

LA ENTREVISTA CLINICA Y MOTIVACIONAL: SU APLICACIÓN EN ADOLESCENTES

(The clinical and motivational interviewing: its
application in adolescents)

TRABAJO DE FIN DE GRADO: Curso de adaptación al Grado de enfermería
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA: Escuela Universitaria de Enfermería



Autora: Clara Villegas de la Lama

Directora: M^a del Mar Aparicio Sanz

Fecha de presentación: Junio 2014

INDICE

•	RESUMEN	2
•	SUMMARY	3
•	INTRODUCCIÓN	4
•	CAPITULO 1: LA ENTREVISTA CLINICA	7
➤	1.1. Habilidades de comunicación	7
➤	1.2. La comunicación verbal y la importancia de la comunicación no verbal	9
➤	1.3. Modelos de orientación	10
➤	1.4. Perspectiva estructural y perspectiva funcional	11
•	CAPITULO 2: LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	12
➤	2.1. Características generales	13
➤	2.2. Razones para que se produzca el cambio en una persona	14
➤	2.3. Diferencias con la entrevista informativa	15
➤	2.4. Modelos de estadios del cambio	15
➤	2.5. Cómo se debe actuar en los diferentes estadios del cambio	17
➤	2.6. Errores que se cometen en la entrevista motivacional	20
•	CAPITULO 3: LA ENTREVISTA CON ADOLESCENTES	20
➤	3.1. El adolescente	21
➤	3.2. La confidencialidad	22
➤	3.3. Características de la entrevista en adolescentes	23
➤	3.4. Actuación del profesional sanitario	24
➤	3.5. Situaciones especiales en la entrevista con el adolescente	25
➤	3.6. ¿Son útiles los cuestionarios en la entrevista con el adolescente?	26
➤	3.7. Trampas a evitar	26
•	REFLEXIONES	27
•	ANEXOS	29
•	BIBLIOGRAFÍA	37

RESUMEN

La entrevista clínica representa un medio de comunicación eficaz, con unos objetivos determinados para abordar los problemas de salud y la interrelación con el paciente. Permite un primer contacto con el paciente y su entorno, con el fin de establecer una adecuada relación, obtener más información acerca de su estado de salud y facilitar al paciente una mejor comprensión y eficacia a la hora de abordar su situación.

Es necesario, para establecer una buena interacción, desarrollar habilidades de comunicación a la hora de relacionarse con el paciente, ya que favorece la relación terapéutica y de confianza, facilitando el trabajo y obteniendo una mayor eficacia en la intervención.

Con objeto de profundizar en el conocimiento de la entrevista clínica se ha planteado en este trabajo conocer los factores a tener en cuenta para desarrollar las habilidades de comunicación necesarias, así como la descripción de la comunicación verbal y la importancia que debemos dar a la comunicación no verbal durante la realización de la entrevista. Se muestran también dos modelos de orientación de la entrevista, uno dirigido al paciente y otro orientado al clínico; y dos perspectivas diferentes donde se define la función de cada una.

En segundo lugar, se han analizado las principales características de la entrevista motivacional, en qué consiste este término, la utilidad que tiene, y como se puede ayudar a la motivación de cada paciente para que se plantee o se produzca el cambio. Se exponen a su vez los estadios del cambio que atraviesa el paciente y la actuación del profesional en ellos, así como los posibles errores que se puedan cometer.

Y finalmente se ha abordado, de una manera específica, la entrevista en el adolescente, donde se hace referencia a la actuación del profesional sanitario y a la importancia de la confidencialidad. Se describen las características de la entrevista en el adolescente y las situaciones especiales que pueden darse a la hora de comunicarse con ellos. Se analiza la utilidad de los cuestionarios y se ofrecen una serie de trampas en las que no se debe caer en el momento de la realización de la entrevista con adolescentes.

Palabras clave: Entrevista clínica, comunicación, habilidades comunicacionales, entrevista motivacional, adolescentes.

SUMMARY

Clinical interview is an effective communication tool which is used to interface between humans. It allows a first contact with the patients and their environment in order to obtain more information about their health status and facilitates a better and more efficient understanding of their situation to the patients.

To interact with the patients it is necessary to develop skill communications because they promote therapeutic relationship and confidence facilitating our work and obtaining a more effective intervention.

In order to deepen the understanding of the clinical interview it has been proposed in this work to know the factors to be considered in order to develop the necessary communication skills. A description of verbal communication and the importance that we give to non-verbal communication during the completion of the interview is also described. Two models of counseling interview, directed to the patient and to the clinician are exposed as well as two different perspectives where the function of each one is defined.

It has also been analyzed the main features of motivational interview, the meaning and usefulness of this term and how is possible to help to the patient's motivation in order to induce a change. The stages of change that the patient went through and the role of the professional in them are exposed as well as any errors that may be committed.

Finally, it has been addressed, in a specific manner, the adolescent interview, where references to action of health professionals and to the importance of confidentiality are made. Adolescent interview characteristics as well as the special situations that can occur when communicating with them are described. The usefulness of the questionnaires and a series of traps that should avoid during the adolescent interview were analyzed.

Key words: Clinical interview, communication, communication skills, motivational interview, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Desde hace mucho tiempo se ha tratado de dar gran importancia al asesoramiento por parte de los profesionales sanitarios en cuanto a información y hábitos saludables para mejorar el nivel de salud del paciente, su calidad de vida o para prevenir enfermedades. “Un avance importante en la concepción de la salud la estableció la Organización Mundial de la Salud al reconocer como integrantes de la misma las facetas psicológica y social con el fin de realizar un abordaje integral de la persona” (Martin y Cano, 1994; Frías, 2000).

La entrevista con el paciente es importante para obtener información acerca de la persona con la que vamos a tratar, ya que nos permitirá acercarnos y conocer más a fondo el problema o la situación que preocupa al paciente, de esa forma, nos resultará más fácil abordar su caso, y los resultados serán más beneficiosos tanto para el paciente como para el profesional sanitario.

Se considera importante la formación en los aspectos comunicacionales y emocionales; la comunicación no es solo iniciar una conversación donde tratamos de escuchar e intercambiar ideas u opiniones, no se limita solo a una comunicación verbal. Existe la comunicación no verbal, la cual nos aporta mucha más información que la anterior. Una actitud, un gesto, una mirada, una postura o incluso un silencio en un momento dado, son algunos elementos que pueden proporcionarnos una gran información acerca del adolescente al que estamos tratando.

Debemos tratar la satisfacción del paciente, cómo afronta el paciente su problema o su enfermedad, hasta qué punto está dispuesto a cumplir el tratamiento y a dejarse ayudar por parte de los profesionales sanitarios, y si confía en la competencia profesional; todo ello está relacionado con las habilidades de comunicación del profesional sanitario.

Existen diferentes factores que influyen a la hora de realizar una buena entrevista. Una escucha activa que facilite al paciente exponer su problema o una estrategia para elaborar un plan de acción conjuntamente con el paciente son algunos ejemplos a tener en cuenta para un correcto desarrollo de la entrevista.

Para poder realizar el trabajo de enfermería de una manera eficaz, necesitamos aprender a desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la motivación de cada paciente de una forma individual. Cada paciente es único y colabora mejor cuando decimos las cosas de una determinada manera ajustándonos a su lenguaje y acomodándonos a su nivel. Además es importante tener en cuenta variables como la edad del paciente, nivel educativo.... Así no es lo mismo tratar con pacientes adultos que tratar con adolescentes y niños. Para atender adolescentes es necesario tener una capacidad para “sentirse a gusto” delante de él y ser capaces de que el adolescente sienta lo mismo, para que éste pueda relajarse y así poder comunicarse con más facilidad.

Hughes y Baker (1990) definen la entrevista con el niño como “una interacción de influencia bidireccional que se realiza cara a cara con el propósito de evaluar aspectos del funcionamiento del niño que tienen relevancia para planificar, implementar o evaluar el tratamiento”. Es una ventaja poder observar el comportamiento y la actitud del joven directamente y poder comunicarnos con él. Debemos dar espacio al joven para que pueda expresar su situación y su problema. Nadie mejor que el mismo para transmitirnos cómo se siente, que le sucede, que le preocupa o que problema tiene. Es

aconsejable que el adolescente esté solo, en ausencia de los padres, a la hora de la entrevista, ya que la presencia de éstos le cohibe más a la hora de hablar de sus problemas personales. No por eso hay que dejar de escuchar como lo perciben los padres, ya que pueden ser perspectivas muy diferentes.

Klein (1991) razonó que independientemente del método de evaluación que se utilice, se ha comprobado que la concordancia diagnóstica entre la información facilitada por los niños y por sus padres es habitualmente baja. En la práctica, este efecto asociado a la fuente de información es muy importante porque los hallazgos pueden ser muy diferentes, y consecuentemente también lo serán el diagnóstico y el tratamiento que se indique, en función de a quién preguntemos.

Hay que recordar que para realizar la entrevista es necesario solicitar consentimiento escrito de los padres y asentimiento verbal del niño (Zwiers y Morrissette, 1999).

MOTIVACIÓN PERSONAL

Me ha parecido interesante tratar la entrevista con adolescentes porque cuando estuve trabajando en las urgencias pediátricas, conocí alguna situación en la que hubiese sido de gran utilidad tener más información acerca de cómo dirigir y tratar con los jóvenes. Hasta ese momento no había sido consciente de lo importante que resulta desarrollar ciertas habilidades comunicacionales para manejar a este tipo de pacientes. Me di cuenta que ser un gran observador en determinados momentos, nos puede proporcionar bastante información.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este trabajo es dar a conocer como realizar una buena entrevista con el paciente y como crear un clima tranquilo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Profundizar en todo lo relacionado con la comunicación y las relaciones interpersonales.
- Abordar con mayor facilidad los problemas de salud que se nos presenten y de esta manera resolverlos con una mayor fiabilidad.
- Conocer con mayor amplitud la importancia de una buena comunicación.
- Describir los puntos más importantes para llevar a cabo una entrevista eficaz.

ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA

Para la realización de este trabajo, se ha utilizado diferentes bases de datos para recoger información en artículos y tesis. Además se consultaron varios libros que contenían capítulos interesantes para incluir en el temario.

Para la recogida de artículos y tesis se consultaron las siguientes bases de datos:

- Pubmed
- CSIC
- Dialnet
- Google Académico

- Cuiden Plus

Y, para consultar los libros, hice una búsqueda anticipada en la Biblioteca de la Universidad de Cantabria.

