

La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles

LUIS FLÓREZ-ALARCÓN*
Y WILLIAM ANDRÉS CARRANZA
Universidad Nacional de Colombia

Abstract

A community intervention which applied the principles of motivational interviewing (MI) on the induction of changes in the life-style of patients with chronic non-transmittable diseases (CNTD) is presented. To do this, a one-session domiciliary brief procedure of application was developed from the principles of MI, as adapted in function of the motivational stage of change on which the person was located in relation to a habit of behavior that he/she should modify after medical recommendation. In order to classify the motivational stage, the principles were followed and the classificatory algorithm of the model known as Precaution Adoption Process (PAP; Weinstein, 1988) was applied. The procedure consisted on the application of a differential interview, specially designed in function of the stage where the person was located, applying the five principles and general guidelines of the MI (Miller & Rollnick, 1999). The sample consisted of 1500 persons with various CNTD, living in a particular sector in Bogotá. So as to establish the modifications inducted by the interviewing, telephonic following was done a month after the session was completed. Obtained data were evaluated according to a pre-experimental design of systematic case analysis, and allow for a confirmation of the usage of MI to promote serious intentions of change in the life-style of patients with CNTD. Results point to a support of the potentiality of MI to be applied at a low cost on massive interventions with public health objectives.

Key words: motivational interview; chronic diseases; public health; life style.

Resumen

Se presenta un trabajo de campo que se propuso como meta aplicar los principios de la entrevista motivacional (EM) en la inducción de cambios en el estilo de vida de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la localidad bogotana de Engativá. Para eso se diseñó un procedimiento breve de aplicación en una sesión de los principios de la EM, adaptados en función de la etapa motivacional en la que se ubicara la persona respecto de un hábito de comportamiento que debiera modificar según las recomendaciones médicas. Para clasificar la etapa motivacional se siguieron los principios del modelo conceptual conocido como Proceso de Adopción de Precauciones (PAP). En la experiencia participaron 1500 personas con ECNT, residentes en una localidad de Bogotá (Colombia). El análisis de datos se hizo conforme a un diseño pre-experimental de análisis sistemático de casos, el cual arrojó indicadores que permiten confirmar la probabilidad de aplicación de la EM para inducir intenciones serias de cambio en el estilo de vida, reflejadas en la modificación de la etapa motivacional en que se ubica la persona de acuerdo con el PAP, que se establecieron mediante la realización de seguimientos telefónicos. Los resultados apuntan a sustentar la posibilidad de realizar a un bajo costo trabajos masivos de aplicación de un procedimiento psicológico con alta potencialidad de impacto en asuntos de salud pública.

Palabras clave: entrevista motivacional; enfermedades crónicas; salud pública, estilo de vida.

* Correspondencia: Grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: luis@florez.info.

Introducción

La incorporación de la dimensión psicológica en todo el ámbito de acciones en salud, especialmente en las de prevención y de promoción, debe ser un propósito de todos los profesionales de la salud. En ese contexto, aquí se hará referencia a la entrevista motivacional (EM) como un procedimiento de intervención que puede ser practicado por todos los profesionales que participan en la atención primaria a personas con enfermedades crónicas, y no exclusivamente como una herramienta de uso privativo para quienes tienen una formación de tipo psicológico (Lizarraga & Ayarra, 2001). Ya está bien establecido que en la comunicación que se establezca a través de una adecuada relación terapeuta-paciente (médico-paciente; enfermera-paciente; psicólogo-paciente; trabajador social-paciente; nutricionista-paciente; etcétera) radica una clave esencial para el éxito de la intervención en salud; esto es especialmente cierto en materias tan complejas como el cumplimiento del tratamiento prescrito, o adhesión al tratamiento (Meichenbaum & Turk, 1991), mucho más cuando este tratamiento involucra medidas complejas y de difícil aplicación, como el caso de los cambios de estilo de vida que los profesionales de la salud suelen recomendar a las personas que padecen enfermedades crónicas.

Lo anterior se hace más importante en una época en la que particularmente en Colombia (Franco, 1999; Ortiz, 1999) se considera que las reformas neoliberales del sistema de salud van asociadas a una pérdida de la calidad de los sistemas sociales de salud, donde una de las quejas más usuales de los profesionales de la medicina suele referirse al detrimento en el tiempo y en la calidad de la comunicación, a pesar de que el tiempo invertido en hablar de su situación es algo que los pacientes requieren para entender y para hacerse entender mejor, lo cual prefieren aun por encima de someterse a exploraciones o de recibir prescripciones (Yurss, 2001). La evaluación que hacen las personas acerca de la oportunidad y de la calidad del servicio se pusieron de manifiesto como los factores que más determinan la satisfacción con, y el no-uso de, los servicios de salud en Colombia (Velandia & cols., 2003).

Si las enfermedades crónicas se entienden como trastornos de larga duración, de desarrollo

silencioso y con una mejoría lenta y pasajera de los síntomas, influidas, por factores de riesgo conductuales como el sedentarismo, el consumo elevado de grasas, la baja adhesión a las prescripciones médicas, el consumo de cigarrillo y/o alcohol, el manejo del estrés, entre otros, se evidencia entonces el importante papel de la psicología de la salud en la prevención y tratamiento de dichas enfermedades. Así mismo, las enfermedades crónicas no sólo afectan a las personas que las padecen, sino también a sus seres cercanos. Por tratarse de trastornos de larga duración, estas enfermedades provocan crisis que suelen cambiar la autoestima y otros aspectos del funcionamiento psicológico de los pacientes, así como generar problemas económicos y cambios en la dinámica familiar. Debido a lo anterior, los enfermos crónicos presentan necesidades físicas, sociales y emocionales especiales que con frecuencia requieren, además de la atención médica, del apoyo psicológico brindado por los mismos especialistas médicos o por especialistas de la psicología.

Las enfermedades crónicas son prevenibles, se puede modificar su historia natural, modificando los determinantes, condicionantes y factores de riesgo presentes en la población general. Por ello, un enfoque de intervención orientado a la modificación de los factores de riesgo es esencial en aras de una acción preventiva que abogue por la calidad de vida de la población. En lo que respecta a las ECNT, se pueden destacar dos tipos de factores de riesgo: *factores no modificables* (hereditarios, género, edad), y *modificables*, donde se incluye el estilo de vida (actividad física, consumo de alcohol y cigarrillo, estrés, dieta, entre otros). Observando lo anterior, se destaca la posibilidad de intervenir sobre la mayoría de factores, ya que pueden entenderse como factores conductuales, que son productos del aprendizaje y de los patrones culturales. Así, por ejemplo, se considera que el consumo de cigarrillo es uno de los factores de riesgo conductuales más relacionado con las enfermedades cardiovasculares, encontrándose que los fumadores presentan una predisposición dos o tres veces mayor de morir por afecciones cardiovasculares que los no fumadores. Del mismo modo, se ha encontrado que dos tercios de todos

los casos de muerte por cáncer se asocian a hábitos conductuales como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el consumo de una dieta inadecuada (Doll & Peto, 1981, citados por Brannon & Feist, 2001). Son estas, y otras por el estilo, razones de sobra para adentrarse en el análisis de algunos procedimientos que pueden contribuir sustancialmente a mejorar el impacto de las acciones que emprenden los profesionales de la salud, en la búsqueda de inducir la motivación por el cambio del estilo de vida y la adquisición de conductas más saludables por parte de las personas con trastornos crónicos que reciben su atención.

La EM se propone aquí como una herramienta útil para que el profesional de la salud se sintonice o se ponga a tono con la situación psicológica de una persona que recibe atención, de manera que no sólo mejore la calidad de su comunicación con ella, sino que, además, logre hacer un uso más eficiente del tiempo breve con el que cuenta para hacer exploraciones y prescripciones. La modificación de un comportamiento que afecte a la salud constituye un proceso multideterminado por factores interactuantes, más que un fenómeno simple y continuo de sumatoria algebraica de diversos factores aislados. Dicho proceso abarca una secuencia de etapas o fases que van desde la información sobre los comportamientos hasta el diseño de estrategias de autocontrol para su adquisición, mantenimiento o recuperación en casos de recaída. La secuencia representa la propuesta acerca de una “dimensión psicológica” de la promoción/prevenición concebida como *proceso* y comprende, por lo menos, las siguientes fases (Flórez-Alarcón, 2000):

- Conocimiento de los riesgos/protecciones
- Interés por involucrarse en el control del riesgo/protección
- Intenciones de modificar el riesgo/protección
- Toma de decisiones para modificar efectivamente el riesgo/protección
- Elaboración de planes de autocontrol o de manejo de contingencias, conducentes a la implementación de las decisiones
- Mantenimiento de las acciones
- Planes de recuperación en caso de recaídas

Aunque el interés central de este artículo no es hacer una descripción de las etapas psicológicas por las que transcurre una persona en el camino hacia la adopción de un hábito de comportamiento saludable (véase para esto a Flórez-Alarcón, 2007), se procede a hacer una breve referencia a este tópico para que se entienda mejor la aproximación teórica que aquí se pretende promover en materia de comprensión, explicación y control de la motivación hacia la adquisición de comportamientos saludables. Esto es importante a fin de comprender un enfoque que busca adaptar las intervenciones del profesional de la salud al momento motivacional que vive una persona frente al cambio de un hábito específico de comportamiento.

