAL
DE TABAQUISMO
DE ANDALUCÍA



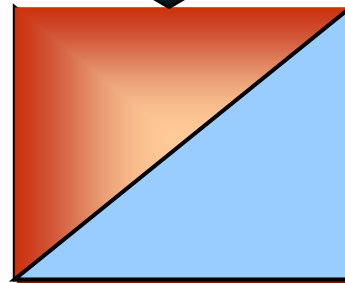
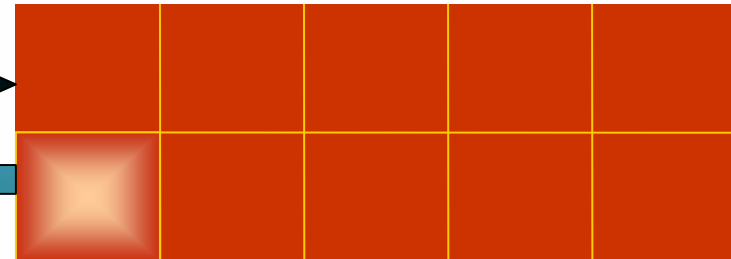
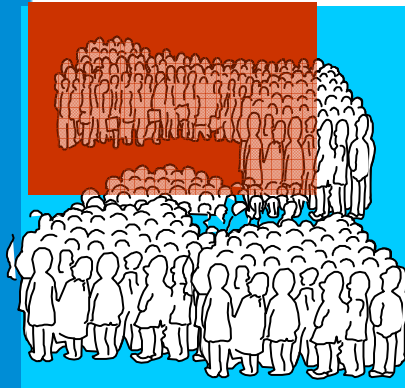
La realización de esta Actividad supone que aproximadamente el 10% de los pacientes que la reciben dejarán de fumar y se mantendrán abstinentes después de un año.



Intervención Básica

2.000 personas

700 fumadores



70 ex fumadores



35 vidas salvadas

REO DE FORMADORES
PLAN INTEGRAL
DE TABAQUISMO
DE ANDALUCÍA

Es decir, en un cupo de medicina de familia de 2000 personas con los datos de prevalencia actuales conseguiremos en un año que 70 personas dejen de fumar y por tanto que 50% de ellas se libren de una muerte prematura atribuible al tabaco. 35 vidas salvadas en un año,

En un Centro de Salud de 10 médicos que realice grupos multicomponentes (efectividad de 40% de abstinencias al año en los pacientes tratados) podrán incorporarse a esta terapia 90 pacientes al año (6 grupos anuales de 15 personas a 6 sesiones semanales) de los cuales a la año estarán sin fumar 35.

Las cifras hablan por si solas 700 (70 por cada médico, 10 médicos) frente

a 35



Tiempo medio empleado

Identificación



23 segundos



Consejo
Valoración de la motivación
Oferta de ayuda



3 minutos
33 segundos

Fuente: Grandes y col. Gac Sanit.2001



DE TABAQUISMO
DE ANDALUCÍA



Aunque uno de los obstáculos mas citados por los profesionales para no hacerlo es la falta de tiempo, parece que las investigaciones recientes demuestran que en la practica esta intervenci3n consume menos tiempo que tomar la tensi3n arterial: ¿a que hipertenso nos negaríamos a tomar la tensi3n, si lo consideráramos necesario para su control, alegando falta de tiempo?

Fuente: Grandes y col. Gac Sanit.2001





**Si practicamos la intervención básica,
es decir, el consejo médico,
cada año dejarían de fumar
en España alrededor de**

300.000 personas





LAS CINCO A's DE LA INTERVENCION AVANZADA



AVERIGUAR



Preguntar sistemáticamente a todo paciente que entra en nuestra consulta sobre su hábito tabáquico

¿Es usted Fumador/a?



PREGUNTAR/AVERIGUAR:

Así, el punto de partida será **preguntar sistemáticamente** a todo paciente que entra en nuestra consulta sobre su hábito tabáquico, dado que si no sabemos si fuma difícilmente podremos aconsejarle la deshabituación.