Se utilizaron las siguientes palabras claves:

- Entrevista clínica
- Habilidades comunicación
- Entrevista motivacional
- Técnicas entrevista
- Comunicación
- Relación médico-adolescente
- Entrevista adolescentes
- Relación terapéutica

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos que guardaran relación con los diferentes temas a tratar.
- Artículos, en la medida de lo posible, actuales.
- Revistas o artículos científicos validados.

Por otro lado, las causas de exclusión de determinados artículos fueron:

- Artículos de contenido poco relevante para el trabajo a realizar.
- Publicaciones de acceso restringido por necesidad de pago.
- Artículos estadísticos y encuestas.
- Artículos y publicaciones de acceso restringido al texto completo.
- Artículos y publicaciones en idiomas diferentes al castellano o inglés.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE SELECCIÓN



CAPITULO 1: ENTREVISTA CLINICA

La entrevista es importante en la educación para la salud, es útil para clarificar conceptos erróneos, modificar actitudes inadecuadas, ofrecer apoyo emocional u otras actuaciones dirigidas al paciente y a su entorno. Una buena comunicación fomenta una mejor relación terapéutica y por consiguiente unos mejores resultados; se acompaña de un mejor cumplimiento y mejora la adherencia al tratamiento facilitando el entendimiento del paciente e informando acerca de las medidas a tomar y de las expectativas que tiene acerca de los tratamientos a seguir.

Hernández (2002) nos explica que el profesional ha de ser un buen traductor e intérprete de la información verbal y paraverbal que proporciona el paciente, y un buen comunicador interpersonal.

Por el contrario se asocia una mala comunicación con entrevistas tipo “interrogatorio” donde el profesional apenas muestra interés y la sensación que se percibe es la de terminar lo antes posible cohibiendo al paciente la posibilidad de realizar preguntas acerca de las dudas que se le plantean, inquietudes que tiene, sensaciones o puntos de vista. Exhibe un papel paternalista y un estilo muy autoritario.

❖ 1.1. Habilidades de comunicación.

Martínez y cols. (2002) explican que “las habilidades comunicacionales constituyen una parte importante de la entrevista clínica”. Para entenderlo mejor se puede dividir en cinco apartados: contexto, escucha, comprensión, estrategia y resumen general. Se debe tener en cuenta diferentes estrategias de interés que hacen más fácil la relación de la comunicación entre el profesional de salud y el consultante. De esta manera, es más fácil obtener resultados beneficiosos y positivos tanto a nivel afectivo y emocional como terapéutico.

Existen varios factores a tener en cuenta en las tareas de una entrevista:

Contexto: para empezar es muy importante que el entorno favorezca la comunicación entre ambas partes; la actitud del profesional y la cercanía influye también en la relación con el paciente.

La escucha es otro factor a tener en cuenta durante la entrevista. Nisselle (2000) puntualiza que “en primer lugar se debe establecer la duración de la entrevista” así facilitaremos que no comience a hablarnos de temas secundarios y se centre en narrar asuntos importantes antes de que finalice el tiempo, esto hace que el profesional no sienta que está perdiendo el tiempo sin obtener información relevante, se ponga nervioso por ello y de rebote el paciente piense que no tiene ningún tipo de interés en lo que él está contando. Por ello se debe adoptar una posición abierta y activa, mostrando interés en lo que nos está narrando para que el paciente se sienta valorado y le motive a la hora de explicar su problema tratando de no interrumpirle anticipadamente ni elaborar conclusiones precipitadas, “es ser empáticos y facilitarle que exprese cuáles son sus sentimientos, sus expectativas, sus esperanzas y cómo afecta la enfermedad a su vida” aclara McLeod (1998).

Martinez y cols. (2002), Castro y Quesada (1996) y Buckman y cols. (2000) nos explican varias técnicas para afrontar la entrevista y favorecer la relación terapéutica:

- Formular preguntas abiertas: es una forma de obtener una información más amplia; un ejemplo de pregunta abierta sería: “¿Me podría decir como es el dolor que siente?” Se da la oportunidad al paciente de responder de una forma más extensa. Se pueden también formular preguntas que tengan dos opciones diferentes para ayudar a la respuesta del paciente, por ejemplo: “¿es un dolor continuo o es mas repentino y punzante?” Y, como último recurso y si el paciente no es colaborador se utilizará preguntas cerradas, donde la opción de respuesta solo será un sí o un no; “¿le duele de forma persistente, continuada?” Borrell (1989) explica que se utilizaran como primera opción cuando queramos obtener información muy concreta a algo determinado. Resultan muy útiles.

Las preguntas cerradas no admiten explicaciones y facilita el interrogatorio inducido, que son las respuestas que estaba buscando el profesional, ya que el paciente puede estar respondiendo influenciado por el tono de voz con el que el profesional formula la pregunta y por el tipo de pregunta que realiza. Se debe tener en cuenta que cuanto menos esfuerzo supone para el paciente responder a una pregunta, menos fiable será su respuesta.

- Facilitar la comunicación mediante conducta verbal y no verbal. El silencio, por ejemplo, es la ausencia de comunicación verbal en un momento determinado, y a veces es necesario puesto que da un pequeño respiro al paciente que le sirve como tiempo de meditación, para que reflexione sobre lo que acaba de contar. Es por ello que se recomienda dejar un periodo de tiempo desde que el paciente concluye su consulta hasta que el profesional sanitario comience su intervención, así tratara de obtener información y modificar la estructura inicial de la entrevista, si lo considerase necesario. La utilización de frases cortas que manifiesten interés por parte del profesional sanitario, como por ejemplo: sigue contándome, o gestos sencillos como el asentir con la cabeza o un uhm, demuestra que la escucha continua abierta por parte del profesional y por lo tanto la comunicación permanece activa.

- El lenguaje es una técnica importante. Se debe utilizar siempre que se pueda vocabulario neutro, de bajo contenido emocional, evitar palabras del tipo crónico, degenerativo, maligno tratando sustituir las por otras de carácter emocional menos dañino. Además se debe tener en cuenta que el lenguaje científico quizá no sea el más apropiado para el paciente, por lo que trataremos de adaptar los términos necesarios al lenguaje del paciente para facilitar su comprensión.

- Otra técnica de la entrevista es la de clarificar, esclarecer y especificar lo que ha contado el paciente acerca de su problema. Se puede lograr a través de la comunicación verbal: ¿Qué ha querido decir con...? , o conducta no verbal transmitiendo cierta duda o extrañeza en lo que el paciente ha relatado, actitud que le presionará para tratar explicarnos de nuevo lo que ha querido transmitir. Se deben usar en un tono adecuado y no se debe abusar de ellas.

Borrell (1989) refiere que se puede también “manifestar y trasladar al paciente emociones o conductas, profundizando en las motivaciones del paciente y evidenciando conflictos o áreas de estrés psicosocial. Ayuda al consultante a clarificar emociones/ideas”. Por ejemplo sería decir: “parece como si se sintiera...” (observación

del estado de ánimo), o “desde hace una semana observo que...” (relativo a conductas).

La comprensión: donde es trabajo del profesional interpretar y registrar lo que el paciente siente y exterioriza. Según Borrell (1989) consta de tres pasos: identificar la emoción, la causa y transmitir su comprensión. Si no sabemos lo que el paciente siente trataremos de identificarlo a través de preguntas abiertas hasta llegar a comprender y conocer el verdadero sentimiento de éste. Una vez que se ha entendido el sentimiento que el paciente nos ha transmitido se debe tratar de la manera más natural y entendible aún no estando de acuerdo con la percepción u opinión del paciente.

Factor de estrategia: momento en el que se proyecta un plan de acción y de cuidados, donde el paciente participa junto al profesional sanitario para hallar posibles soluciones al problema. Para elaborar dicho plan se debe tener en cuenta cual es el plan más acertado para ese determinado paciente y su problema de salud y que es lo que el paciente espera conseguir sobre el tratamiento preventivo o terapéutico, así como su disposición al cambio y su opinión al respecto, averiguando cuáles son sus creencias y conocimientos.

Según Martín y Cano (1994) a este proceso se le denomina bidireccionalidad de la información.

Es conveniente seguir unos pasos de guía en la estrategia; podemos empezar con señalar los contenidos que trataremos con el paciente así podremos acercarlo a su enfermedad y tratamiento y comenzar a detallar los pasos que vamos a seguir, haciendo constar los cambios realizados por escrito si esto fuera necesario. Nos aseguraremos entonces que el paciente está entendiendo y asimilando la información transmitida y que está de acuerdo con las medidas que tendrá que llevar a cabo para el correcto desarrollo de su problema de salud.

Valorar la situación del paciente y su familia, así como los recursos para considerar una solución realista y lo más factible posible para la solución de su problema. Hay otras técnicas que hacen participe al paciente y le transmiten que su opinión se tiene en cuenta y se valora, como por ejemplo la cesión intencional (“lo valorare para futuras soluciones”) o la cesión real (“en efecto, podemos considerarlo”). El doble pacto también se puede utilizar para involucrar al paciente: “yo tendré en cuenta esa posibilidad, pero le propongo que entretanto realice estos ejercicios”. Cuando la expectativa planteada por parte del paciente no es la más acertada se puede hacer un paréntesis expresando dejar este tema por el momento.

Resumen general: como factor final se construye un resumen general donde se recopila toda la información dada durante la entrevista para realizar un esquema de las medidas a tomar en un futuro. Disminuye los malos entendidos y ayuda a esclarecer conceptos. Gorney (1999).

❖ 1.2. La comunicación verbal y la importancia de la comunicación no verbal.

La comunicación es un proceso en el que intervienen dos o más personas que tratan de relacionarse entre sí, a través de un intercambio de mensajes e información, intentando que exista la máxima comprensión, donde se emplea una escucha activa para mantener el canal de la comunicación abierto.

Es una característica y necesidad básica de las personas y sociedades para la vida diaria, ya que la comunicación ayuda a interactuar con diferentes personas que van apareciendo en tu vida y a relacionarte con ellas.

La comunicación adopta diferentes formas, pero las más importantes son la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

- **La comunicación verbal:** La comunicación verbal es aquella que se expresa a través de las palabras o de forma escrita de manera que cuando exista comunicación con otra persona, ésta entienda lo que se está hablando o lo que se quiere comunicar. Por medio de la comunicación verbal se expresa contenido.