Luego de identificar y definir un comportamiento preventivo o promotor de la salud específico (por ejemplo, la adhesión a las prescripciones farmacéuticas en el tratamiento de la hipertensión arterial, la realización de actividad física aeróbica en personas con riesgo cardiovascular, la adopción de patrones alimentarios sanos, la eliminación del hábito del tabaquismo, etcétera), y antes de pasar a hacer recomendaciones, es preciso identificar las características cognitivas y conductuales del momento motivacional que vive la persona ante dicho comportamiento. Esa caracterización puede hacerse en una secuencia de etapas sucesivas en las que aumenta progresivamente la motivación, es decir, en las que aumenta la probabilidad de que la persona realice la acción; la secuencia puede incluir etapas o fases que implican el logro de diversos objetivos como los siguientes que estipula el modelo denominado Proceso de Adopción de Precauciones (PAP; Weinstein, 1988; Weinstein & Sandman, 2002) que se ilustra en la figura 1:

- a. *Conocimiento acerca de la importancia de la acción*: cuando la persona desconoce o ignora la importancia del riesgo se ubica en la etapa más baja de todas, la etapa 1, pues no establece asociaciones entre el comportamiento, por una parte, y la protección, por otra. Las acciones de educación adecuadas para orientar a una persona en esta etapa son de *información* acerca de la severidad de los riesgos o acerca de las consecuencias positivas de la práctica del comportamiento;

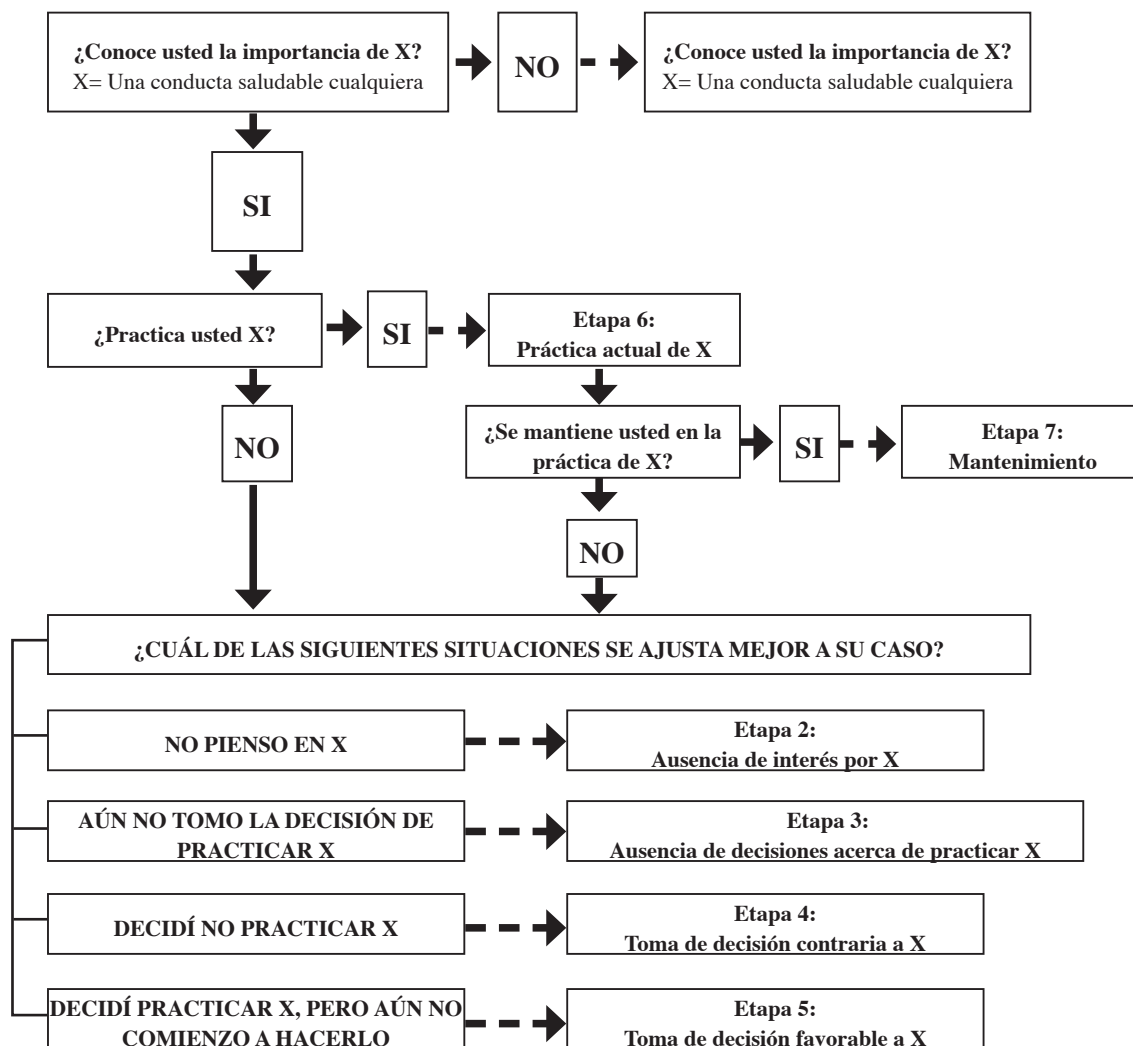


Figura 1. Diagrama del proceso de Adopción de Precauciones (PAP), elaborado conforme a la propuesta de Weinstein & Sandman (2002)

por ejemplo, información acerca de la severidad de la diabetes y la utilidad de la reducción del consumo de azúcar y harinas, o información acerca del valor protector de la actividad física. Lamentablemente, las intervenciones de promoción y de prevención que suelen realizar los profesionales de la salud llegan solamente hasta este nivel de suministrar la información (lo cual ya representa un avance).

- b. *Interés en la práctica de la acción:* por otro lado, una persona puede contar ya con un conocimiento general acerca del valor protector de una acción frente a un riesgo, pero no plantearse siquiera la posibilidad de practicarla.

Esa persona se ubica en la *etapa 2*. No piensa o no se interesa en practicar el comportamiento saludable, desinterés que puede derivarse de las *actitudes* de la persona ante el riesgo, o ante la acción protectora. Una actitud se entiende como una predisposición particular a comportarse de cierta forma, en función de creencias particulares. En el caso de los comportamientos de riesgo de enfermedad crónica, las actitudes están determinadas por las creencias que se tengan en relación con los mismos. Predisposición en la que entran en juego las creencias que tenga la persona en relación con la *severidad del problema*, la valoración de su propia

susceptibilidad ante el riesgo y las expectativas de resultados con respecto a la efectividad de la acción protectora que emprenda. Por ejemplo, muchos fumadores dudan del peligro que representa fumar cigarrillo como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, o incluso pueden creer en el valor protector de la nicotina frente a otros problemas, como la enfermedad de Alzheimer.

- c. *Indecisión por la acción*: al entender la *motivación* como la probabilidad de que una persona inicie y/o mantenga la práctica de una acción específica, un primer reflejo de la misma es el comportamiento verbal de la persona en relación con sus decisiones de involucrarse en la acción. Si la persona apenas se plantea como una “posibilidad lejana” la práctica de un comportamiento protector, sin tomar aún la decisión de actuar, se ubica en la *etapa 3*. En síntesis, puede ser alguien con *información adecuada*, con buena *percepción de la severidad de los riesgos* y con buena *expectativa de los resultados*, pero con *baja vulnerabilidad percibida*, con *baja autoeficacia* para el inicio y mantenimiento de la acción protectora y con *alta percepción de los costos implicados* por la práctica del comportamiento saludable. En estos casos de incertidumbre, propios de la etapa 3, las acciones de educación para la salud tendientes a disminuir la percepción de costos y a incrementar la percepción de autoeficacia resultan decisivas, pues llevan a la realización de balances favorables a una toma de decisión explícita en pro de actuar.
- d. *Decisión de actuar*: las personas manifestamos permanentemente ambivalencias frente al hecho de actuar o de no actuar, de practicar o no una determinada acción. Esas ambivalencias surgen del conflicto entre razones poderosas para hacer algo (por ejemplo, las razones que tiene un fumador para consumir cigarrillo) y las razones para no hacerlo (como los argumentos del fumador para dejar de hacerlo a fin de proteger su salud). Una situación muy particular es la elección de resolver dicho conflicto en favor del statu quo, en favor de NO actuar en el sentido de cambiar, definitiva de la *etapa 4*; radica en