Además, contaremos con un sistema de **registro del hábito tabáquico**, que se puede realizar bien directamente en el ordenador o DIRAYA o AZAHAR o bien en la historia clínica de la persona



ACONSEJAR



Características Del consejo mínimo

Serio
Sencillo
Breve
Firme
Personalizado



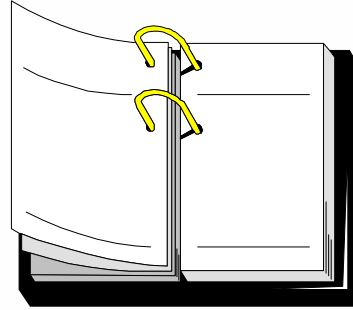


ACONSEJAR:

Señalar que en todos los casos nuestro **consejo** debe de ser sistematizado, serio, firme, sencillo, corto (2-3 minutos como máximo) y personalizado, incluyendo elementos informativos sobre educación sanitaria y haciendo especial énfasis en los beneficios que el paciente obtendrá al dejar de fumar, siendo siempre positivo, pero informando también de los riesgos que el paciente debe asumir si sigue fumando.



ACORDAR UN PLAN



- Disposición
- Fase del fumador
- Grado motivacional para el cese
- Grado dependencia a la nicotina





ANALIZAR Y ACORDAR UN PLAN

Además, a la hora de intervenir en un momento determinado sobre el consumo de tabaco de nuestro paciente, siempre consideraremos previamente cuatro elementos:

- 1.- Etapa del proceso de cambio en la que se encuentra el fumador.
- 2.- Actitud y conducta del fumador en relación al tabaco.
- 3.- Grado de motivación para dejar de fumar.
- 4.- Grado de dependencia nicotínica y psicológica.

Finalmente, ha de concretarse un programa personalizado de tratamiento. Para ello, suele ser útil seguir alguna de las guías disponibles para dejar de fumar en distintos formatos (libros de autoayuda, folletos o guías, videos o programas de TV, etc.). La planificación del abandono ha de ser, en cualquier caso, consensuada por terapeuta y paciente.



AYUDAR A RESOLVER LOS PROBLEMAS Y PROGRAMAR SEGUIMIENTOS





AYUDAR A PROGRAMAR SEGUIMIENTOS

Para desarrollar el programa hemos de prever un número determinado de sesiones de apoyo y seguimiento destinados a la resolución y el afrontamiento de las dificultades, el seguimiento de la terapia farmacológica si procede y la prevención de recaídas



INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL



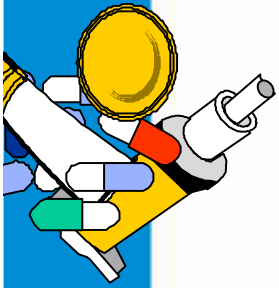
CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Quiere dejar de fumar, e intentarlo en este momento.
- Estadios de:
 - Preparación para la acción (fuma y tiene la intención de dejarlo en los próximos 30 días, en el último año ha estado sin fumar al menos 24 horas) y
 - Acción (lleva entre 1 día y 6 meses sin fumar).

OBJETIVOS

1. Proporcionar medios o instrumentos adaptados a las necesidades del fumador para que abandone el consumo de tabaco.
2. Facilitar el avance hacia los estadios de Acción o Mantenimiento.