- **La comunicación no verbal:** La comunicación no verbal es aquella que se percibe y se expresa a través de gestos, posturas, miradas... Por medio de la comunicación no verbal se expresan actitudes incluyendo el lenguaje paraverbal (el tono que se utiliza al mantener una conversación). Normalmente se tiende a dar más importancia a lo que nos están contando que a la actitud al contarlos; si gesticula con las manos, si cambia constantemente la postura, si la persona mira directamente a los ojos o por el contrario evita el contacto visual bajando la mirada... es importante que se tengan en cuenta todas estas actitudes, ya que todo esto facilita el trabajo del entrevistador y le proporciona más información acerca del tema a tratar. Existe la posibilidad de contradecir la comunicación verbal, esto sucede cuando el mensaje no verbal no es acorde con el lenguaje verbal, como por ejemplo en el caso de estar enfadados, y nos preguntan qué nos pasa y decimos que nada. En realidad nuestra expresión facial está contradiciendo a nuestro mensaje verbal. Cuando esto ocurre daremos preferencia a la comunicación no verbal que nos resultara más fiable.

Durante la entrevista hay que estar atentos a las funciones de los mensajes no verbales ya que pueden ser muy útiles durante la interacción; una de las funciones es que éstos pueden reemplazar a las palabras en un momento concreto de la entrevista, por ejemplo, cuando en una conversación una persona está contando a otra algo increíble y ésta muestra una cara de asombro, de perplejidad. Otra función importante en una conversación es el asentimiento de cabeza mostrando interés y demostrando la escucha.

Kendon (1967), Argyle y Cook (1976), y Cook (1979) afirman que “la mirada se utiliza para indicar que estamos atendiendo, para abrir y cerrar los canales de comunicación y para regular y manejar los turnos de palabras”. Y, a veces, incluso, una expresión facial o cambiar de continuo la postura cuando se está manejando un tema concreto, puede contradecir el mensaje verbal.

“La cantidad y tipo de mirada también comunican actitudes interpersonales. La gente que mira más es vista como más agradable, y es interpretado como señal de cariño o sentimiento positivo, pero la forma extrema de mirada fija es vista como hostil o dominante, mientras que desviar la mirada puede ser interpretada como señal de timidez, antipatía o de querer terminar la interacción”, señalan Zimbardo (1977), Morris (1977) y Wilkinson y Canter (1982).

❖ 1.3. Modelos de orientación.

Existen dos modelos de orientación de la entrevista

- El primer modelo sería el que está orientado al paciente, que será el que active sus recursos a partir de su conocimiento y experiencia. La entrevista centrada en el paciente tiene en cuenta, junto a los problemas del usuario, sus ideas, expectativas y sentimientos (Ong y cols., 1995). Se le explica al paciente que el mismo debe hacerse cargo, en la medida de lo posible y siempre y cuando dependa de él, de su propia salud, aunque esta medida no hace que no puedan surgir posiciones paternalistas que convierte la figura del paciente en un ser más pasivo respecto a su problema de salud. Esta posición no inhibe la búsqueda de alternativas con fines positivos que ayude a la participación del paciente para obtener una mejoría en su estado de salud. Los ancianos o pacientes con menor nivel cultural son los menos participativos, incluyendo también a los pacientes con procesos de cierta gravedad. (Benbassat, Pilpel y Tidhar, 1998).

- El segundo modelo de orientación sería aquel orientado al clínico, que a diferencia del primero sí que está más enfocado a la figura del profesional sanitario como al paternalista y autoritario de la situación de cada paciente manejando cada situación individual conforme a sus necesidades, “dando lo mejor para el paciente pero sin contar con él”. Torio y García (1997). La idea de que el profesional tome la figura paternalista está quedando en un segundo plano y se está centrando la orientación en la libertad de decisión del paciente, donde sus ideas y decisiones toman una mayor relevancia como aspecto fundamental en el ideal a conseguir.

❖ **1.4. Perspectiva estructural y perspectiva funcional.**

Según Martínez y cols. (2002), Castro y Quesada (1996) y Buckman y cols. (2000) para poder abordar la entrevista se puede distinguir desde una perspectiva estructural o desde un punto de vista funcional.

Cuando se habla de una perspectiva a nivel estructural, podemos distinguir dos fases diferentes:

- Fase explorativa: el objetivo sería escuchar el problema del paciente, así como tratar de comprenderlo utilizando técnicas que nos permitan acercarnos más a él para que podamos obtener la mayor información posible, para ello se establece una relación que ayude a favorecer un clima de confianza y se profundiza en el motivo de consulta del paciente para que el profesional pueda hacer un diagnóstico fisioterapéutico (anamnesis y exploración).
- Fase resolutoria: tras haber hablado sobre el problema y por consiguiente las dudas o inquietudes que puedan surgir en el paciente, se intenta llegar a un acuerdo por ambas partes para buscar la mejor manera de solucionar el problema de salud, donde la información, negociación, resumen y comprobación son los pasos a seguir.

Cuando se habla de la entrevista desde un punto de vista funcional se distinguen diferentes tareas que van unidas entre sí:

Las principales tareas de una entrevista según Buckman y cols. (2000) y Nisselle (2000) serían

- Tarea de enganchar: estableciendo una buena relación con el paciente.
- Tarea de empatizar: tratar de ponernos en el lugar de éste expresando solidaridad emocional.

- Tarea de educar: consiste en reunir todos los conocimientos, actitudes y comportamientos para adaptarlas al tratamiento o prevención del problema de salud, así como asegurar la comprensión y ser cercano ofreciendo disponibilidad para que el paciente pueda preguntar todas sus dudas.
- Tarea de tratar las expectativas: teniendo en cuenta al paciente, su visión acerca de su tesitura y la opinión que me merece, respetando sus valores y creencias.
- Tarea de enlazar: consistirá en comprometer al paciente durante todo su proceso.

CAPITULO 2: ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La Entrevista Motivacional, fue creada por William Miller, en 1984, como un enfoque de terapia breve para tratar a personas con problemas de adicción al alcohol motivándolas hacia el cambio.

Es un tipo de entrevista, centrada en el paciente, que consiste en aclarar hábitos inadecuados, conceptos distorsionados o equivocados y resolver dudas e inquietudes que el paciente pueda tener, así como educar esas conductas erróneas. Pretende de alguna forma “abrir los ojos” al paciente para que estos sean conscientes de los riesgos que padecen. Se trata de crear al paciente la necesidad del cambio que le llevara a poner en marcha los recursos de los que dispone para poder solucionar el problema. Para el profesional sanitario también tiene su parte positiva y es que hace que el grado de impotencia disminuya al ayudar a motivar a las personas para una mejora, es así como la satisfacción incrementa y el desgaste del profesional se vea reducido.

El papel más relevante en la entrevista motivacional es el mismo paciente, ya que es él quien debe desear el cambio y quien tendrá que poner más de su parte para que éste sea factible.

Para que un paciente se plantee un cambio en su vida, lo primero y más importante es su interés por el cambio para alcanzar un objetivo, el deseo que el mismo tenga de cambiar un hábito o una rutina junto con su fuerza de voluntad (motivación que se tiene para desear ese cambio) que dependerá del empeño e interés que este tenga y del desagrado que suponga lo que hace en el presente con lo que le gustaría hacer. El profesional sanitario es quien facilitara la situación, es la ayuda a ese cambio. Se debe ayudar al paciente para que sea consciente de su situación actual y de la situación que podría ser para que le resulte menos duro y costoso el trabajo que tendrá que realizar para dejar sus hábitos y comportamientos actuales.

Cada paciente es distinto y el proceso que cada uno va a seguir también lo será. Se debe seguir el ritmo que cada paciente considere necesario para la evolución de la conducta y no se debe forzar con ansia el deseo del cambio ya que el hecho de insistir en la detención inmediata de la conducta produce un rechazo próximo.

“El trabajo del profesional, en este tipo de entrevista, es facilitar la expresión por el propio paciente de los argumentos para cambiar como forma de resolver su ambivalencia y que avance hacia una decisión de cambio. Idealmente se trata de conseguir que el paciente quiera convencernos de la necesidad de que él cambie”. (Bosch y Cols. ,1994).

❖ 2.1. Características generales.

Lizarraga y Ayarra (2001) nos explican que la entrevista motivacional tiene unas características esenciales para mejorar las habilidades de comunicación del profesional sanitario. Las describimos a continuación:

- Expresar empatía. A veces, resulta complicado ponernos en el lugar de la otra persona cuando no estamos de acuerdo con algo que nos cuenta o cuando tenemos puntos de vista diferentes, pero es de gran importancia respetar al paciente y su opinión aunque no la aprobemos. Ser empáticos significa comprender sus emociones, inquietudes y sentimientos y hacer ver a la otra persona que podemos llegar a entender cómo se siente, transmitiendo comprensión, reflexionando sobre la situación actual del paciente y trasladándola a nuestro caso para tratar de ponernos en su lugar. Es una habilidad del profesional que se adquiere con entrenamiento y experiencia de tratar con diferentes personas. Es interesante que el paciente sienta proximidad y atención, incluso llegar a tocar ligeramente a la persona con un gesto de cercanía si fuera necesario. Es importante que el paciente sienta el apoyo del profesional (“entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido”).
- Desarrollar la discrepancia. El paciente diferenciara entre su situación actual y la situación que le gustaría vivir, de ahí que se plantee el cambio y que entre en conflicto consigo mismo en el momento que tenga que enfrentarse a sus valores y principios para apostar por el proceso del cambio, por ello es recomendable que el paciente transmita su disconformidad.
- Evitar argumentar y discutir. Todo lo que conlleve la implantación de algo, genera revelarse y no cumplir con ello, por eso que se debe evitar la imposición de hacer algo, ya que lo único que se conseguirá será que el paciente se cierre mas al profesional y la motivación para el cambio quede en un segundo lugar.

Según Bosch y Cebriá (1999) “esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el sanitario mas se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta”. El debe sentir que se le tiene en cuenta y antes de informar es conveniente preguntar si desea algún tipo de información para que el sienta que nos interesa su opinión, al igual que es importante no darle toda la información de golpe sino id comentando su caso poco a poco y dar margen para que pueda preguntar todas las dudas que puedan surgirle.