el hecho de que una persona tome la decisión explícita de *no practicar* el comportamiento saludable (por ejemplo la decisión de no dejar de fumar), a pesar de poseer un conocimiento aceptable de la importancia del riesgo y del alto potencial del comportamiento para protegerla ante ese riesgo. Al parecer, se trata de casos en los que, como afirma Weinstein (1987), predomina un “sesgo optimista no-realista”, en el que la persona subestima el peligro que el riesgo representa para ella. El esquema básico que subyace a este comportamiento es el de una valoración de baja probabilidad de verse afectado por el riesgo, en comparación con la valoración acerca de la probabilidad que tienen otras personas “del promedio” en condiciones similares. Al ser una situación relativamente terminal del proceso motivacional, todas las acciones de educación para la salud de quienes se ubican en esta etapa deben apuntar a mejorar la auto-identificación de la persona frente al riesgo. Caso distinto se da cuando el conflicto se resuelve a favor del cambio, cuando la persona toma la decisión de actuar, que la ubica en una *etapa 5*. Esa etapa es la propia de una persona que se decide a actuar (por ejemplo, toma la decisión de dejar de fumar), pero aún no empieza a hacerlo. No debe olvidarse que una decisión de actuar es la manifestación clara de una intención, pero que esa intención no lleva directamente a la acción.

- e. *Planificación del autocontrol para la acción, para su mantenimiento o para su recuperación*: una persona puede manifestar que ha tomado ya la decisión de ejecutar el comportamiento protector (lo que predice una mayor probabilidad de iniciar la acción), pero aún no ha empezado a hacerlo. Esta persona, como se afirmó antes, se ubica en una *etapa 5*. La *intención* de actuar no es lo mismo que el inicio del comportamiento. Entre la intención y la acción media la planificación que establece las medidas que se deben adoptar a fin de convertir esa decisión en una acción efectiva; esa planificación es la esencia del autocontrol. Por ello, las acciones que se imponen deben dirigirse a la planificación del *autocontrol*, entendido como el manejo de las

contingencias situacionales que estimulan y refuerzan la práctica del comportamiento saludable en cuestión. Esas contingencias varían del inicio de la acción (*etapa 6*) a su mantenimiento (*etapa 7*), así como de su mantenimiento a su recuperación en caso de recaídas. A manera de ilustración, son diferentes los manejos que una persona requiere hacer para empezar a dejar el cigarrillo (como acciones de contra-condicionamiento, de auto-reforzamiento, etcétera), a los manejos que requiere hacer para mantenerse en el cambio (como acciones de control de estímulos medioambientales y de estímulos sociales) o a los manejos que requiere hacer para recuperarse en caso de recaída (la recuperación de la auto-confianza o autoeficacia, etcétera).

En la descripción de la secuencia de etapas se han destacado tanto las diferencias en las características cognitivo-conductuales definitorias de cada etapa como las diferencias en el tipo de acciones que un profesional de la salud debe realizar con el fin de potenciar la motivación de la persona ante el cambio de comportamiento. Por breve que sea la intervención que el profesional de la salud realiza a fin de potenciar el cambio de comportamiento para controlar los riesgos, esta será más eficaz si se adapta al momento motivacional de la persona. Identificar ese momento puede ser, en principio, una tarea relativamente sencilla si se aplican algoritmos de identificación estándar como los propuestos por modelos psicológicos del tipo del PAP, lo cual resulta especialmente útil en las aplicaciones en los campos de prevención y de promoción en salud (Flórez-Alarcón, 2002). Lo que se desea destacar es que el uso del procedimiento de entrevista motivacional resulta adecuado para que el profesional de la salud fomente la disponibilidad al cambio de los hábitos de comportamiento riesgosos, favoreciendo la solución de la ambivalencia en el sentido de decisiones o elecciones de cambio efectivo.

A continuación se hará una breve presentación de la EM como procedimiento que se utilizó en la experiencia de atención a pacientes con ECNT en la localidad bogotana de Engativá, dentro del programa de fomento de calidad de vida, que adelantaron

conjuntamente la Alcaldía Local y la Universidad Nacional de Colombia en dicha localidad. La EM es una herramienta originada en la investigación psicológica, destinada a ayudar al usuario a que adquiera un compromiso en pos del cambio comportamental; por tanto, es una forma concreta de apoyar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. En la experiencia de la localidad bogotana de Engativá el objetivo fundamental que se buscaba mediante la implementación de la EM era que las personas incrementaran su disponibilidad al cambio frente a un comportamiento específico e importante en el marco de su enfermedad, seleccionado por la misma persona en función del conocimiento que tenía acerca de su enfermedad.

En cuanto proceso de comunicación, la entrevista motivacional es una forma de interacción entre terapeuta y paciente (o entre entrevistador y entrevistado) en la cual el terapeuta busca convertirse en un facilitador para el logro de algunos objetivos esenciales, como son: 1) Que el paciente desarrolle al máximo su motivación intrínseca por el cambio de comportamiento, motivación que se manifiesta a través de expresiones de tipo automotivacional, es decir, expresiones elaboradas por el paciente mismo en el proceso de comunicación, en lugar de ser sugeridas de manera persuasiva por el terapeuta; 2) que el paciente resuelva la ambivalencia frente al cambio, adoptando una decisión positiva de cambiar; 3) que el paciente disminuya la resistencia a cambiar; 4) que el paciente incremente la confianza en sus propias capacidades (autoeficacia) para cambiar; 5) que el paciente decida por sí mismo las metas del cambio; 6) que el paciente adopte las medidas necesarias para convertir en realidad su intención de cambio (autocontrol).

Los objetivos de la EM se resumen bastante bien en el siguiente párrafo: “La entrevista motivacional (EM) 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” (Lizarraga & Ayarra, 2001, p. 46). Para el logro de los anteriores objetivos, la EM se fundamenta en dos soportes básicos que orientan su implementación: uno de tipo relacional, que se refiere al clima generado por las intervenciones del terapeuta durante la entrevista, que se propone como un clima de empatía, aceptación y confianza; el otro, que se refiere a la técnica de intervención verbal o conversacional, la cual hace uso de procedimientos tendientes a facilitar el desarrollo de la automotivación en el paciente.

Como metodología que es, la EM cuenta con una serie de fases definidas. Según Casals (2000), estas son:

1. *Fase de posicionamiento*: cuyo objetivo es que la persona explique claramente sus preocupaciones y ambivalencias sobre la conducta que motiva la entrevista, todo en pos de construir una motivación para el cambio. En el Programa de Engativá, esta conducta se seleccionaba teniendo en cuenta tanto el diagnóstico médico como la necesidad y decisión personal del paciente.
2. *Fase de definición del problema*: donde se busca que la persona recopile la información relevante que puede facilitar o inhibir el cambio. En el proyecto de Engativá esta fase se desarrollaba en la visita domiciliaria, mediante la reflexión acerca de los factores externos e internos relacionados con la adopción de la precaución, que podían facilitarla o inhibirla.
3. *Fase de negociación del cambio*: en la cual se espera que el paciente tome decisiones que produzcan un cambio en un comportamiento relevante de su estilo de vida, a la vez que se fortalezca el compromiso para el cambio. Fase que dentro del Programa de Atención a Personas con ECNT concluía en la visita domiciliaria con un compromiso de cambio por escrito, en el que el usuario asumía la modificación y/o mantenimiento de un comportamiento relacionado con su salud, compromiso concreto que dependía de su situación personal y de su etapa motivacional actual frente al comportamiento en cuestión. A manera de ilustración, no es lo mismo comprometerse a informarse acerca del riesgo inherente a un determinado comportamiento (como asistir

a una charla sobre el riesgo del sedentarismo y las ventajas del ejercicio, para pacientes en etapa 1), que comprometerse a actuar en un plazo específico (por ejemplo empezar a asistir al gimnasio en menos de un mes, para pacientes en etapa 3), que comprometerse a realizar acciones concretas que le permitan a la persona mantenerse en la realización de la actividad ya iniciada (como informarse con el profesor de educación física acerca del mejor ejercicio de estiramiento que ayude a evitar una dolencia cuando se practica el ejercicio, para pacientes en etapa 6).

Como puede deducirse de la anterior descripción, en el trabajo realizado en Engativá se propuso utilizar a la EM como un procedimiento adecuado para convertirse en DISPARADOR del cambio; coloquialmente, entre el grupo de entrevistadores se hacía referencia a este procedimiento como el *estartazo* (derivada del término inglés *starter*), expresión que resaltaba un objetivo fundamental: desencadenar un proceso de cambio que arrancara de la situación motivacional presente del paciente frente al mismo.