Intervención Avanzada

Valoración

Registro

Consejo sanitario/entrevista motivacional

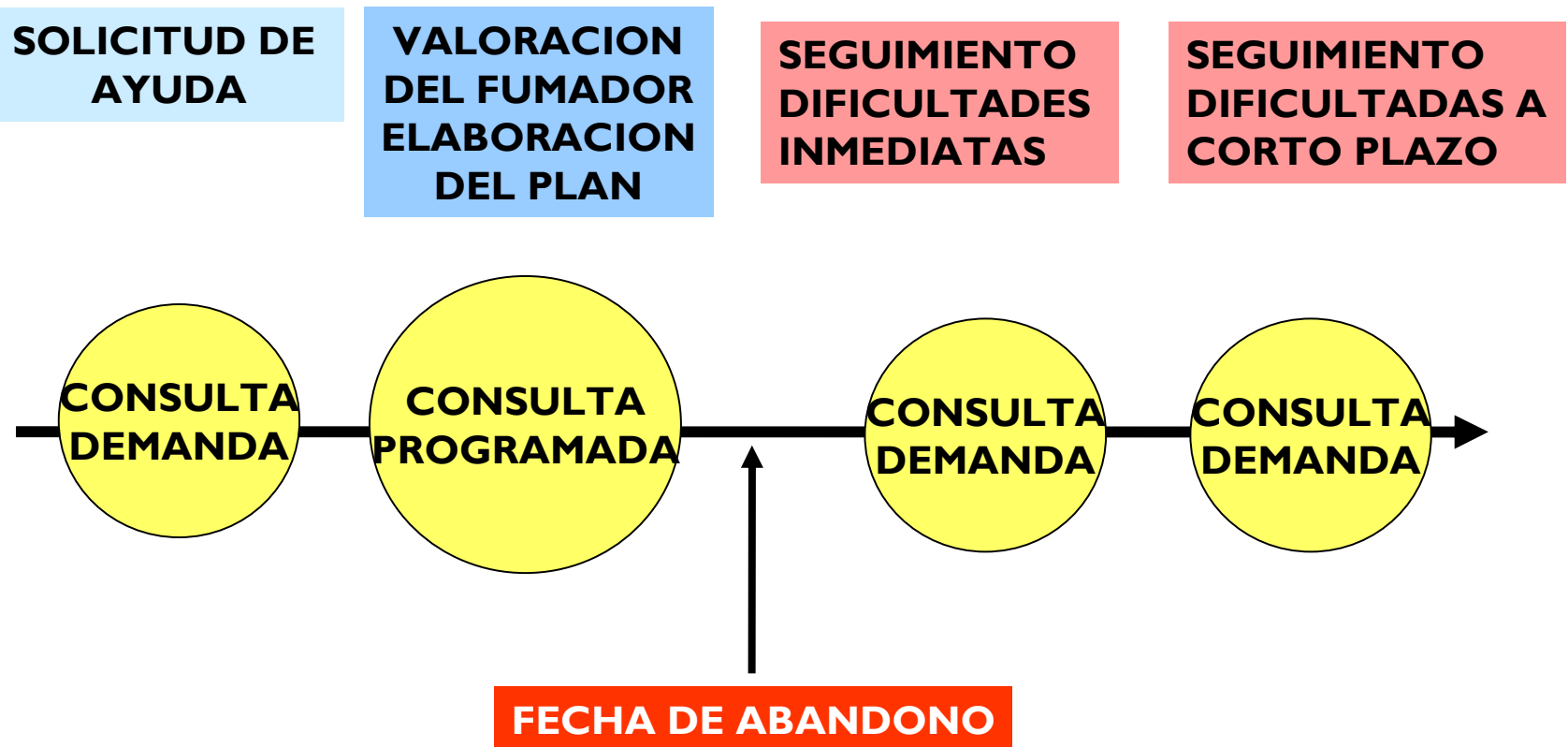
Terapia farmacológica

Seguimiento programado



INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL

LA PLANIFICACION DE LA INTERVENCION



INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL: PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN



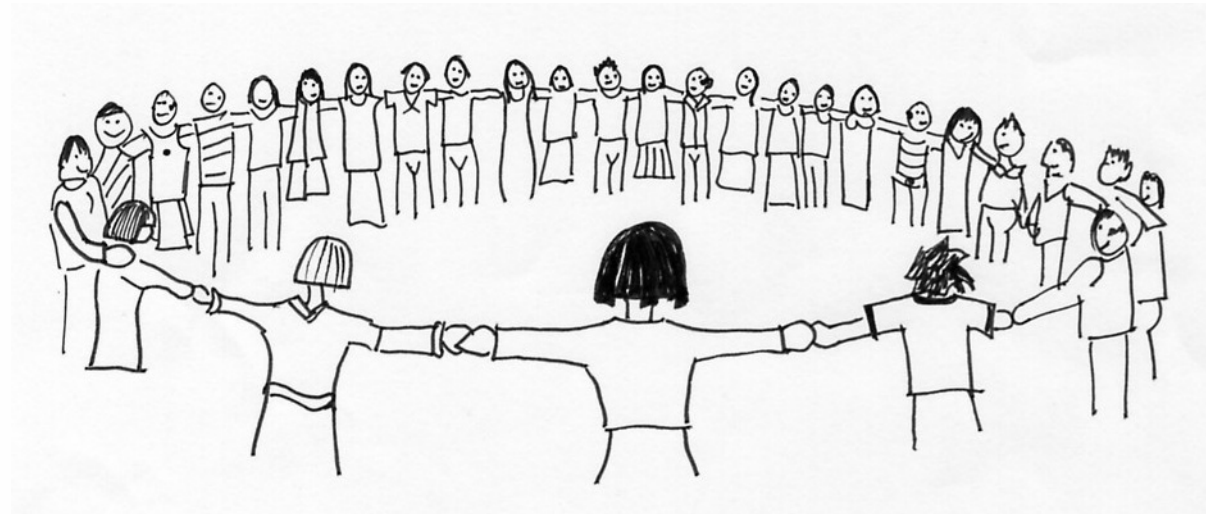
En el presente diagrama se ofrece un ejemplo de temporalización de la intervención avanzada en el que las actividades/tareas terapéuticas se ordenan a lo largo del proceso de atención que el sistema sanitario público andaluz puede ofrecer al fumador.