- Trabajar las resistencias del paciente. Si el paciente ha decidido cambiar, pero no muestra una actitud distinta, no es conveniente ponerse en su contra y mucho menos hacerle creer que el hecho de que un profesional sanitario le este ayudando implica obligatoriamente el cambio, ya que actuar así solo conseguiría cerrar definitivamente la motivación del paciente para intentar de nuevo retomar el cambio.
- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia. El profesional debe potenciar comportamientos positivos previos del paciente para ganarse su confianza y que el propio paciente sea capaz de darse cuenta de que otros resultados anteriores fueron satisfactorios y beneficiosos. El mismo será quien decida si quiere realizar el cambio y el profesional será quien se ponga a su disposición para ayudarlo.

❖ 2.2. Razones para que se produzca el cambio en una persona

El deseo de cambiar depende de la situación personal que atraviesa cada uno, del momento en el que se encuentre, y de las ganas que tenga para iniciar el proceso, sin olvidar que existen diferentes factores que influyen en la motivación personal para la realización del cambio. Como explican Lizarraga y Ayarra (2001) los principios más importantes del cambio son:

- La motivación intrínseca: Únicamente la persona es la que decide si está motivada para comenzar con el cambio, los profesionales tan son facilitadores de éste.
- La elección y el control propios: la persona está mucho más motivada cuando los cambios se producen desde sus propias decisiones a diferencia de cuando el profesional se lo impone de forma autoritaria.
- El autoconvencimiento auditivo: el profesional repetirá en voz alta, de forma reflexiva el cambio que el paciente se ha planteado llevar a cabo para que al oírlo pueda recoger sus propios argumentos.
- La autoconfianza o percepción de autoeficacia: si una persona se ve realmente capaz de poder lograr aquello que se propone, tendrá más posibilidades de que se produzca el cambio.
- La ambivalencia: las dudas están presentes de continuo. Esta presentándose de continuo ante el paciente por lo que dificulta la decisión del cambio y se hace aun mas difícil en hábitos adictivos.
- La relación interpersonal: Motivar al paciente hacia el cambio pero sin imponer y ordenar que debe hacerlo ya que esto puede provocar un rechazo inmediato

Toda persona que quiera cambiar una mala conducta o que al menos se plantee hacerlo, no necesariamente ha de necesitar la ayuda de un profesional, sino que si tiene claro que quiere cambiar y tiene la fuerza de voluntad para conseguirlo por sus propios medios se dispondrá a hacerlo sin ningún tipo de ayuda profesional.

Como hemos visto anteriormente en las habilidades de la comunicación existen diferentes técnicas para afrontar la entrevista, en el caso de la entrevista motivacional ocurre lo mismo y se utilizaran prácticamente las mismas, por ello, hablaré de dos que no fueron vistas con anterioridad y considero importante mencionar.

La primera técnica es la reestructuración positiva. Lo que se quiere lograr con ello es apoyar y ratificar al paciente en todo lo que ha contado, así como reforzar sus actitudes positivas y comportamientos eficientes que ha tenido. Eso hará que obtenga mayor autoestima y esté más seguro del cambio que ha realizado o del que está dispuesto a realizar y por el que tiene que tratar de mantenerse firme y consolidarlo para que se mantenga la nueva conducta. Se le puede apoyar a través de frases o comentarios (“entiendo lo difícil que debe ser dejar de fumar después de tanto tiempo”), esto hace que sienta la comprensión y a su vez se sienta valorado por el esfuerzo que está haciendo.

Lizarraga y Ayarra (2001) nos explican otra técnica conocida como afirmaciones de automotivación (afirmaciones que utiliza el profesional sanitario para recalcar la motivación del paciente mediante preguntas evocadoras) y sus diferentes puntos:

- Reconocimiento del problema
- Expresión de preocupación
- Intención de cambio
- Optimismo por el cambio

Miller y Rollnick (1999) opinan acerca de esta última técnica afirmando “que el paciente continúe realizando afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia dependerá, en parte, de nuestra manera de responder siendo importante hacerlo de forma que comuniquemos aceptación, reforcemos la autoexpresión y estimulemos un análisis continuo”.

❖ 2.3. Diferencias con la entrevista informativa.

Según Lowes (1998), “las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores”. Consisten en inducir la motivación y exponer los hábitos saludables para fomentar al paciente a realizarlos, haciéndolo participe de su problema para que pueda valorar los diferentes puntos de vista y así poder elegir con total libertad. Se debe considerar que si el paciente no es consciente del beneficio que puede obtener al hacer el sacrificio, es difícil que en él se cree una motivación para el cambio al igual que tendrá que creer en la capacidad de el mismo para llegar a lograr lo que se ha propuesto.

De acuerdo con Freixa (2000) podemos distinguir dos modelos de entrevista clínica: informativo y motivacional, que contemplan diferentes estrategias (**Tabla 1**):

MODELO INFORMATIVO	MODELO MOTIVACIONAL
Da consejos expertos.	Induce la motivación para pasar a la acción.
Intenta convencer, impresionar, atraer...	Fomenta la meditación.
Repite los consejos	Resume los diferentes puntos de vista
Adopta una posición paternalista	Interviene como ayuda para tratar de reconvertir la situación y que se produzca ese cambio, siempre con la decisión tomada por parte del paciente.
Es de resultado rápido	Crece gradualmente, siempre de manera progresiva.

Tabla 1. Modelos de entrevista clínica informativo y motivacional. Freixa N. (2000). La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. Jano; LIX: 1383-1384.

❖ 2.4. Modelos de estadios del cambio:

Se ha estudiado que las personas que han experimentado un cambio en su vida para obtener una mejora en su estilo de vida, han experimentado diferentes estadios, cada uno diferente, cada uno con un comportamiento espiritual y una motivación

distinta. Prochaska y Diclemente (1983) describieron el modelo de estadios de cambio (**Figura 1**), conocido también como rueda del cambio, donde estos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. La persona gira varias veces, reflejando la realidad, alrededor del proceso hasta que logra una estabilidad en dicho cambio.

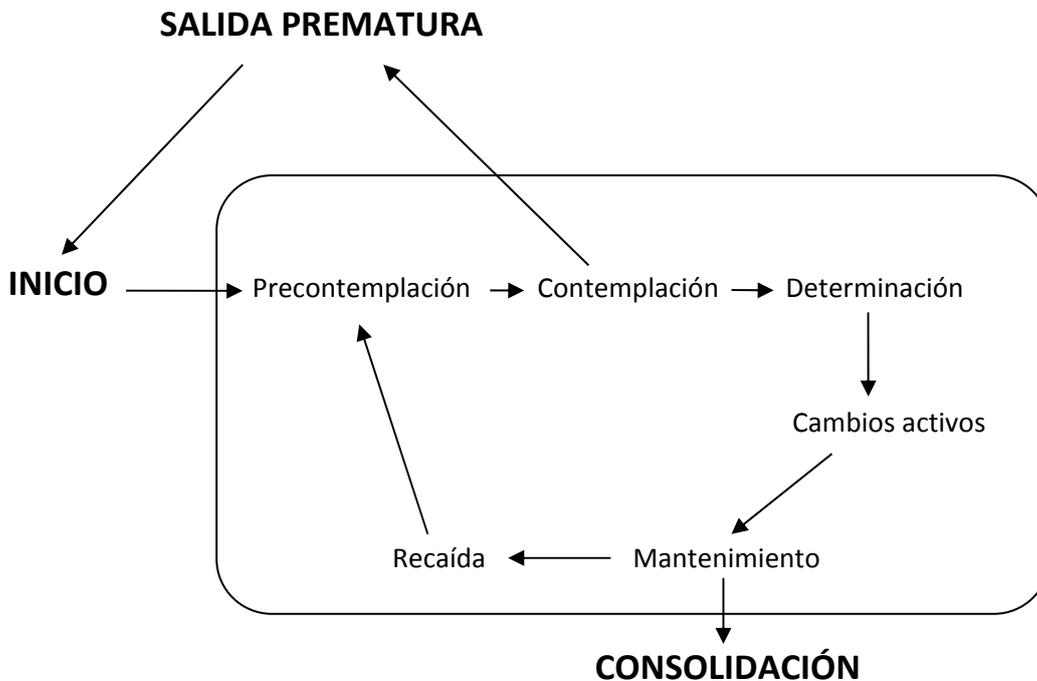


Figura 1. Modelo de estadios del cambio. Prochaska, JO. y Diclemente,CC. (1983).Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3): 390-395.

Cuando se traslada a la práctica, se observa como el paciente va pasando por las diferentes etapas, con sus respectivos avatares. El estadio en el que se encuentra apunta una actitud mental diferente y supone una motivación también distinta. Se explica detalladamente a continuación:

- Precontemplación. Es la primera fase por la que pasa el paciente. Incapacidad de ver su problema. Se aferra a la frase “de algo hay que morir” o se engaña a si mismo haciéndose creer que a el no puede ocurrirle nada.
- Contemplación. El paciente comienza a replantearse si sus conductas realmente son saludables o de lo contrario dañinas. Valora los pros y los contras de éstas pero sin todavía plantearse un cambio ya que no está lo suficientemente animado.
- Determinación. Es el momento donde el paciente decide realizar un cambio, y donde es necesario que la confianza sea máxima para poder realizar la nueva conducta planteada.
- Cambios activos. En esta fase la decisión tomada se lleva a cabo y se pone en marcha.
- Mantenimiento. Puede ser de las fases más difíciles y de las que requiere una mayor fuerza de voluntad por parte del paciente para controlar la nueva conducta y no caer en la tentación de retomar el antiguo comportamiento.

- Recaída. Se vuelve a la antigua conducta con el consiguiente de volver a los estadios anteriores (precontemplación o contemplación).

En la rueda del cambio hay dos momentos extremos; uno se da al comienzo del cambio en el estadio de la contemplación, donde el paciente puede tener un bajón y ocurre la salida prematura que hace volver de nuevo al inicio. El segundo momento es en el estadio de mantenimiento donde el paciente pone de su parte para continuar con la nueva conducta y gracias a su fuerza de voluntad consigue la consolidación del nuevo comportamiento.

El profesional ayudara al paciente en los diferentes estadios motivándole a conseguir que su nuevo comportamiento permanezca estable, facilitando el avance hacia el siguiente estadio, contemplando y valorando que cada paciente tiene unas necesidades y características diferentes dependiendo de en qué estadio se encuentre. McIlvain y cols. (1998) indican que “podemos identificar en qué fase del proceso se encuentra y ayudarle a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento”.