El estilo comunicativo que adopta la EM evita específicamente la persuasión basada en la discusión con el paciente. En su lugar asume operativamente la validez de las experiencias y perspectivas subjetivas del entrevistado, lo que implica escuchar, reconocer y practicar la aceptación (no la aquiescencia) de una amplia gama de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos y motivaciones del paciente. Los principios y estrategias de la EM pretenden intencionalmente ayudar a facilitar el cambio en los demás a través de una negociación. Los principios más importantes de la EM son: expresar empatía, generar discrepancia, evitar discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia. El análisis detallado de estos principios, así como de las técnicas de intervención verbal o soporte narrativo propios de la EM, trasciende a los objetivos del artículo, por lo cual se remite para su consulta en la obra de Miller & Rollnick (1999), o en la página web de los autores (MI Principles, página web).

La importancia creciente de las aplicaciones clínicas de la EM condujo a los editores de la revista científica *Journal of Cognitive Psychotherapy*

a editar en 2004 un número especial dedicado a este tema (volumen 18, número 4). La EM se ha constituido en el eje vertebrador principal de intervenciones motivacionales que se dirigen a fomentar la toma de decisiones de cambio, con lo cual se inicia el proceso de transformaciones conductuales al reducirse la ambivalencia y la resistencia frente al cambio, no sólo en el caso de consumo de sustancias psicoactivas en general (Sobell & Sobell, 2005), sino también en situaciones de consumo de sustancias que afectan directamente a la salud (Handmaker & Wilbourne, 2001; Ingersoll & Cols., 2003), y en otras aplicaciones que buscan impulsar modificaciones de comportamientos que afectan al proceso salud-enfermedad (Carey & Cols., 2000; Resnikow & Cols., 2002). Por otra parte, se empieza a tener evidencia de aplicaciones exitosas de la EM en ámbitos comunitarios diferentes al ámbito clínico del consumo de sustancias, tal como la aplicación realizada en Colombia por Castellanos (2006) para fomentar el desarrollo de habilidades de comunicación motivacional entre padres e hijos.

Dado que en el programa de fomento de la calidad de vida en cuyo interior se realizó la presente experiencia pretendía afectar grandes cantidades de personas dentro de una comunidad, buscando economía en el uso de los recursos disponibles, con exigencias de aplicación en plazos cortos, se eligió trabajar con un formato de intervención que sigue recomendaciones de uso de procedimientos motivacionales ágiles (Orleans, 2000; Senecal, Nopuwen & White, 2000), en este caso una intervención basada en el uso de la EM de una sola sesión.

La Universidad Nacional de Colombia, en asociación con la Alcaldía Local de Engativá en Bogotá, llevó a cabo un programa de fomento de calidad de vida de los habitantes de esa localidad en Bogotá. Uno de los subprogramas era el de atención domiciliaria a pacientes con ECNT, en el cual se enmarca la presente experiencia, cuyo objetivo general fue diseñar, implementar y evaluar un procedimiento de intervención psicológica que permita fomentar cambios en el estilo de vida de los pacientes con ECNT. El logro de este objetivo general implicaba ubicar en su domicilio a la persona que padecía una ECNT y cumplir con ella los siguientes objetivos específicos:

- Elegir con cada persona atendida una conducta de riesgo importante en el marco de su enfermedad, de su historia clínica y de su situación actual.
- Detectar la etapa motivacional en la que se ubica cada persona ante la conducta de riesgo elegida, tomando como sistema de clasificación la secuencia de siete etapas propuesta por el modelo PAP, de acuerdo a los conocimientos, actitudes y prácticas de la persona ante la conducta elegida.
- Realizar una EM ajustada a la etapa particular del PAP detectada para la conducta elegida, con el fin de promover en la persona atendida el inicio de un proceso de modificación de dicha conducta.
- Realizar un seguimiento telefónico al mes de efectuada la EM, con el fin de reclasificar a la persona en una etapa del PAP ante la conducta de riesgo elegida.

Metodología

Diseño

Aunque este trabajo no se propuso como la realización de una investigación clínica para evaluar el impacto de la EM, sino como una práctica de campo mediante implementación de la EM, sus resultados se sometieron luego a un análisis sistemático de los 1500 casos atendidos. Por esta razón, en términos de diseño de investigación clínica, el presente estudio encuadra en la categoría de análisis sistemático de casos, de tipo pre-experimental, con un grupo de tratamiento, sin grupo de control (Bellack & Hersen, 1989). Se propone para efectos de análisis una variable independiente (el procedimiento practicado) y una variable dependiente (la conducta de riesgo afectada). Más precisamente:

- *Variable independiente:* realización de una sesión de EM, cuyo contenido se ajusta en cada caso a las características propias de la etapa motivacional detectada para la conducta de riesgo elegida, de acuerdo con el modelo PAP.
- *Variable dependiente:* Etapa motivacional en la cual se ubica la persona para la conducta de riesgo particular elegida, dentro de la secuencia de siete etapas propuesta por el modelo PAP.

En términos de generación de conocimientos se trata de un estudio exploratorio; su potencia principal radica en el cumplimiento de algunas condiciones que se han propuesto como requisitos para hacer inferencias de alto valor y superar los retos a la validez interna que surgen a partir de los resultados de estudios de casos (Kratochwill, Mott & Dodson, 1989), como son: a) Que se dé la repetición de un mismo resultado positivo a través de muchos casos; b) que ese resultado se observe en una situación, como la actual, en la que esos casos son de alta heterogeneidad (por la diversidad de diagnóstico, de género, de edad, etcétera); c) que sean resultados que se produzcan luego de haber implementado una intervención que se estructure con alto grado de detalle, lo cual permita controlar la integridad con la que dicha intervención es aplicada (como fue la situación en este estudio con la EM); d) que haya una operación objetiva de evaluación del resultado (en este caso la clasificación de la etapa del PAP).

Participantes

Género: se toman las EM realizadas a 1500 pacientes; de estos, 328 eran hombres (21,9%) y 1172 eran mujeres (78,1%).

Edad: en cuanto a la edad, el 85,9% de los participantes tenían una edad superior a 40 años. El promedio de edad fue de 57,48 años (D.E.=16). Los hombres presentaron una edad promedio (60,9 años) superior a la de las mujeres (56,6 años). Para efectos de análisis se toman tres grupos etáreos: un grupo, el minoritario (14,1%) constituido por participantes menores de 40 años. El segundo (34,7%) constituido por participantes que tienen entre 40 y 60 años aún no cumplidos; el tercero, mayoritario (51,2%) constituido por participantes que tienen 60 o más años.

Diagnósticos: el diagnóstico de los participantes fue tomado de su historia médica, o el que ellos informaron cuando tenían pleno conocimiento de su diagnóstico médico. Para efectos de análisis se hizo una reclasificación en la cual se asignaron los sujetos según su categoría diagnóstica primaria, ya que muchos participantes presentaban más de una enfermedad crónica. En cuanto al diagnóstico, predominaron notoriamente los problemas hipertensivos,

las dislipidemias, la artritis, la diabetes y la gastritis; en esas cinco categorías se ubicaron las dos terceras partes del total.

En el grupo etéreo de participantes menores de 40 años, la gran mayoría (51,4%) eran sujetos sin diagnóstico conocido; entre los diagnósticos predominaron la dislipidemia (11,1%), la HTA (8,2%), la hipoglicemia (4,8%) y la migraña (4,3%). Los otros diagnósticos (5,3%) correspondían a problemas crónicos de desarrollo. Este grupo etéreo, como era de esperarse, presentó una distribución algo distinta a la de los dos siguientes. Llama la atención la mayor proporción, en este grupo de sujetos de menor edad, de personas con hipoglicemia y con migraña, si se les compara con los grupos de sujetos de mayor edad.

En el grupo de participantes de edad intermedia, entre 40 y 59 años cumplidos, predominaron los problemas hipertensivos (30%), la dislipidemia (19,2%), la artritis (4,9%), la gastritis (2,9%) y el cáncer (2,4%). Este grupo de edades intermedias presenta un cuadro muy similar al del grupo de sujetos de la mayor edad, pero con mayores proporciones de gastritis y de cáncer.

En el grupo de participantes mayores de 60 años predominaron los problemas hipertensivos (53,2%), la dislipidemia (11,8%), la artritis (6,8%), la diabetes (4,4%) y la osteoporosis (2,3%). A diferencia del grupo de edad intermedia, hay mayor predominio de osteoporosis (por la mayor proporción de mujeres en estas edades) y menor proporción de cáncer (probablemente porque los pacientes con cáncer fallecen antes).