- La solicitud de ayuda es frecuente que se ponga de manifiesto en una consulta por otro motivo, bien a instancias del la intervención básica del profesional o bien espontáneamente. En general se necesita tiempo (un mínimo de 20 minutos) para hacer una evaluación adecuada de un fumador, que incluirá un análisis del habito y la dependencia física, los problemas de salud y síntomas por el tabaco, el entorno del fumador y el posible apoyo extra tratamiento, los intentos previos, la motivación actual y la percepción de autoeficacia. La evaluación concluye con una cooximetría, una valoración pronóstica y el establecimiento de un plan de tratamiento.
- El plan siempre gira entorno a al fecha de abandono, e incluye actividades y técnicas de preparación y la prescripción de fármacos si se considera oportuno. Una nueva cita inmediata a la fecha de abandono (puede ser en consulta a demanda) permitirá evaluar las dificultades y obstáculos iniciales y se aprovechara para comprobar la adherencia al plan y facilitar estrategias de afrontamiento de los problemas que surjan. Al menos se programara un contacto a medio plazo (cuando haya terapia farmacológica a las 8 semanas) para evaluar la situación y hacer prevención de recaídas.

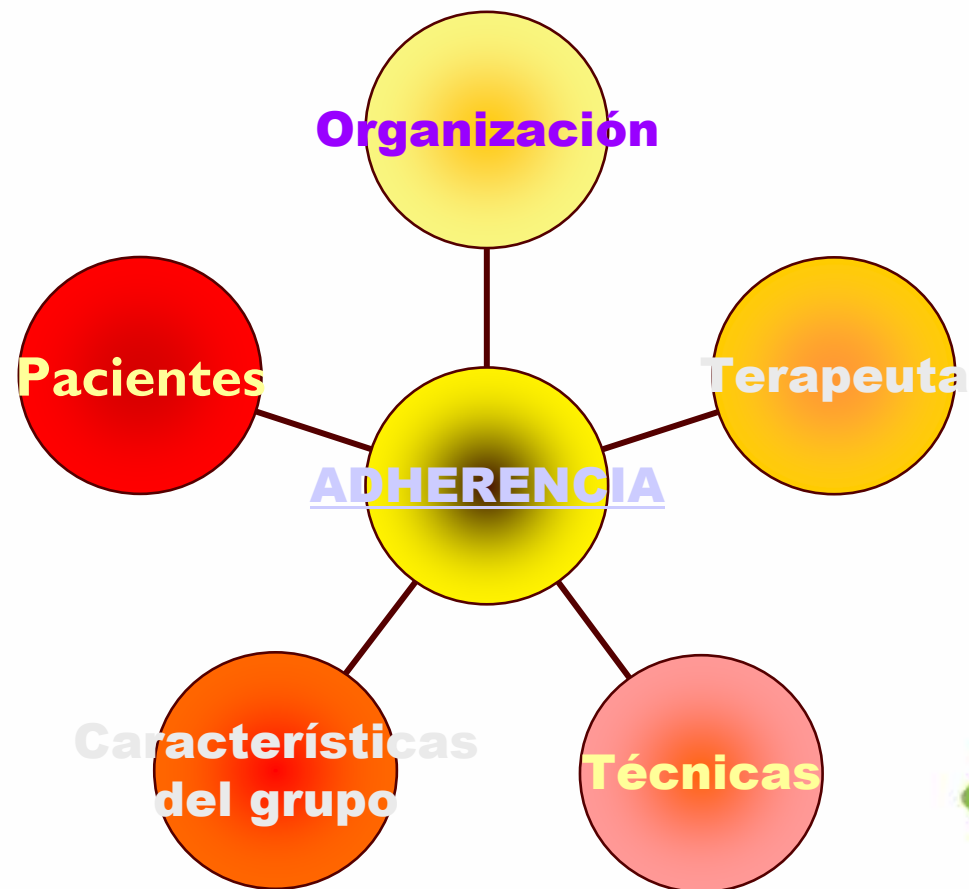




LA INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL



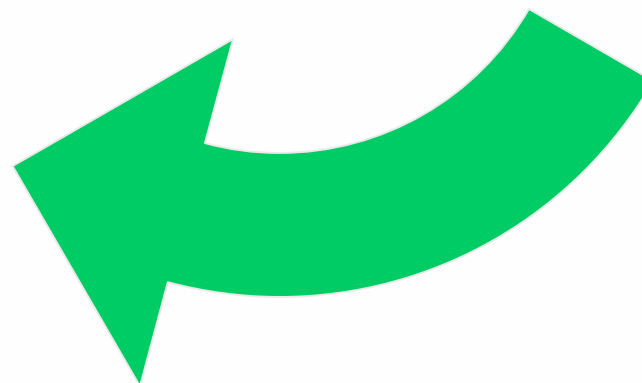
FACTORES DETERMINANTES DE LA EFECTIVIDAD DEL ABORDAJE GRUPAL





INCREMENTO
DE LA
EFECTIVIDAD

Aumento de la
ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO



VARIABLES PROCEDIMENTALES



- Estrategias y tareas terapéuticas: programa multicomponente
- Características del abordaje grupal
- Aplicación/adaptación de las técnicas a la población objeto de intervención
- Elementos terapéuticos *necesarios vs. accesorios*: ***aceptabilidad***
- Eficacia “teórica” de los procedimientos terapéuticos



Programas multicomponentes



- Contrato de tratamiento
- Autorregistro y representación gráfica del consumo
- Información sobre el tabaco
- Control estimular
- Actividades para el síndrome de abstinencia
- Feedback fisiológico
- Reducción gradual de la ingestión de nicotina
- Técnicas de relajación