Es un modelo muy útil que sirve de guía en cualquier proceso de cambio de una persona. Cebriá y Bosch (2000) explican que es muy práctico en atención primaria ya que facilita un trabajo más realista y eficiente utilizando la mejor táctica dependiendo en que estadio permanezca. Es importante tener en cuenta que la recaída en el proceso del cambio es un estadio más por el que el paciente debe pasar con el fin de llegar a un cambio definitivo y que cada intento fallido sirve como método de aprendizaje y motiva más a la persona para la consolidación del cambio.

❖ 2.5. Como se debe actuar en los diferentes estadios del cambio

Lo más importante y principal respecto a la actuación del profesional en los diferentes estadios que atraviesa el proceso del cambio es no forzar al paciente a tomar decisiones apresuradas. El profesional debe tener paciencia y saber que todo proceso de cambio requiere un tiempo determinado y que no se pueden obtener resultados inmediatos. Hay que tener en cuenta algunas actuaciones dependiendo del estadio en el que se encuentre el paciente:

- Estadio de precontemplación. El profesional puede intentar crear situaciones contradictorias entre lo que el paciente hace y lo que debería hacer, para que éste reflexione y tuviese algún motivo de preocupación. Rehuir de cualquier enfrentamiento entre profesional-paciente ya que generara resistencias. Evitar la petición de cambios inmediatos.
- Estadio de contemplación. El profesional tratara de crear y desarrollar tácticas y habilidades adecuadas para que el paciente considere el cambio y fuese consciente de lo favorable que podría resultar.
- Estadio de determinación hacia el cambio. Se debe valorar en qué estado de compromiso se encuentra y junto a el comenzar a dialogar sobre pequeños detalles que pueden ayudar a iniciar el cambio y en el paciente no resulten inalcanzables.
- Estadio de acción, de cambios activos. El profesional le dará una ayuda práctica y emocional, de confianza, seguridad en sí mismo y autoeficacia. Fase en la que se debe estar atento a posibles recaídas restándolas importancia y proporcionando al paciente el apoyo necesario.

- Estadio de mantenimiento. Reforzar conjuntamente consolidando y buscando los aspectos positivos de la nueva conducta aprendida.
- Estadio de recaída. Se evalúa los nuevos comportamientos del paciente desde que decidió iniciar el cambio y los sentimientos que tiene para determinar si tiene la capacidad y motivación suficiente para continuar con ello.

Cebriá y Bosch (2000) detallan que “una actitud por nuestra parte cálida, exenta de punición y con un mensaje claro de que un desliz aislado no tiene que implicar una recaída puede ser efectiva para reforzar el sentido de autoestima del paciente y que no abandone la nueva conducta iniciada”.

Existe otro modelo de entrevista que la describiremos como entrevista motivacional breve y consiste en desarrollar la misma idea que lo anterior pero con técnicas breves y eficaces para consultas de atención primaria que estén limitadas de tiempo, es decir, con el tiempo de consulta escaso. Puede utilizarse durante una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Y, a pesar de la brevedad pueden resultar muy eficaces tanto de cara al paciente como al profesional sanitario.

Así, se aplican dos principios básicos:

1. Evitar la confrontación con el paciente. Ocurre cuando el paciente aun no ha decidido si quiere o no quiere iniciar el proceso del cambio y el profesional sanitario esta informándolo acerca de todo.
2. Fomentar que el paciente comunique sus preocupaciones e inquietudes acerca de su problema de salud o de la conducta aprendida.

Tiene cuatro fases/etapas diferenciadas:

1. Inicio de la entrevista. Introducir tema mediante pregunta abierta.
2. Exploración de motivos de preocupación. El paciente muestra sus preocupaciones.
3. Elección de opciones para el cambio. Mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva.
4. Finalizar cerciorándonos de la comprensión. Resumir todo lo dicho por el paciente asegurándonos que el mensaje que captamos fue el correcto.

Lizarraga y Ayarra (2001) nos resumen las tareas y estrategias motivacionales (Tabla 2).

ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS	
Precontemplativo <i>No ve el problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el habito y estadiarlo • Elaborar mapa de creencias • Trabajar la ambivalencia • Evitar y trabajar las resistencias • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Evitar trampas • Reconocer resistencias
Contemplativo <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Lo anterior • Diario de salud • Hoja de balance
Determinación <i>Dispuesto a cambiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el paciente verbalice el compromiso de cambio • Ayudar a elegir la mejor estrategia • Desarrollar un plan de actuación conjunto 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer sumarios • Preguntas activadoras
Acción <i>Ha iniciado el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la autoeficacia • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Preguntas activadoras
Mantenimiento <i>Mantiene el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas • Aumentar la autoeficacia 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas
Recaída <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> • Señalamiento emocional • Reestructuración positiva

Tabla 2. Tareas y estrategias adaptadas a los estadios del cambio. Lizarraga, S y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. Anales Sis Navarra; 24 (Supl. 2):43-53.

❖ 2.6. Errores que se cometen en la entrevista motivacional

“El conocimiento de las estrategias generales útiles para afrontar la entrevista motivacional implica comprender que es lo que no se debe hacer” (William R. Miller)

Hay que prestar especial atención cuando realizamos la entrevista al paciente para evitar trampas que nos pueden cerrar el canal de comunicación entre profesional-paciente y además creen en éste un rechazo o resistencia respecto al cambio. Veamos que se debe evitar en la entrevista:

Podemos empezar hablando sobre la pregunta-respuesta en la que no se debe realizar preguntas cuya respuesta de pie a que sea corta y simple, ya que facilitaremos la pasividad del paciente y no ayudaremos a la reflexión. Para ello se utilizarán las preguntas abiertas y la escucha reflexiva. No utilizar más de tres preguntas abiertas seguidas.

El error que más se comete es la confrontación- negación y el más importante a evitar ya que supone enfrentarnos al paciente con el resultado negativo de su resistencia.

El hecho de tratar de ayudar al paciente hace que muchas veces el profesional busque soluciones para ayudar a solventar el problema y trate de dar respuesta a todo lo que el paciente plantea con la mejor intención, y lo que se conseguirá así es que el paciente no ponga interés en reflexionar acerca de sus malos hábitos y adoptara una postura pasiva en vez de incitar a la motivación.

Otra trampa que debemos evitar es etiquetar o encasillar a una persona por su problema de salud. No sabemos que le ha hecho llegar a esa situación pero ante todo no hay que juzgarlo ni catalogar a una persona por un mal hábito. Si se comete este error estaremos provocando de nuevo resistencias gratuitas por parte del paciente.

Es importante dar margen al paciente para adentrarse al tema más importante, es normal que le resulte más fácil empezar por otros asuntos. Así, cuando gane un poco de confianza y sienta que obtiene una respuesta de escucha por parte del profesional se adentrará a la cuestión que más le preocupa y de la que realmente tiene la necesidad de hablar. Si de inmediato el profesional enfoca el tema a un diagnóstico, el paciente responderá cerrándose y poniéndose a la defensiva.

No responsabilizar nunca al paciente ni debatir acerca de quién tiene la culpa del problema. Pone al paciente a la defensiva y se desaprovecha el tiempo de la entrevista. Más que dar importancia de quien es el culpable se debe atajar el problema de la forma más provechosa posible.

CAPITULO 3: ENTREVISTA CON ADOLESCENTES

La etapa de la adolescencia requiere de una especial atención debido a todos los cambios físicos y psíquicos que ocurren; es una etapa que tiene unas características específicas debido al periodo que están experimentando. Es por ello, por lo que cuesta más trabajo poder acceder a los problemas interiores, miedos o dudas que puedan surgir en un adolescente.

No quiere decir que sea una etapa llena de problemas, trastornos o conductas negativas, pero sí que es conveniente estar pendiente e interesarse por el estilo de vida que lleva y su estado de salud, por ello es muy importante tener una buena relación que se base en la confianza para que el adolescente no vea al profesional sanitario como una amenaza y pueda acudir a él siempre que lo necesite, bien para pedir información o bien porque necesite ayuda. El profesional sanitario que trata con adolescentes se podrá ayudar con pequeños cuestionarios que, sin abusar de ellos, nos ofrecen información acerca del paciente, así como un guión preconcebido y la utilización de la entrevista motivacional. El ambiente en el que se desenvuelva la entrevista debe ser agradable, el profesional se mostrará cercano, accesible y sin prisas (evitar que el paciente sienta que su problema no tiene importancia) y asegurar la confidencialidad de la información recibida, que en muchas ocasiones es lo que provoca un rechazo inmediato en los adolescentes.

El profesional que trata con adolescentes debe tener conocimientos suficientes acerca de las patologías de características propias que pueden darse en esta etapa, y saber disminuir su incidencia con planes de prevención adecuados, objetivos apropiados, e información. Además ha de tener las habilidades necesarias que le facilite la adaptación con los jóvenes y la capacidad de sentirse tranquilo y relajado con ellos y que ellos sientan lo mismo, es decir, que haya una buena conexión entre ambos. Eso facilitara gran parte del trabajo de la entrevista.

❖ 3.1. El adolescente

El adolescente, al llegar a una determinada edad, tiene unas necesidades básicas sobre aspectos fundamentales de la vida, y precisa información acerca de dudas que se le presentan (aspectos biológicos y condicionantes psicológicos que se relacionan con el entorno social en el que vive). Al intentar resolver las inquietudes que tiene, se encuentra con barreras de tipo social (por las características del servicio sanitario) o de barrera personal (vergüenza, miedo, desconfianza...) que complica la determinación de solicitar información o ayuda. Estas barreras de tipo social no ayudan al adolescente a la decisión de pedir ayuda, consejo o información, ya que en repetidas ocasiones se encuentran con obstáculos que limitan el acceso a los servicios de atención de salud.

Vallbona (1987) declara que “nuestros sistemas organizativos han ido complicando las barreras que obstaculizan el acceso de los adolescentes a los servicios de promoción de salud”

Para los adolescentes es importante la seguridad de contar algo y que nadie más que el profesional se entere, muchos de sus miedos a expresar sentimientos viene dado por esto. Las normas y trámites que gestionan los sistemas organizativos pasan por alto el acuerdo de confidencialidad, que es la base primordial para que la relación profesional-adolescente funcione.

Se añade también la falta de información acerca de dónde pueden o deben acudir los adolescentes en caso de necesitar ayuda. Muchas veces es más útil el “boca a boca” entre ellos para acertar el lugar al que deben acudir que los “programas” que a veces ofrecen en escuelas y que suele resultar confusos.