Un dato que se preguntó a los participantes se refería a la recencia del diagnóstico; un total de 1289 sujetos respondieron a esta pregunta. Entre los sujetos con diagnóstico conocido, 1240 (96,2%) eran del tipo I en la clasificación utilizada en esta experiencia de la Universidad Nacional en Engativá, es decir, habían sido diagnosticados recientemente y presentaban un deterioro menor. Sólo 49 participantes (3,8%) eran del tipo III en esta clasificación, esto es, habían sido diagnosticados desde hacía más de un año y presentaban un deterioro considerable, la mayoría de ellos con problemas hipertensivos.

Residencia: todos los participantes residían en la localidad de Engativá en Bogotá, y se distribuyeron en un total de 113 barrios de la misma.

Instrumentos

Para recolectar la información se diseñó un formato denominado “Proyecto de entrevistas domiciliarias a pacientes con enfermedades crónicas – componente de psicología”, y un formato de compromiso que se dejaba al paciente.

El formato de información consta de 20 ítems, las preguntas 4 a 12 sirven para la identificación del paciente, a la vez que permiten una descripción de su situación sociodemográfica (edad, estado civil, ocupación). Los ítems 13 y 14 se refieren a la situación biomédica del entrevistado (diagnóstico médico y tipo de paciente, respectivamente). Desde el ítem 16 hasta el 19 se describen las variables psicológicas, incluido el compromiso adquirido por el paciente (ítem 19). En el último ítem (el 20) se describen brevemente los resultados del seguimiento telefónico.

Procedimiento

Se cumplieron varias fases en la realización del presente trabajo, entre las cuales se destacan las siguientes:

Fase 1. Selección y capacitación de entrevistadores: las entrevistas fueron realizadas por cinco psicólogos debidamente preparados en la fundamentación conceptual del PAP y en los procedimientos de intervención propios de la EM.

Fase 2. Captación de los pacientes: toda la población involucrada eran habitantes de las nueve UPZ de la localidad de Engativá. La captación de la población objetivo se basó en tres estrategias esencialmente:

Pacientes georeferenciados: concertación telefónica de las citas con personas registradas en la base de datos del programa de atención domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas, base producida durante el proceso de caracterización de la población adelantado previamente por la coordinación general de este programa.

- *In situ*: captación de los pacientes en los sitios donde se desarrollan las actividades masivas de ejercicio físico propuestas por el mismo programa.
- Barridos: pacientes captados directamente en jornadas masivas, donde los profesionales recorrían por sectores la Localidad.

Fase 3. Realización de la visita domiciliaria: el entrevistador se desplazaba al lugar de residencia del paciente, donde llevaba a cabo la EM. Esta entrevista, luego de las presentaciones y aclaraciones sobre el programa, se efectuaba a través de las siguientes fases:

1. Elección de una conducta de riesgo que fuera de alta relevancia en el contexto de la enfermedad padecida por la persona, y cuyo control fuera materia de recomendación médica. La conducta era seleccionada por el propio paciente, con orientación del entrevistador. En ocasiones la conducta se elegía consultando a la propia historia clínica, cuando se tenía conocimiento previo de la misma (caso de los pacientes georeferenciados).
2. Clasificación de la conducta en una etapa motivacional del PAP: se hacía mediante la aplicación de un algoritmo consistente en una secuencia fija de preguntas propuestas por el modelo PAP (Weinstein & Sandman, 2002): si X es la conducta de riesgo elegida, la secuencia de preguntas se aplica de la siguiente forma:
 - a. ¿Ha oído usted hablar acerca de X?, ¿sabe usted algo acerca de X?, o ¿conoce la importancia de X? La etapa 1 corresponde a la situación en que la persona ignora la importancia de X; esa ignorancia acerca de la importancia de X significa desconocimiento de la severidad del riesgo que entraña X para la salud (por ejemplo el desconocimiento del riesgo que hay en fumar) o de los beneficios para la salud inherentes a X (como el desconocimiento de los beneficios de hacer ejercicio físico).

- b. ¿Practica usted X? La respuesta afirmativa representa que la persona ya está en fase de acción, etapa 6; si esa acción se ha prolongado por más de seis meses se le ubica en etapa de mantenimiento (etapa 7). La respuesta negativa conduce a una serie de alternativas, de las cuales depende la clasificación en alguna etapa entre la 2 y la 5. Esas alternativas corresponden a diversas respuestas a una misma pregunta: ¿Cuál de los siguientes es su caso?
 - c. No pensar en X: representa desinterés por X, característica determinante de la etapa 2.
 - d. Estar indeciso acerca de X: ausencia de decisiones favorables o desfavorables a la práctica de X, característica determinante de la etapa 3.
 - e. Decidir que no desea practicar X, característica determinante de la etapa 4.
 - f. Decidir que sí desea practicar X, pero NO empezar aún a hacerlo, característica determinante de la etapa 5.
3. Ejecución de la EM propiamente dicha, mediante la realización de intervenciones ajustadas tanto a los principios y procedimientos de la EM, como a la etapa en la que se clasifica a la persona, de acuerdo con los siguientes lineamientos:
 - a. Para personas en etapas 1 y 2: enfatizar información sobre severidad de los riesgos y sobre beneficios de la protección
 - b. Para personas en etapas 3 y 5: enfatizar percepción de autoeficacia, incrementar percepción de beneficios, disminuir percepción de costos
 - c. Para personas en etapa 4: enfatizar percepción de vulnerabilidad personal
 - d. Para personas en etapas 6 y 7: enfatizar habilidades de autocontrol
4. Conclusión de la EM en un compromiso firmado por la persona para emprender alguna acción hacia la modificación de la conducta,

coherente con la etapa motivacional detectada y con el curso seguido durante la entrevista.

Fase 4: Realización de un seguimiento telefónico: luego de un mes de la visita domiciliaria, con el propósito de volver a aplicar el esquema clasificatorio de etapas descrito en el paso 2.

Resultados

Cada psicólogo tuvo a su cargo la realización de 300 entrevistas en cuatro meses, a razón de 75 entrevistas por mes en promedio. Del total de 1500 visitas realizadas, 1470 (98%) culminaron en la realización exitosa de la entrevista, y solamente en 30 (2%) no se pudo realizar la entrevista, porque la persona no se encontraba en casa, o porque se negaba a participar en ese momento en la entrevista por alguna razón personal.

Factores comportamentales de riesgo y etapas motivacionales

A continuación se hace una descripción de los factores comportamentales de riesgo observados (FR) y de las etapas motivacionales en que estos se encontraban al inicio de la entrevista. En la tabla 1 se presenta la distribución de frecuencias con las que se reportaron los diversos FR.

En el 81,1% de los casos fue posible explicitar un FR con trascendencia para la enfermedad del participante. Sólo en un 18,9% de los casos no existía claridad acerca de cuál podría ser el FR más importante en el contexto de la situación de enfermedad crónica de la persona, en función de su estilo de vida actual.

La alimentación inadecuada, el sedentarismo, el estrés y la baja adhesión al tratamiento médico fueron, en ese orden, los principales FR presentes en la muestra atendida, observados en el 78,7% de los sujetos. Llama la atención el bajo consumo de sustancias psicoactivas, en especial de alcohol y tabaco, así como la baja frecuencia de mala higiene entre los participantes; estos tres factores solamente se observaron en el 2,1% de ellos.

Las etapas motivacionales en las cuales se ubican los sujetos en cada uno de los factores de riesgo se presentan la tabla 2. En la columna de totales se

Tabla 1
Distribución de frecuencias de los factores de riesgo reportados

Factor de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0. Sin FR explícito	276	18,9	18,9
1. Sedentarismo	354	24,2	43,1
2. Factor alimentario	430	29,4	72,5
3. Baja adhesión al tratamiento	84	5,7	78,2
4. Estrés	284	19,4	97,6
5. Consumo de alcohol	9	,6	98,2
6. Consumo de cigarrillo	21	1,4	99,7
7. Mala higiene	2	,1	99,8
8. Otro	3	,2	100,0
Total	1463	100,0	
Sin información	37		
Total	1500		

Fuente: elaboración propia.

observa que la mayor proporción de participantes, aproximadamente las dos terceras partes (70%) se ubican en etapas motivacionales inferiores a la acción, es decir, por debajo de la etapa 6. Solamente el 30% se ubican en etapas de acción (etapa 6; 18,3%) o de mantenimiento (etapa 7; 11,7%).