- Estrategias de prevención de recaídas
- Procedimientos farmacológicos: TSN, bupropion...



Características del abordaje grupal: Eficacia y eficiencia



Los programas multicomponentes aplicados en grupo son más eficaces que:

- ninguna intervención o un control de contacto mínimo
- los procedimientos de autoayuda

No existe evidencia consistente de que el formato grupal sea más eficaz que el individual

No disponemos de estudios que corroboren su mayor coste-efectividad



Características del abordaje grupal

Factores terapéuticos



- Cohesión entre los usuarios
- Apoyo socioemocional e instrumental
- Experiencia y aprendizaje a través de modelos.
- Ayudar a otros mejora la autoestima
- Infundir expectativas de autoeficacia





Apoyo socioemocional e instrumental:

en relación con el anterior principio, el grupo cohesivo permite que se desarrollen relaciones positivas entre los miembros que ofrecen apoyo social, emocional e instrumental a los otros participantes que facilitan el mantenimiento de la motivación y el desarrollo de estrategias para realizar cambios significativos.

Mejora de la autoestima y autoeficacia:

como consecuencia del apoyo a otros, los miembros del grupo mejoran su propia estima al verse ayudando a otros compañeros y, en la medida que los demás intentan realizar cambios, aumentan sus expectativas de ser capaces de conseguir sus objetivos.



CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE GRUPAL: FACTORES TERAPÉUTICOS

El abordaje grupal emplea factores terapéuticos específicos, distintos de los que se dan en el individual. Hemos de identificar estos factores si queremos comprender el modo en que los grupos ayudan a cambiar los comportamientos. El tratamiento grupal permite una serie de efectos terapéuticos debidos al contacto entre iguales, que la terapia individual no permitiría.

En las últimas tres décadas se han utilizado varios enfoques de investigación para encontrar una respuesta a la pregunta *¿cómo funciona la psicoterapia de grupo?*. A partir de estos métodos, los investigadores han identificado una serie de mecanismos de cambio en la psicoterapia de grupo: los **FACTORES CURATIVOS O TERAPÉUTICOS**.