Estas barreras son las que hacen replantearse la importancia que tiene prestar una atención detallada en los jóvenes, ofreciéndoles educación para la salud e información organizada y generalizada. Así, se evitaría algún que otro problema posterior como

consumo de alcohol o drogas, embarazos no deseados, conductas de maltrato consentidas...

3.2. Confidencialidad

Es una parte importante de la entrevista, no solo por el derecho de reservar la intimidad que supone para el paciente sino por la confianza que puede ofrecer el profesional cuando se expone la garantía de acuerdo de confidencialidad, en este caso al adolescente. Se debe insistir y explicar bien de que se trata y que límites tiene ese derecho, para que el paciente se relaje, esté cómodo y pueda sincerarse con el profesional.

El adolescente, en muchos casos, tiene miedo a contar cosas al profesional sanitario porque creen que éste se lo contara a sus padres. Por eso es importante explicar en qué consiste y el deber que tiene el profesional de guardar el secreto pudiendo solo saltarse el pacto en el caso de que la información recogida pudiera suponer un grave peligro para la vida o la salud de éste (existencia de malos tratos, por ejemplo...) o para terceras personas. Además pediremos su consentimiento escrito para hablar con sus padres.

De acuerdo con Gaspá y García Tornel (2005) la confidencialidad es un derecho del paciente que viene legitimado por el Código de Deontología del Consejo de Colegio de Médicos de Catalunya, que entró en vigor el 1/01/1998, resaltando que:

- “La primera lealtad del médico ha de ser ante la persona que atiende. La salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia” (artículo 8).
- “El médico tiene el deber de respetar el derecho de toda persona a su intimidad con la condición de que los límites de esta solo puede fijarlos el interesado” (artículo 28).
- “El médico tiene el deber de guardar secreto todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en el ejercicio profesional, y procurara ser tan discreto que ni directamente ni indirectamente nada puede ser descubierto” (artículo 30).
- “En el caso de un menor, el médico debe respetar su voluntad si este tiene capacidad para responder lo que decide, aunque el padre, la madre o el representante legal no estén conformes” (artículo 13).

Hay que valorar la madurez de cada paciente y qué se debe hacer según las características propias de cada uno, sin apreciar la edad ni asumiendo una escala de años que marquen cuando es maduro y cuando no. Quizá un adolescente de 15 años es más maduro que uno de 18 años a pesar de ser más joven que él, por eso, si estamos ante un caso de adolescente maduro, la opinión del menor debe prevalecer si sus deseos, aspiraciones y decisiones parecen razonables. En este caso, respetando la intimidad del paciente y su problema, no se contara con la opinión de los padres.

Si, por el contrario, nos encontramos ante un caso de adolescente inmaduro, que no es capaz mostrar su punto de vista, reflexionar y comprender sus problemas, así como no ofrecer aportaciones para posibles soluciones, estará permitido que el profesional asuma el papel autoritario y ejerza el “paternalismo justificado”, siempre que el daño que se evite al adolescente sea mayor que el que le puede causar el no respetar su principio de autonomía.

❖ 3.3. Características de la entrevista en adolescentes

Maddaleno (1992) explica algunas recomendaciones para ayudar a la hora de tratar con adolescentes, como por ejemplo definir bien desde un primer momento que el profesional sanitario se encargará del adolescente y no de los padres.

Al acudir con los padres a consulta, posiblemente serán ellos quienes expongan el motivo. Es probable que en muchas situaciones se dé la controversia entre padres e hijos, por ello debemos escuchar ambas versiones y dejar que los padres expongan como lo ven, aunque tengamos que tener en cuenta lo críticos que estos pueden llegar a ser debido a la situación y preocupación.

Una vez escuchadas ambas versiones, se invita a los padres a esperar a la sala para poder realizar la entrevista personal al adolescente. Es fundamental que no haya prisas y que el profesional muestre disponibilidad a todos los niveles.

Durante la entrevista dar margen a las respuestas, a las interrupciones, opiniones, así como insistir en la confidencialidad. Evitar juicios de valor al igual que escribir mientras esté delante el adolescente. Es importante centrarnos primero y antes que en los padres en el adolescente dándole el papel de protagonista principal. Si nos centramos primero en los padres, el adolescente puede pensar que ya no tiene más que decir porque ya esta estamos “contaminados”. Creerá que nos hemos posicionado en su contra.

Litt (1990) y Maddaleno (1992) propusieron varias ideas para ofrecer a los profesionales de salud una buena guía de exposición clara y ordenada y así orientar de una forma más eficaz la entrevista a lo primero que hacen referencia es a la “presentación del médico”. Se debe presentar de una forma agradable. Nada de ser serio para ganarse el respeto, ya que de esta forma podría asustarse y de lo que se trata es que el joven se sienta cómodo. Es adecuado que el adolescente sienta interés por parte del profesional así que seguiremos con la “presentación del adolescente”; además de preguntar su nombre, le daremos la posibilidad de si prefiere que utilicemos algún apodo, de forma que el pueda sentirse más a gusto.

Es importante “Escuchar atentamente al adolescente” para mostrar interés por lo que a él le preocupa por poco importante que pueda parecernos e interesarnos cuál es su motivo de consulta, así como “Registrar mentalmente las impresiones iniciales sobre el adolescente” y no centrar toda la atención en lo que nos cuenta, analizando el lenguaje no verbal (que actitud tiene al narrar una situación, que gestos utiliza, que tipo de mirada emplea, si mira directamente a los ojos, si evita el contacto visual directo al relatar algo concreto...)

Se debe “Establecer una buena relación entre el médico y el adolescente” para facilitar el dialogo y obtener una mayor confianza para intermediar en determinadas situaciones en las que el adolescente se cierre a hablar con sus padres del problema que tiene sin darse cuenta que el contarle puede beneficiar más la situación y recibir apoyo y ayuda de ellos. Se le planteara la opción de cómo puede exponer su problema frente a sus padres, ofreciendo la posibilidad de que las tres partes interesadas, el profesional, los padres y el hijo, comenten los diferentes puntos de vista sobre la situación. El profesional se encargara de apoyar al adolescente y desempeñar el rol de abogado defensor para tratar de normalizar la situación del problema. Es un buen momento para valorar las cualidades positivas del adolescente y hacérselas ver a sus padres que debido a la situación han considerado todo negativo.

Un aspecto fundamental es el lenguaje que debemos utilizar con el adolescente. Podemos caer en el error de usar sus mismas expresiones y no hay que olvidar que somos su enfermero, no su “colega”. No tratar de imitar el comportamiento ni el lenguaje que utiliza un adolescente para agradarlo. Se debe “Usar un lenguaje con el que el adolescente se sienta cómodo” Espera a alguien maduro con el que se pueda hablar. Durante la entrevista “Evitar los silencios prolongados y los comentarios que impliquen un juicio de valor”. No es conveniente juzgar la conducta del adolescente, más bien hay que dar margen a la reflexión personal de éste para que sea el mismo quien haga esos juicios de valor y “Considerar seriamente todo comentario que el adolescente nos haga y hacer cuanto esté en nuestras manos para que se sienta valorado como persona y como adulto”. No debemos dejar que se sienta tratado como un niño ni tampoco que sea un número más de historia clínica.

En una primera consulta y muy probablemente en las siguientes será difícil comunicarse de una forma libre y cómoda a no ser que ya existiera una relación anterior entre profesional y adolescente. Por lo tanto es de gran utilidad pequeñas técnicas como ir resumiendo los puntos que van apareciendo en la entrevista para ayudar al adolescente a ver con más claridad su problema. Hay que ser conscientes de los temas que puedan resultar más embarazosos (aquellos que vayan a poner al adolescente en una postura rígida) y dejarlos para el final, cuando ya haya habido más conexión.

❖ **3.4. Actuación del profesional sanitario.**

Para atender a los adolescentes antes de comenzar con la entrevista se puede utilizar un pequeño cuestionario dirigido al profesional que consiste en valorar si está preparado para ello.

El profesional que vaya a tratar con adolescentes deberá tener unas características específicas como la ilusión, motivación, empatía y escucha activa. Necesitará una especial “disposición para ser muy paciente, sin desesperarse ni desmayar la voluntad en el trato con ellos. Le hará falta saber callar y saber disimular, estar comprometidos a darles el mismo apoyo y afecto que autoridad. Le hará falta estar dispuesto a crear un clima de libertad en la relación, permitiéndoles manifestarse y ser, orientarles hacia la responsabilidad sin imponerles valores. Le hará falta fomentar el análisis y el encuentro con ellos, sin manipular conciencias, estando imbuidos (desde la propia madurez) de un espíritu abierto, sincero y franco”. (Dulanto, 1993).

Además el profesional tiene que mostrar total disponibilidad ante el adolescente, con un horario de visitas flexible que permita al joven disponer en cualquier momento de él y que sea adaptable a las posibilidades de este. La entrevista se realizara a solas con el paciente, ya que de esta forma nos aseguramos que contara lo que quiere y no ocultara o callara información dependiendo de si están sus padres o no. Esto no quiere decir que no escucharemos la versión de los padres acerca del problema que tiene su hijo. El profesional evitara las actitudes paternalistas, no da sermones ni critica las actuaciones con las que no esté de acuerdo. Se respetaran y se trataran de la manera que se considere más acertada y no se impondrá ninguna norma. Se debe tener en cuenta que un profesional sanitario joven se identificara mejor con el adolescente mientras que uno de mayor edad lo hará con los padres. No debe convertirse en su salvador ni en un aliado de los padres. Ni un extremo ni otro, lo más correcto sería ser imparcial. Actuara como consejero e informador, facilitándole información, útil y

concreta (a veces dar esa información por escrito ayuda más al paciente, ya que puede leerlo en cualquier momento de duda o necesidad y replantearse volver acudir a la consulta). Puede ocurrir que el adolescente se niegue a hablar, o mienta acerca del problema, conforme vaya acudiendo a posteriores consultas irá ganando confianza y esos comportamientos desaparecerán. “Para que el desarrollo de la entrevista funcione y sea eficaz, al pediatra deben gustarle los adolescentes, en el caso de que no sea así, crea que no va a poder o saber ayudarlos o se encuentra incomodo con ellos es mejor que lo remita a otra parte”. (Woods y Neinstein, 2008). El profesional dispone de técnicas o facilidades para comenzar con una entrevista guiada que resulta muy interesante para que una vez haya comenzado no nos desviemos de los aspectos realmente importantes antes de que el tiempo de consulta finalice. Para ello, García-Tornell y Gaspa (2009), proponen utilizar el acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. (Familia, Amigos, Colegio, Tóxicos, Objetivos, Riesgos, Estima y Sexualidad), además podremos ofrecer pequeña información según se vaya hablando de los diferentes temas. Y, Goldering y Rosen (2004) sugieren el acrónimo es H.E.E.A.D.S.S.S. (Hogar, Educación/trabajo, Alimentación (Eating), Actividades, Drogas, Seguridad, Sexualidad y Suicidio). Se pueda creer que imitando el lenguaje de un adolescente y tratando de ponerse al mismo nivel vamos a conseguir más información de él ya que puede sentirse más identificado, pero no es correcto actuar como si fuéramos un amigo. “Los adolescentes necesitan un médico: no un compañero”. (Gallagher, 1979).