Una etapa de interés es la que corresponde a la decisión de NO actuar, de no modificar el riesgo a pesar de ser consciente de su importancia como FR para la enfermedad de que se trate; los sujetos que se ubican en este estado motivacional se observan en la fila correspondiente a la etapa 4. Allí se aprecia que las mayores proporciones corresponden a los factores: 1) Adhesión al tratamiento (FR 3; 25%); 2) consumo de alcohol (FR 5; 33,3%), y 3) Consumo de cigarrillo (FR 6; 19%). Los otros grupos se omiten, debido a que se trata de un número muy pequeño de sujetos. Estos participantes requieren de acciones que les ayuden a adquirir una mayor autoidentificación con el riesgo como un factor que les afecta personalmente, con el fin de que superen el sesgo dado por la invulnerabilidad percibida ante el FR.

Pocos sujetos, solamente el 6,2% del total, ignoran por completo la importancia que tiene el FR para su enfermedad; estos son los que se ubican en la etapa 1. Por otra parte, el 15,4% de los participantes se ubican en la etapa 2, lo cual significa que manifiestan poco interés por involucrarse en una decisión de cambio. Estos dos grupos incluyen a los sujetos, (aproximadamente el 20%) para quienes

es más necesario el suministro de información y el fomento de actitudes positivas hacia el cambio.

Los participantes que se ubican en las etapas 3 y 5 se caracterizan por su mayor proximidad a una decisión de cambio del FR, aunque aún no se involucran en la acción preventiva. Eso significa que la principal acción motivacional para ellos no debe enfatizar el suministro de información, pues la mayoría ya la poseen, sino el cambio de otros procesos psicológicos, en especial el de toma de decisiones y el de preparación del autocontrol requerido para modificar el FR. En esta situación se encuentra una cifra que oscila alrededor del 40% de los participantes. Favorecer el balance decisional requerido para la modificación del FR puede implicar la necesidad de aumentar la percepción de costos del incumplimiento en casos como la baja adhesión al tratamiento o la percepción de beneficios, como en el caso de la dieta y del ejercicio; también es muy funcional con estos sujetos realizar acciones tendientes a disminuir la percepción.

El logro de las metas específicas que se propone para cada uno de los anteriores subgrupos se asocia a la práctica, durante la entrevista, de diversos procesos psicológicos, los cuales se analizarán a continuación.

Particularidades de la EM con pacientes en diversas etapas

Se hace una descripción de los procesos de intervención que los entrevistadores reportaron haber

Tabla 2

Distribución de frecuencias de los participantes clasificados en las diversas etapas motivacionales del PAP, en función de sus principales factores de riesgo

Etapa del PAP	FACTOR DE RIESGO*									Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	26 7,3%	29 6,8%	11 13,1%	22 7,8%	1 4,8%	1 50,0%	1 6,2%	1 9,0%	1 9,0%	225
2	1 4%	111 31,4%	56 13,1%	18 21,4%	32 11,3%	1 11,1%	4 19,0%	2 66,7%	2 15,4%	308
3		87 24,6%	94 21,9%	18 21,4%	104 36,7%	3 33,3%	1 4,8%	1 33,3%	1 21,1%	102
4		11 3,1%	39 9,1%	21 25,0%	23 8,1%	3 33,3%	4 19,0%	1 50,0%	1 7,0%	297
5	2 ,7%	78 22,0%	122 28,4%	14 16,7%	71 25,1%	2 22,2%	8 38,1%	2 20,3%	2 18,3%	268
6	107 38,8%	39 11,0%	88 20,5%	2 2,4%	30 10,6%		2 9,5%		2 18,3%	171
7	166 60,1%	2 ,6%	1 ,2%		1 ,4%		1 4,8%		1 11,7%	1461
Total	276 100,0%	354 100,0%	429 100,0%	84 100,0%	283 100,0%	9 100,0%	21 100,0%	2 100,0%	3 100,0%	1461 100,0%

*Ver codificación de los FR en la tabla 1.

Fuente: elaboración propia.

utilizado. El cuadro descrito en la tabla 3 es muy coherente con lo que se espera de la práctica de la EM, en la cual se asocian las etapas con los procesos: 1) La información fue el proceso predominante en la entrevista a los participantes que se ubicaban en la etapa 1; 2) con los participantes ubicados en la etapa 2 predominó la modificación de actitudes; 3) la motivación y la modificación de actitudes predominaron para los sujetos ubicados en la etapa 3; 4) la toma de conciencia predominó en los sujetos ubicados en la etapa 4; 5) la toma de decisiones y la planeación del autocontrol predominaron en los sujetos ubicados en la etapa 5; 6) con los sujetos ubicados en las etapas 6 y 7 predominó el interés por el mantenimiento y por la motivación.

Compromisos asumidos por los participantes

El impacto de la anterior intervención estructurada puede observarse en dos aspectos: 1) El asumir o no un compromiso de modificación del FR analizado con cada persona (tabla 4); 2) el estado de las etapas motivacionales referentes al FR en el momento de hacer el seguimiento: comparación pre frente a pos

intervención de la etapa motivacional, la cual indica el avance o retroceso de los sujetos a lo largo de las etapas, después de la entrevista. El seguimiento se hizo al mes o más tiempo de realizada la entrevista, y sus resultados se presentan en la tabla 5.

Como se aprecia en la tabla 4, hubo un grado muy alto de coherencia entre los compromisos asumidos por los participantes y sus FR más relevantes. En algunos casos, como en el de la adhesión al tratamiento, la concordancia es sólo del 62% debido a que en ocasiones una persona asume compromisos relacionados más directamente con el tipo de tratamiento sugerido, que puede ser de corte alimentario, actividad física, etcétera. La gente que se encontraba sin FR específicos, clasificada así en razón de que ya ejerce un control sobre los comportamientos que pueden serle perjudiciales, asumió el compromiso de mantenerse en ese estado.

Resultados del seguimiento

El segundo aspecto a analizarse es el del cambio en la etapa motivacional respecto del FR detectado. Para averiguar la etapa durante el seguimiento, a cada participante se le hizo una llamada telefónica,

Tabla 3

Procesos psicológicos enfatizados durante la entrevista a los participantes que se ubicaron en las diversas etapas del PAP

Procesos	ETAPA PAP							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
Información	22 24,2%			1 1,0%				23 1,6%
Modificación de actitudes		5 2,2%	59 19,2%	3 3,0%	3 1,0%	1 .4%		71 4,9%
Concientización del riesgo		5 2,2%		54 53,5%	3 1,0%			62 4,2%
Motivación y discrepancia		7 3,1%	35 11,4%	17 16,8%	19 6,4%	19 7,1%	3 1,8%	100 6,9%
Fomento de decisiones		17 7,6%	16 5,2%	1 1,0%	23 7,8%	1 .4%		58 4,0%
Planeación del autocontrol	1 1,1%		3 1,0%	1 1,0%	66 22,4%	3 1,1%	1 .6%	75 5,1%
Autocontrol de la acción	1		1					
Autocontrol del mantenimiento								
						.4%		.1%
						101	83	184
						37,7%	48,5%	12,6%
información y otros	62 68,1%	52 23,1%	16 5,2%	4 4,0%	6 2,0%	2 .7%		142 9,7%
Actitudes y otros	4 4,4%	98 43,6%	55 17,9%	10 9,9%	21 7,1%	5 1,9%		193 13,2%
Concientización y otros	2 2,2%	33 14,7%	43 14,0%	9 8,9%	20 6,8%	4 1,5%		111 7,6%
Motivación y otros		8 3,6%	70 22,7%	1 1,0%	112 38,0%	128 47,8%	83 48,5%	402 27,6%
Decisiones y otros			11 3,6%		20 6,8%	1 .4%	1 .6%	33 2,3%
Planificación y otros					2 .7%	2 .7%		4 .3%
Total	91	225	308	101	295	268	171	1459
	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia.

realizada siempre por la misma psicóloga (que en la gran mayoría de casos no era la que había realizado la EM). En la llamada se le indagaba a la persona por la situación actual de comportamiento ante el factor de riesgo y se le clasificaba, según su respuesta, en una etapa del PAP. Atendieron al seguimiento 734 participantes; de otros no se logró obtener la información, debido a razones como cambio de residencia, teléfono suspendido, número telefónico errado, unos pocos habían fallecido, etcétera. Las llamadas telefónicas de seguimiento tuvieron una duración que oscilaba entre 10 y 15 minutos.