Cohesión:

Es una de las características más complejas y esenciales de una terapia de grupo exitosa. La cohesión hace referencia a la atracción que el grupo ejerce hacia sus miembros, así como entre los pacientes entre sí. Fomentan la aceptación, el apoyo mutuo y la formación de relaciones significativas en el seno del grupo. El comportamiento social exigido por los miembros de un grupo para gozar de estima de un grupo cohesivo también resulta adaptativo para el individuo en la vida social que mantiene fuera de éste. La cohesión grupal ofrece unas condiciones que facilitan el cambio a través de la aceptación y comprensión de otros, el favorecer la autorrevelación, la asunción de riesgos y la expresión constructiva del enfrentamiento y el conflicto, todos ellos fenómenos que sirven de soporte para el cambio comportamental. A MODO DE RESUMEN, la cohesión facilita:

- no sentirse diferente a los demás
- sentimientos de pertenencia y apoyo
- feedback de sus semejantes
- oportunidad de aprender de otros



Características del abordaje grupal: Selección y preparación del grupo



- **Evaluación**
- **Criterios de inclusión y exclusión**
- **Composición del grupo**



CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE GRUPAL: SELECCIÓN Y PREPARACIÓN DEL GRUPO

La adecuada selección y preparación del grupo repercute en el funcionamiento y eficacia de la terapia grupal. Un proceso minucioso de preparación ayuda a: evitar expectativas exageradas que acabarían en frustración (un 35% abandona por este motivo), disminuye la ansiedad anticipatoria de los participantes, aumenta la tasa de asistencia (y adherencia a las tareas) y facilita la adquisición de una conducta grupal favorecedora del cambio (establecimiento de la cohesión). En definitiva, se potencian los resultados de la terapia. Para obtener una adecuada selección son importantes tres aspectos: la evaluación previa, los criterios de inclusión y exclusión y cuál va a ser la composición del grupo.



EVALUACIÓN:

En la valoración del fumador, además de la evaluación de las características y parámetros del hábito de fumar, es preciso realizar una observación acerca de distintos aspectos del posible funcionamiento del paciente en un contexto grupal: el grado de motivación para la terapia, las expectativas sobre la terapia grupal, el estilo atribucional del sujeto (¿a qué atribuye los cambios? ¿se siente responsable del cambio o se lo deja a la terapia o al terapeuta?), prejuicios acerca del formato grupal, suspicacia/desconfianza, otros aspectos relacionales que se pueden poner de manifiesto en la entrevista (tendencia a la competitividad o rivalidad, respeto a la autoridad, “narcisismo” o búsqueda de ser el centro de atención, nivel de tolerancia a la frustración, son los más relevantes)





CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

En base a la evaluación previa podemos considerar como candidatos a la **inclusión** los siguientes criterios:

- Haber mantenido relaciones estrechas y satisfactorias
- Tener capacidad para realizar las tareas (movilidad, comprensión del lenguaje, etc.)
- Capacidad empática mínima (ponerse en el lugar de los demás)
- Asumir que tiene un problema y compromiso de cambio
- Cierta interés por el grupo
- Comprometerse a estar abierto y a ayudar al resto.





Los terapeutas experimentados consideran como criterios de **exclusión:**

- No tolerar la situación grupal (ansiedad extrema, baja tolerancia a la frustración)
- Adoptar un rol desviado (líderes, boicoteadores, etc.)
- Son reticentes a las normas grupales
- No muestran interés por los demás o son incapaces de compartir terapeuta
- Se muestran discutidores o amenazantes, desconfianza absoluta
- Deterioro cognitivo o bajo nivel de inteligencia



Características del abordaje grupal: Funcionamiento del grupo



- **Número de participantes**
- **Lista de espera**
- **Lugar y hora**
- **Información inicial**
- **Duración y número de las sesiones**



VARIABLES DEL TERAPEUTA DE GRUPO



- Formación científica y metodológica
- Conocimientos acerca del tabaquismo
- Experiencia en los procedimientos técnicos
- Habilidades para el manejo de grupos
- Características personales
- Habilidades sociales



VARIABLES DEL PACIENTE



- Nivel de dependencia: la adicción a la nicotina
- Barreras y obstáculos para dejar de fumar.
- Expectativas de autoeficacia
- Expectativas acerca del tratamiento
- **CARACTERÍSTICAS PERSONALES**



Barreras y obstáculos para dejar de fumar

- Síndrome de abstinencia de la nicotina
- Sintomatología ansioso-depresiva
- Manejo del estrés y otras emociones
- Miedo a la ganancia de peso
- Entorno fumador
- fracasos repetidos: expectativas negativas
- Motivación inconsistente



VARIABLES ORGANIZACIONALES Y DEL ENTORNO



- Problemas en la organización del programa de atención a los fumadores
- Dificultades ambientales
- Problemas con el tiempo que dedicamos al programa de fumadores



LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL I



CONCEPTO:

- ES UN TIPO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA CENTRADA EN EL PACIENTE, UTILIZADA COMO HERRAMIENTA EN EL PROCESO DE COUNSELLING (CONSEJO MÉDICO).
- EL OBJETIVO ES QUE EL PACIENTE SE POSICIONE Y SE MANTENGA HACIA EL DESEO DE CAMBIAR.