❖ 3.5. Situaciones especiales en la entrevista

Existen imprevistos que suponen una situación especial a la que quizá en un principio no se está preparado pero que hay que valorar y tener en cuenta para saber enfrentarnos a ello. Casas e Iglesias (2014), nos describen los casos que pueden darse:

- “El adolescente hablador”: al iniciar la entrevista el joven habla constantemente de temas intrascendentes para evitar hablar sobre temas conflictivos donde reside el verdadero problema. Debe frenarse su verborrea utilizando preguntas como: “hablas mucho de... ¿por qué?”.
- “El adolescente callado”: podemos encontrarnos con un adolescente que no quiera iniciar una conversación ni mantenerla, por ello si observamos que no quiere hablar y se queda mudo poniéndolo difícil tendremos que tratar de encontrar un tema que pueda motivarle. Existen temas comunes como que tipo de música le gusta, si practica algún deporte... fijarnos en el aspecto personal puede darnos algunos detalles para facilitar el inicio de la entrevista.
- “El adolescente agresivo, nervioso e inquieto”: en el caso de encontrarnos con un adolescente agresivo es importante no enfrentarnos nunca a él y recordar que el profesional no es el motivo de la ira y rabia que tiene, simplemente la está descargando con él y lo fundamental es intervenir de una forma neutral para identificar de donde viene esa agresividad, cual es la causa de esa impotencia. En el caso del adolescente nervioso e inquieto debemos transmitirle tranquilidad, es común que se distraigan con cualquier objeto que haya en la consulta y no atiendan al profesional, por lo que se debe tener especial paciencia y tratar poco a poco de que se relajen.
- “El adolescente lloroso”: puede resultar una situación incómoda pero hay que tener en cuenta que quizá el adolescente necesitaba desahogarse. Puede resultar algo beneficioso tanto para el joven como para el profesional que en este caso podría servirle para lograr proximidad y cercanía con él y ganarse así un poco su confianza. Ser cariñoso con él y dejar que lllore (disponer y ofrecerle pañuelos de papel, pensará así que no es el único que llora).

❖ 3.6. ¿Son de utilidad los cuestionarios en la entrevista con el adolescente?

La realización de cuestionarios o tests es la forma más fácil de recopilar información acerca del adolescente en facetas reservadas como por ejemplo, la sexualidad o la percepción que tiene de sí mismo físicamente. Sin abusar de ellos y utilizándolos de forma apropiada facilitan la comunicación en algunos temas difíciles de tratar con el adolescente y que puede suponer hacerle pasar un mal rato. Además se debe tener en cuenta que si un tema en concreto crea una situación violenta donde el adolescente no se encuentra cómodo, la comunicación se verá afectada y difícilmente conseguiremos información fiable ya que no será capaz de sincerarse por vergüenza, timidez, desconfianza o incluso por miedo a que el profesional no mantenga la confidencialidad de la información.

El cuestionario debe ser corto y preciso, que conste de una pregunta abierta y de fácil comprensión. Se debe escoger el test apropiado dependiendo de la información que queremos obtener o la opinión que el adolescente tiene al respecto. Explicar en qué consiste el cuestionario y hacerle saber cuál es su finalidad.

Es importante considerar los tests dirigidos exclusivamente a reconocer una conducta de riesgo; por ejemplo el consumo de sustancias ilegales [test de CAGE, de CRAFFT o de AUDIT (ver ANEXO.1)] , trastornos de la conducta alimenticia [test de EAT o de ABOS(ver Anexo.2)] que se encargan los padres de responder y para los adolescentes con riesgos de presentar éste trastorno se puede utilizar un test en el que el joven se valora a sí mismo y nos muestra la percepción que tiene de su imagen [test de AUTOIMAGEN o B.S.Q(ver Anexo.3)] o para otro tipo de trastornos como puede ser la depresión que se emplea para niños mayores de 16 años y es de gran utilidad para el seguimiento en niños que han sido diagnosticados de depresión y se quiere ver la evolución [test de BECK(ver Anexo.4)]

❖ 3.7. Trampas a evitar

Vukasovic (1997) expone situaciones en las cuales el profesional puede tomar un papel erróneo y perjudicar involuntariamente la entrevista. Las describimos a continuación:

- Profesional sanitario aliado del adolescente. Es un error característico que ocurre cuando el profesional se pone de parte del adolescente, manteniendo una actitud de rechazo hacia los padres de éste provocando la pérdida de poder ayudar al joven puesto en defensa de sus padres decide dejar de ir y se cierra al profesional. Se tiene que saber distinguir el papel que cada uno tiene que desempeñar y en este caso el profesional no debe asumir el papel de padre ni mostrar autoridad ninguna.
- Profesional sanitario aliado de los padres. Este sería el caso contrario, el profesional se compenetra con los padres de tal forma que el joven huye puesto que tan solo ve en ellos una unión de quienes van en su contra y no le comprenden.
- Profesional afectivamente inmaduro. Un profesional que no ha madurado lo suficiente o que no ha sabido reconducir muchas situaciones a lo largo de su vida, probablemente no podrá reconducir la de los demás por tanto no estará preparado para ofrecer ayuda a un adolescente.

Brañas (1997) nos describe el posible perfil modelo que más se acerca a las características ideales que debe tener el profesional para tratar un adolescente:

- Favorecer la cita personal tratando de tener la mayor disponibilidad posible.
- Facilitar la consulta sin padres para que el joven no se sienta cohibido delante de estos.
- Dar directamente las explicaciones.
- Ayudarles a comprender su enfermedad, resolviendo todas sus dudas.
- Implicarlos en el mantenimiento y recuperación de su salud.
- Tener como objetivo desarrollar su autonomía.

REFLEXIONES

La enfermería es un trabajo en el que se está en contacto continuo con los pacientes por ello debemos fijarnos en los pequeños detalles que día a día trabajando pasamos por alto. Nuestra profesión se basa en algo más que realizar curas diarias, repartir medicación o registrar los procedimientos empleados. Consiste también en utilizar cinco minutos más, de nuestro tiempo, en comunicarnos de una forma eficaz que facilite a que la relación enfermera-paciente sea positiva e incrementalmente una mejor relación de confianza entre ambos.

Tras mi experiencia trabajando en diferentes servicios he podido ser consciente de lo importante que es ofrecer una determinada atención a los pacientes. No sólo sirve hacer varias preguntas rápidas con el fin de solucionar el problema primario por el que acuden, muchos de ellos esperan encontrarse con un interlocutor que les muestre su interés y atención, sin prisa, para poder expresar sus dudas y sentimientos y en muchas ocasiones necesitan más ser escuchados que buscar una solución a sus problemas.

Me he parado a pensar cómo puede sentirse el paciente desde el momento que entra en la consulta; he tratado de ponerme en su lugar para poder valorar desde el otro lado de la mesa como me gustaría que me trataran para hacerme sentir bien, para sentirme escuchada. Lo primero, de lo que me he dado cuenta, es que agradecería amabilidad y cercanía. Es importante que se presenten, para poder conversar con alguien necesitamos saber delante de quien estamos, mucho más cuando se trata de cuestiones relativas a nuestra salud. Algo tan sencillo como sonreír facilita el inicio de una relación y relaja ese primer momento que puede parecer más tenso. No nos damos cuenta que a veces dedicamos poco tiempo al paciente y para mí, sería importante que me diesen opción a expresarme, que no consistiese en una entrevista pregunta-respuesta, sino que si necesito explicar más en determinadas respuestas pueda hacerlo sin llegar a sentir que estoy aburriendo al profesional.

Siendo paciente son muchas las dudas que se plantean y necesitas que te las resuelvan, que te contesten ampliamente a todo tipo de preguntas que se te amontonan en la cabeza, por eso me pongo a pensar en lo violento que puede resultar para el paciente sentir que un profesional sanitario le pregunte como se encuentra, le realice el procedimiento adecuado, le recete la medicación necesaria y se vaya sin apenas dar opción a que el paciente pueda exponer sus dudas.

Durante mi experiencia trabajando en las urgencias pediátricas, me he encontrado con alguna situación en la que el adolescente, en un primer momento estaba reacio a

contarme su problema, está claro que no es agradable para nadie hablar de intimidades personales y mucho menos cuando la persona que tienes delante es para ti un completo desconocido, por eso me di cuenta de lo imprescindible que resulta desarrollar habilidades de comunicación para acercarnos más al paciente y más concretamente a los jóvenes y que así puedan tener la certeza que les escucharemos sin juzgarles y haciéndoles ver que pueden contarnos lo que necesiten sin miedo a que después vayamos a donde sus padres a pasarles toda la información.

En definitiva, ¿Cómo podemos mejorar la comunicación con cada paciente?

Creo que es algo que todos debemos pensar y podemos cambiar. A veces solo hace falta dejar el traje de enfermero y acudir como un simple paciente para encontrar las respuestas a esta pregunta.

ANEXOS

ANEXO 1. Test de AUDIT.

El test AUDIT permite evaluar la dependencia de una persona hacia el alcohol. Esta información es meramente orientativa, y en ningún caso sustituye a la opinión del médico. Contesta a todas las preguntas propuestas. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo. A mayor número de puntos, mayor dependencia.

Tabla II	
TEST AUDIT	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (1) 1 o menos veces al mes (2) 2 ó 4 veces al mes (3) 2 ó 3 veces a la semana (4) 4 ó más veces a la semana</p> <p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más</p> <p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.</p> <p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.</p> <p>Puntuación: Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.</p> <p>Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. <i>Addiction</i> 1993; 88: 791-804.</p>

ANEXO 2. Test de ABOS.