En la tabla 5 puede observarse que hubo una progresión sistemática en la etapa motivacional de quienes respondieron: 1) Las personas que en la evaluación pre se clasificaron en la etapa 1, en la evaluación pos se ubicaron de la etapa 2 en adelante; la mayoría de ellas (57,7%) se ubicó en etapa de acción. Ninguna persona (independientemente de la etapa pre) retrocedió a la etapa 1, como era de esperarse, ya que todas tenían o recibieron información acerca de la importancia del riesgo respecto de su enfermedad; 2) de las personas que al inicio se encontraban en la etapa 2, el 71% ascendió a la etapa de acción;

Tabla 4

Tipos de compromiso asumidos por los participantes, en función de los factores de riesgo detectados

Compromiso	FACTOR DE RIESGO									Total
	Sin FR	Sedentarismo	Factor alimento	Baja adhesión a tratamiento	Estrés Estrés	Consumo de alcohol	Consumo de cigarrillo	Mala higiene	Otro	
Ninguno	1 ,4%	1 ,3%		3 3,7%	1 ,4%			1 50,0%		7 ,5%
Adhesión	7 2,5%	1 ,3%	2 ,5%	51 62,2%	9 3,2%					70 4,9%
Alimentación	35 12,7%	3 ,9%	383 91,4%	7 8,5%	6 2,1%				1 33,3%	435 30,1%
Ejercicio	83 30,1%	330 93,8%	9 2,1%	2 2,4%	43 15,3%					467 32,4%
Afrontamiento	3 1,1%	12 3,4%	13 3,1%	9 11,0%	209 74,4%	1 12,5%			1 33,3%	248 17,2%
Otros hábitos	4 1,4%	2 ,6%	8 1,9%	9 11,0%	7 2,5%	7 87,5%	20 100,0%	1 50,0%	1 33,3%	59 4,1%
Mantenimiento	143 51,8%	3 ,9%	4 1,0%	1 1,2%	6 2,1%					157 10,9%
Total	276 100	352 100	419 100	82 100	281 100	8 100	20 100	2 100	3 100,0%	1443 100,0%

Fuente: elaboración propia.

3) de las personas que al inicio se encontraban en la etapa 3, el 74% ascendió a la etapa de acción; 4) de las personas que al inicio se encontraban en la etapa 4, el 66,7 % ascendió a la etapa de acción; 5) de las personas que al inicio se encontraban en la etapa 5, el 80,7% ascendió a la etapa de acción; 6) de las personas que al inicio se encontraban en la etapa 6, el 42,9% ascendió a la etapa de mantenimiento.

Para facilitar la decisión del entrevistador acerca del tipo de procesos enfatizados durante la intervención, se sugiere adoptar un sistema de clasificación de la etapa de tipo jerárquico (variable ordinal), que oscile entre una categoría 1, correspondiente a la decisión de no-actuar (etapa 4), a una categoría 4, correspondiente a la acción actual o a su mantenimiento (etapas 6 y 7). Las categorías intermedias sugeridas son la categoría 2, correspondiente a los sujetos que no conocen la importancia del comportamiento o que no manifiestan interés en su modificación (etapas 1 y 2), y la categoría 3, correspondiente a los sujetos que, aunque se interesan, aún no deciden actuar, o ya lo han decidido pero aún no han empezado a actuar (etapas 3 y 5). Igualmente, se recomienda tener en

cuenta que a los sujetos que han recaído en la no-acción, después de que ya han pasado por la acción o por el mantenimiento, se les debe clasificar entre las etapas 2 y 5, de acuerdo con su situación actual. Por otra parte, es conveniente introducir algún criterio temporal que permita diferenciar objetivamente entre la acción (etapa 6) y su mantenimiento (etapa 7); se sugiere tomar el límite de práctica superior a seis meses como criterio para clasificar a la persona en etapa de mantenimiento.

En la tabla 6 se presenta el cuadro resultante del presente estudio de casos, si se adopta esta recomendación sobre categorías de etapas.

En la misma tabla se aprecia con mayor claridad la progresión en la etapa motivacional detectada durante el seguimiento, al compararla con la etapa registrada antes de la intervención: durante la evaluación pos la mayoría de sujetos se ubicaron en la categoría 4 (acción y mantenimiento), independientemente de la categoría pre intervención. Si se evalúan las diferencias de rangos entre la pre intervención y la pos intervención, se obtiene un valor de Rangos de Wilcoxon igual a 18,2, estadística altamente significativa ($p < 0.0001$).

Tabla 5

Impacto de la intervención evaluada mediante la comparación de las etapas en las que se encuentran los sujetos antes y después de la entrevista motivacional

Etapa	ETAPA POST ENTREVISTA						Total
	2	3	4	5	6	7	
Pre entrevista							
1	11 21,2%	3 5,8%	2 3,8%	5 9,6%	30 57,7%	1 1,9%	52 100,0%
2	16 12,2%	5 3,8%	1 ,8%	12 9,2%	93 71,0%	4 3,1%	131 100,0%
3	2 1,3%	23 14,9%		11 7,1%	114 74,0%	4 2,6%	154 100,0%
4	1 2,6%	1 2,6%	5 12,8%	4 10,3%	26 66,7%	2 5,1%	39 100,0%
5		2 1,3%		19 12,7%	121 80,7%	8 5,3%	150 100,0%
6	1 ,7%	1 ,7%		6 4,3%	72 51,4%	60 42,9%	140 100,0%
7				2 2,9%	7 10,3%	59 86,8%	68 100,0%
Total	31 4,2%	35 4,8%	8 1,1%	59 8,0%	463 63,1%	138 18,8%	734 100,0%

Discusión

La discusión de los resultados observados se hará en dos planos: 1) En el plano de las conclusiones que se extraen acerca de la aplicación de la EM como procedimiento particular aplicable en las actividades de promoción y de prevención en salud, y 2) en el plano de la inserción de la psicología al campo de la salud pública.

De la presente experiencia sobre aplicación del procedimiento de EM para la inducción de cambios en el estilo de vida de pacientes con enfermedades crónicas se extraen algunas conclusiones y recomendaciones específicas:

1. Los datos generales de los diversos grupos etáreos que fueron incluidos en la muestra de la Localidad de Engativá atendida por psicología, así como de los grupos de género, son bastante concordantes con los de la población colombiana, y apuntan hacia los problemas (diagnósticos y FR) en los cuales debe centrarse la labor de atención y de prevención en cada grupo.
2. El sistema de visitas domiciliarias para realizar

entrevistas psicológicas de corte motivacional para pacientes con ECNT constituye una alternativa muy viable y económica para iniciar procesos de cambio en el estilo de vida, a la cual responde la casi totalidad de participantes de condiciones sociodemográficas muy diversas, ya sea que estén previamente georeferenciados o que se capten en visitas no concertadas, o captados en actividades grupales de la comunidad.

3. Los principales FR comportamentales presentes en los pacientes con enfermedades crónicas atendidos son: el sedentarismo, la mala alimentación, la baja adhesión al tratamiento médico y el estrés psicosocial. El manejo efectivo de estos FR es imposible sin la consideración de un vector psicológico que dé cuenta apropiadamente de la motivación de las personas para involucrarse en cambios de comportamiento imprescindibles para su buena salud. Esto implica que a las nociones epidemiológicas tradicionales que se manejan en el campo de la salud pública es necesario agregarles una categoría epidemiológica de tipo conductual, la cual dé cuenta adecuadamente del grado en

que diversos comportamientos se asocian con diversas enfermedades, y del impacto de las estrategias dirigidas en sí a la modificación de comportamientos de riesgo como objetivo principal (Díaz Llanes, 2005). A pesar de la cantidad de tiempo transcurrido desde que esta categoría fue propuesta como tal (McDill Sexton, 1979), es sorprendente su bajo impacto en las prácticas sanitarias de nuestro medio.

4. La clasificación de los participantes en las diversas etapas motivacionales que propone el PAP sí dio como resultado una dispersión de sujetos para quienes se deben realizar acciones diversas: cerca del 20% (etapas 1 y 2) que requieren información; un 40% (etapas 3 y 5) que requieren fomento de toma de decisiones y planificación del autocontrol; cerca del 10% (etapa 4) que requieren fomento de la auto-identificación personal del riesgo, y cerca del 30% (etapas 6 y 7) que requieren apoyo para mantenerse en el control del FR, el cual ya han aprendido a modificar. La etapa motivacional, en consecuencia, es una medición válida y confiable de una variable adecuada para planificar los procedimientos a seguir durante la intervención y para evaluar el impacto de esta intervención. La sola información, procedimiento tradicional de prevención y de promoción en las acciones que impulsan en Colombia las empresas promotoras de salud constituye una forma de intervención bastante limitada en sus alcances (Piña & Obregón, 2003) que puede beneficiar solamente a un grupo minoritario de la población con ECNT.
5. En la intervención realizada se aplicó un procedimiento bastante estructurado en el que el tratamiento se programó para ser suministrado en función de la etapa motivacional de los sujetos. Este tratamiento resulta altamente susceptible de replicación por parte de psicólogos o de profesionales de la salud debidamente capacitados para este propósito, algo que favorece la posibilidad de diseminación, entre los profesionales del campo de la salud de ese procedimiento de intervención psicológica (Addis, 2002).
6. La EM condujo a que las personas asumieran compromisos muy específicos en relación con los factores de riesgo comportamentales presen-

tes. Ese hecho facilitó en alto grado la objetividad en el momento del seguimiento, pues los participantes debían informar acerca del estado de una práctica conductual claramente definida, con la cual se habían comprometido. Se sabe que si bien la intención no es una condición suficiente que garantice la práctica de las acciones, sí es una condición predictiva importante de dicho avance (Mateos, 1996), especialmente cuando se manifiesta para acciones concretas sobre las que la persona conoce su papel como FR en su estado de salud actual (Flórez-Alarcón, 1997).