¿QUÉ HACE CAMBIAR A LAS PERSONAS?

- MOTIVACIÓN



MOTIVACIÓN



- La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. (Miller y Rollnick, 1991).
- La motivación es el elemento necesario para poner en marcha el motor del cambio.



LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL II



MOTIVACIÓN:

Es una modificación **intencional** de la actitud.

No es una cualidad estática, **fluctúa** y esta influida por múltiples factores.

La motivación **no garantiza el cambio**. Es importante conocer la actitud y los factores que influyen en la persona.



LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL VI



PRINCIPIOS BÁSICOS:

- EMPATÍA Y ACEPTACIÓN.
- DESARROLLAR DISCREPANCIAS/AMBIVALENCIA
- RODAR CON LA RESISTENCIAS.
- APOYAR LA AUTOEFICACIA.
- NO DISCUTIR CON EL PACIENTE.



LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL IV

DIFERENCIAS ENTRE LA E. M. Y ENTREVISTA INFORMATIVA:

ENTREVISTA INFORMATIVA	ENTREVISTA MOTIVACIONAL
<ul style="list-style-type: none">❖ <i>DA CONSEJOS EXPERTOS.</i>❖ <i>INTENTA PERSUADIR.</i>❖ <i>REPITE CONSEJOS.</i>❖ <i>ACTÚA CON AUTORIDAD.</i>❖ <i>ES RÁPIDO.</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ <i>ESTIMULA LA MOTIVACIÓN PARA PASAR A LA ACCIÓN.</i>❖ <i>FAVORECE EL POSICIONAMIENTO AYUDANDO A LA REFLEXIÓN.</i>❖ <i>RESUME LOS PUNTOS DE VISTA.</i>❖ <i>ACTÚA COLABORANDO PARA AYUDAR A DECIDIR POR EL CAMBIO.</i>❖ <i>ES DE APLICACIÓN PROGRESIVA</i>

ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES

- Ofreciendo consejo
- Eliminando obstáculos
- Ofreciendo alternativas
- Disminuyendo la deseabilidad
- Practicando la empatía
- Ofreciendo retroalimentación (feedback)
- Aclarando objetivos
- Ofreciendo ayuda activa



OFRECIENDO CONSEJO



- Un consejo dado con claridad estimula el cambio
- Debe:
 - Identificar claramente el problema o área problemática
 - Explicar por qué el cambio es importante
 - Recomendar un cambio específico



ELIMINANDO OBSTÁCULOS



- 1º: identificarlos
- Costos percibidos o los riesgos del cambio.
- Debemos ayudar al paciente a resolver los problemas prácticos:
 - costos, cuidado de los niños, timidez, tiempo de espera...



OFRECIENDO ALTERNATIVAS



- Elección personal.
- La motivación intrínseca aumenta cuando la persona percibe que elige.
- Disminuye la resistencia.



DISMINUYENDO LA DESEABILIDAD

- Identificar los incentivos positivos del paciente para mantener la conducta.
- Buscar aproximaciones efectivas para disminuirlos, anularlos o compensarlos.



PRACTICANDO LA EMPATÍA



- Asociado a bajos niveles de resistencia y a un cambio de conducta a largo plazo.
- No significa identificarse



OFRECIENDO RETROALIMENTACIÓN



- Recibir información sobre su situación actual.
- Algunos ejemplos:
- Pruebas médicas, tests objetivos.
- Expresiones de preocupación de la familia y los amigos



ACLARANDO OBJETIVOS



- Ayudar a las personas a formular objetivos claros facilita el cambio.
- Los objetivos y la retroalimentación van unidos.



OFRECER AYUDA ACTIVA



- Estar interesado de forma activa en el proceso de cambio del paciente.
- Llamadas telefónicas
- Derivación



Desde la contemplación...



Hasta la acción...