Anorectic Behavior Observation Scale (ABOS)

Name of patient: _____ Date: _____

- Completed by: both parents together
 mother
 father
 spouse
 someone else (who?.....)

Instructions

Rate the following items on the basis of observations of the patient made during the last month at home. Rate an item 'Yes' or 'No' only if you are sure about it (for instance, if you yourself saw it happening). Rate '?' if you are not sure (for instance, if you did not have the opportunity to observe it for yourself, if you only heard about it or if you can only suppose that it happened).

	Yes	No	?
1. Avoids eating with others or delays as much as possible before coming to the dinner table	()	()	()
2. Shows obvious signs of tension at mealtimes	()	()	()
3. Shows anger or hostility at mealtimes	()	()	()
4. Begins by cutting up food into small pieces	()	()	()
5. Complains that there is too much food or that it's too rich (fattening)	()	()	()
6. Exhibits unusual 'food faddism'	()	()	()
7. Attempts to bargain about food (for example, 'I'll eat this if I don't have to eat that')	()	()	()
8. Picks at food or eats very slowly	()	()	()
9. Prefers diet products (with low calorie content)	()	()	()
10. Seldom mentions being hungry	()	()	()
11. Likes to cook or help in the kitchen, but avoids tasting or eating	()	()	()
12. Vomits after meals	()	()	()
13. Conceals food in napkins, handbags or clothes during mealtimes	()	()	()
14. Disposes of food (out of window, into dustbin or down sink or toilet)	()	()	()
15. Conceals or hoards food in own room or elsewhere	()	()	()
16. Eats when alone or secretly (for example at night)	()	()	()
17. Dislikes visiting others or going to parties because of the 'obligation' to eat	()	()	()
18. Has sometimes difficulties in stopping eating or eats unusually large amounts of food or sweets	()	()	()
19. Complains a lot about constipation	()	()	()
20. Frequently takes laxatives (purgatives) or asks for them	()	()	()
21. Claims to be too fat regardless of weight loss	()	()	()
22. Often speaks about slimming, dieting or ideal body forms	()	()	()
23. Often leaves the table during mealtimes (for example, to get something in the kitchen)	()	()	()
24. Stands, walks or runs about whenever possible	()	()	()
25. Is as active as possible (for example, clearing tables or cleaning the room)	()	()	()
26. Does a lot of physical exercise or sport	()	()	()
27. Studies or works diligently	()	()	()
28. Is seldom tired and takes little or no rest	()	()	()
29. Claims to be normal, healthy or even better than ever	()	()	()
30. Is reluctant to see a doctor or refuses medical examinations	()	()	()

© Walter Vandereycken. Reproduced by permission.

ANEXO 3. Cuestionario B.S.Q.

B.S.Q. (Body Shape Questionnaire)

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

Nunca: 1
Raramente: 2
Algunas veces: 3
A menudo: 4
Muy a menudo: 5
Siempre: 6

1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?
1 2 3 4 5 6
2. ¿Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?
1 2 3 4 5 6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas (culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?
1 2 3 4 5 6
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?
1 2 3 4 5 6
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?
1 2 3 4 5 6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una comida) te ha hecho sentir gordo/a?
1 2 3 4 5 6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?
1 2 3 4 5 6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?
1 2 3 4 5 6
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?
1 2 3 4 5 6
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?
1 2 3 4 5 6
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?
1 2 3 4 5 6
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?

1 2 3 4 5 6

13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?

1 2 3 4 5 6

14. Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?

1 2 3 4 5 6

15. ¿Has evitado llevar vestidos que marquen tu figura?

1 2 3 4 5 6

16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?

1 2 3 4 5 6

17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?

1 2 3 4 5 6

18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?

1 2 3 4 5 6

19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?

1 2 3 4 5 6

20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?

1 2 3 4 5 6

21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?

1 2 3 4 5 6

22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?

1 2 3 4 5 6

23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?

1 2 3 4 5 6

24. ¿Te ha preocupado que la otra gente te vea *michelines* alrededor de tu cintura?

1 2 3 4 5 6

25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgados/as que tú?

1 2 3 4 5 6

26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?

1 2 3 4 5 6

27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en el autobús, en el cine...)?

1 2 3 4 5 6

28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de *piel de naranja o celulitis*?
1 2 3 4 5 6

29. Verte reflejado/a en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?
1 2 3 4 5 6

30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?
1 2 3 4 5 6

31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?
1 2 3 4 5 6

32. ¿Ha tomado laxantes para sentirte más delgado/a?
1 2 3 4 5 6

33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?
1 2 3 4 5 6

34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?
1 2 3 4 5 6

Modelo 2. Cuestionario de Figura Corporal: BSQ, Body Shape Questionnaire
(Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)

ANEXO 4. Test de Beck.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (Se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irritado más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.

- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17).
- No me siento más cansado de lo normal.
 - Me canso más fácilmente que antes.
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18).
- Mi apetito no ha disminuido.
 - No tengo tan buen apetito como antes.
 - Ahora tengo mucho menos apetito.
 - He perdido completamente el apetito.
- 19).
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 - He perdido más de 2 kilos y medio.
 - He perdido más de 4 kilos.
 - He perdido más de 7 kilos.
 - Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20).
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21).
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

BIBLIOGRAFIA

- Argyle, M. y Cook, M. (1976). Gaze and mutual gaze. Nueva York: Cambridge University Press.
- Benbassat, J. Pilpel, D. Tidhar, M. (1998). Patient's preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine*, 24(2):81-8
- Borrell i Carrió F.(1989). Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma.
- Bosch, JM. Cebriá, J. Massons, J. y Casals R. (1994). Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica "la motivación para el cambio". Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC. Madrid, 91:38-42.
- Bosch, JM y Cebriá, J.(1999). Reactancia psicológica: "fumar es un placer". *FMC*,6:59-61.
- Brañas P. (1997). Atención del pediatra al adolescente *Pediatr Integral*, 2(3): 207-216.
- Buckman, R. Korsch, B. y Baile, W. (2000). Guía práctica de habilidades de comunicación en la práctica clínica. Toronto: Medical Audiovisual Communications Inc/Fundación de Ciencias de la Salud.
- Casas Rivero, J e Iglesias Diz, JL. (2014). Entrevista con adolescentes. Role Playing. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones, p.251-5.
- Castro Gomez, JA. y Quesada Jimenez, F. (1996). Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Atención Primaria*, 18(7):399-402.
- Cebriá, J y Bosch, JM. (2000). La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *FMC*, 7:233-236.
- Cook, M. (1979). Gaze and mutual gaze in social encounters. En: S. Weitz (comp.). *Nonverbal communication: Readings with commentary*. Nueva York: Oxford University Press.
- Dulanto Gutierrez, E. (1993). Perfil del médico que atiende adolescentes. En "Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo" José M^a Mendez Ribas Ed. Buenos Aires, Editorial Ascune Hnos.
- Freixa N. (2000). La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. *Jano*; LIX: 1383-1384.
- Frías Osuna A. (2000) Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson.
- Gallagher, J.R. (1979). Interviewing adolescents and their parents. *J Curr Adolesc Med*, 1: 15-18
- Garcia-Tornell, S. y Gaspa, J. (2009). Entrevista al adolescente. Técnicas de entrevista y aspectos legales *Pediatr Integral*; XIII(2):121-30.
- Gaspá Marti, J. y Garcia-Tornel Florensa, S. (2005). Relación médico-adolescente. Técnicas de la entrevista. *Pediatr Integral*; IX(1):13-19.
- Goldering, JM. y Rosen, DS. (2004). Getting into adolescent heads: An essential update. *Contemp Pediatr*, 21:64-91.

- Gorney M.(1999) The role of communication in the physician's office. *Clinics in Plastic Surgery*, 26(1):133-41.
- Hernández Monsalve, M. (2002). Entrevista clínica y buena práctica en Atención Primaria. *Semergen* 28(4):173-4
- Hughes, J.N. y Baker, D.B. (1990). *The clinical child interview*. New York: Guilford Press.
- Kendon, A. (1967). Some functions of gaze-direction in social interaction.
- Klein,R.G. (1991) Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 187-198.
- Litt, IF. (1990). *Evaluation of the Adolescent Patient*. Hanley and Belfus Inc. Philadelphia (USA).
- Lizarraga, S y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales Sis Navarra*; 24 (Supl. 2):43-53.
- Lowes R. (1998). Patient-centered care for better patient adherence. *Family Practice Management-march*.
- Maddaleno, M. (1992). La evaluación clínica. En Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN (eds): *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Martin Zurro A, Cano Pérez JF. (1994). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Doyma Libros.
- Martínez Rodríguez, A. Fernández Cervantes, R. Medina i Mirapeix,F. Raposo Vidal, I. Viñas Diz, S. y Chouza Insua, M. (2002). Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica, 24(2):90-96
- McIlvain H, Kay Bobo J, Leed-Kelly A, Sitorius MA. (1998). Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics. *Am Fam Phys*, 8:1869-1887.
- McLeod ME. (1998). Doctor-patient relationship: perspectives, needs and communication. *The American Journal of Gastroenterology*, 93(5):676-80.
- Miller, WR y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Morris,D. (1977). *Manwatching. A field guide to human behavior*. Londres: cape.
- Nisselle P. (2000). Difficult doctor-patient relationships. *Australian Family Physician*, 29(1):47-9.
- Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lames FB. (1995). Doctor-patient communication: review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7):903-18.
- Prochaska, JO. y Diclemente,CC. (1983). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395.
- Torío Durántez J, Garcia Tirado MC. (1997). Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Atención Primaria*, 19(1):27-34.

Vallbona, C. (1987). El pediatra, especialista idóneo para el adolescente. *An Esp Pediatr*, 27 (s27):87-92.

Vukasovic, JB. (1997). La consulta con adolescentes. Educación a distancia en salud del adolescente, Buenos Aires, EDISA, módulo 2 (53-67).

Wilkinson, J. y Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley.

Woods, ER. Y Neinstein, LS. (2008). Office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In: Neinstein LS (ed.). *Adolescent health care. A practical guide*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. P.32-43.

Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness: What it is and what you can do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Zwiers, M.L. y Morrisette, P.J. (1999). *Effective interviewing of children*. Ann Arbor, MI: Taylor & Francis.