7. Los resultados del presente estudio ratifican la posibilidad de basarse en la etapa motivacional indicadora de la disponibilidad al cambio (intención de cambio) como una medición válida y confiable de la variable dependiente que sirve para evaluar el impacto de una intervención preventiva. En este caso concreto, la posibilidad se corrobora para el modelo de etapas del PAP (Weinstein & Sandman, 2002).

En otro sentido más general, referente a la interacción entre psicología y salud pública, en este estudio se resalta la posibilidad de aplicación masiva de un procedimiento de intervención psicológica, ampliamente estructurado y basado en evidencia empírica acerca de su impacto para la modificación del estilo de vida en pacientes crónicos. Los 1500 participantes fueron entrevistados en un plazo de cuatro meses por parte de cinco psicólogos debidamente preparados en el manejo del método. Este tipo de resultados abren las puertas a la inserción de la dimensión psicológica en las actividades de prevención y de promoción en salud. Particularmente en el medio colombiano, insertar esta dimensión es algo que puede contribuir significativamente a superar las dificultades para la inclusión de estas actividades en el Plan de Atención Básica y en el Plan Obligatorio de Salud, ya que es notable el descuido del papel que tiene lo psicológico tanto en las prácticas sanitarias como en los análisis de los especialistas para proponer acciones amplias de prevención y de promoción en nuestro medio, aún en análisis que propenden a la superación de posiciones biologistas en el campo de la promoción en salud (Eslava, 2002).

En otros medios latinoamericanos la EM ha sido adoptada como una herramienta eficiente para insertar lo psicológico en el manejo de los problemas de salud pública, especialmente en el campo del manejo de las adicciones (véase por ejemplo a Natera & Valencia, 2001), aunque su potencial es muy alto para contribuir a la modificación de los FR de otros problemas de salud pública muy relevantes, como los representados por las enfermedades crónicas. La demostración de relaciones favorables de costo-efectividad, como la que se puede lograr en experiencias similares a la reportada, es una de las condiciones que Londoño, Valencia & Vinaccia (2006) proponen para favorecer la necesaria inserción de la psicología al campo de la salud pública, tendiendo a prácticas

de promoción y de prevención más acordes con las realidades de morbilidad contemporáneas en nuestras sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo (Guzmán, 1999; Smith & cols., 2004), especialmente si se toman en cuenta los aspectos negativos inducidos por el desarrollo socioeconómico sobre los estilos de vida, el medio ambiente y la salud mental en general (Agudelo, 1999). La inclusión del manejo de factores psicosociales de riesgo en general, y no exclusivamente de factores de tipo conductual en particular (Schwarzer, 2001), aparece como un objetivo ineludible para lograr el fomento de comportamientos saludables en este nuevo contexto, en el que aparece un predominio ostensible de las enfermedades crónicas en los cuadros de morbilidad.

Referencias

- Addis, M. E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: Promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 367-378.
- Agudelo, C. (1999). Desarrollo y salud. *Revista de Salud Pública*, 1(1), 17-28.
- Bellack, A. S. & Hersen, M. (1989). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Carey, M.P., Braaten, L. S., Maisto, S.A., Gleason, J. R., Forsyth, A.D., Durant, L. E., & Jaworski, B. C. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: A second randomized clinical trial. *Health Psychology*, 19(1), 3-11.
- Casals, R. (2000). La entrevista motivacional. III Congreso enfermería comunitaria. Recuperado de: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/IIICongreso/casals.html>. Visitada en abril de 2004.
- Castellanos, C. A. (2006). Implementación de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para padres con hijos adolescentes, basado en los cinco principios de la entrevista motivacional. TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar, 2(2). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/02_castellanos_entrevista_motivacional_para_padres.pdf Visitada en julio de 2007.
- Díaz Llanes, G. (2005). El comportamiento en la psicología de la salud. En: Hernández, E. & Grau, J. (eds.). *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 179-199). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Eslava, J. C. (2002). Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 4 (1), 1-12.
- Flórez-Alarcón, L. & Hernández, L. (1998). Evaluación del estilo de vida. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Recuperado de: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm Visitada en julio de 2007.
- Flórez-Alarcón, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología Conductual*, 5 (3), 313-344.
- Flórez-Alarcón, L. (2000). El proceso Psicológico de la Promoción y de la Prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 13-22.
- Flórez-Alarcón, L. (2002). El Proceso de Adopción de Precauciones en la Promoción de la Salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XI (1), 23-33
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Colombia: Editorial el Manual Moderno S. A.
- Franco, S. (1999). Seguridad social y salud pública: Reflexiones desde la universidad. En: Ardila, E. & Abaunza, M. (eds.). *La Salud desde la Universidad* (pp. 21-29). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Guzmán, C.E. (1999). Enfermedades vasculares: Epidemia del siglo. *Revista de Salud Pública*, 1 (3), 265-273.
- Handmaker, N.S. & Wilbourne, P. (2001). Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol Research and Health*, 25(3), 219-229.
- Ingersoll, K., Floyd, L., Sobell, M., Velasquez, M. M., & Cols. (2003). Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: A study of a motivational intervention in community settings. *Pediatrics*, 111 (5), 1131-1135.
- Kratochwill, Th. R., Mott, S. E. & Dodson, C.L. (1989). Estudio de caso e investigación de caso único en psicología clínica y aplicada. En: A. S. Bellack & Hersen, M. (eds.) *Métodos de investigación en psicología clínica* (pp. 67-113). Bilbao: Desclée de Brower.
- Lizarraga, S. & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, (suplemento 2), 43-54. Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/lizarraga_em_definicion.pdf Visitada en octubre de 2006.
- Londoño, C., Valencia, C., & Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, 16 (2), 199-205.
- Mateos, P.M. (1996). Motivación, intención y acción. En: I. Garrido (ed.). *Psicología de la Motivación* (pp. 69-96). Madrid: Editorial Síntesis.

- McDill Sexton, M. (1979). Behavioral epidemiology. In: O. F. Pomerleau & J. P. Brady (Eds.) *Behavioral Medicine: Theory and Practice* (pp. 3-21). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía para los profesionales de la salud*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower S.A.
- MI Principles: <http://www.motivationalinterview.org/clinical/principles.html>. Visitada en octubre de 2006.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Natera, G. & Valencia, E. (2001). Centro de atención al alcoholico y sus familiares (CAAF): Una experiencia de atención al alcoholismo en México. En: Ayala, H. & Echeverría, L. (eds.). *Tratamiento de conductas adictivas* (pp. 93-106). México: UNAM.
- Orleans, C. T. (2000). Promoting the maintenance of health behavior change: Recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychology, 19* (1 Suppl), 76-83.
- Ortíz, I.D. (1999). La salud: ¿Cuál derecho? En: Ardila, E. & Abaunza, M. (eds.). *La Salud desde la Universidad* (pp. 31-42). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Piña, J.A. & Obregón, F. J. (2003). Algunas reflexiones sobre el concepto de prevención en el contexto de la relación psicología y salud. En: J. A. Piña, F. J. Obregón & J. A. Vera (eds.). *Psicología y Salud en Iberoamérica* (pp. 53-72). Sonora: Editorial UniSon.
- Resnikow, K., Colleen, D., Soet, J. E., Borelli, B., & Hecht, J. (2002). Motivational interviewing in health promotion. It sounds like something is changing. *Health Psychology, 21* (5), 444-451.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 47-51.
- Senecal, C., Nopuwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology, 19* (5), 452-457.
- Smith, T.W., Orleans, C.T., & Jenkins, C. D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology, 23* (2), 126-131.
- Sobell, M.B. & Sobell, L. C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19* (3), 199-210.
- Velandia, F., Ardón, N., Jara, M. I., Cárdenas, J. M., & Pérez, N. (2003). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE, 1997. *Revista de Salud Pública, 5* (1), 46-58.
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 481-500.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (2002). The precaution adoption process model and its application. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (eds.), *Health Behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 121-143). San Francisco: Jossey Bass.
- Weinstein, N. D. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology, 4*, 355-386.
- Yurss, I. (2001). Presentación (del suplemento especial sobre comunicación y atención integral). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 24*, (suplemento 2), 5-6.

Fecha de recepción: octubre de 2006

Fecha de aceptación: junio de 2007