

Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta (ICCC)

Manual para codificar el Consejo sobre el Cambio de Conducta

© University of Wales College of Medicine 2002

Para consultas sobre el ICCC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cf.ac.uk

(versión española del Dr. Manuel Campíñez: manuelcn@camfic.org)

Manual para codificar el Consejo sobre el Cambio de Conducta.

Justificación.

Consejo sobre el Cambio de Conducta.

El Consejo sobre el Cambio de Conducta (CCC) típicamente involucra a cambios en los estilos de vida o el uso de medicación, pero también se puede aplicar a otros cambios de conducta como decidir usar un audífono, mantener un bajo consumo de líquidos (cuidados nefrológicos) o tomar precauciones en el autocuidado de los pies (educación diabetológica). El CCC está basado en los principios de la terapia centrada en el paciente o cliente.

El *Consejo sobre el Cambio de Conducta* ha sido descrito en Rollnick et. al. (2002). Implica el uso de un rango de habilidades que van más allá del *Consejo Breve*, pero sin llegar a la amplitud de las utilizadas en el caso de la *Entrevista Motivacional*. En esencia, el clínico anima al paciente a tomar sus propias decisiones sobre el cambio de conducta. Se usa una atmósfera constructiva y basada en la confianza para explorar los sentimientos del paciente acerca del *por qué* y el *cómo* del cambio. "Los roles del clínico y el receptor son más equitativos que en la sesión de consejo breve. El clínico que usa el consejo sobre el cambio de conducta opera como un consejero para un cliente que es un participante activo y comprometido. El encuentro es más colaborativo que el típicamente observado en el consejo breve, y se pone más atención en crear sintonía. En cualquier caso, no necesariamente se requiere la intensidad en la relación que sería precisa para crear las bases de la buena práctica de la entrevista motivacional. El consejo sobre el cambio de conducta a menudo tiene un "aroma a tarea". (Rollnick et al, 2002).

No hay un único texto sobre consejo sobre el cambio de conducta. Las guías clínicas en *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners* (Rollnick et al 1999) meramente proveen de un ejemplo de este estilo de *counselling*. Fue creado en el 2002 por un grupo de consenso de preparadores y clínicos expertos en entrevista motivacional, para describir aquellas adaptaciones de la entrevista motivacional que abrazan el método centrado en el paciente para usarlo en consultas breves (no en sesiones de terapia) en sanidad y otros ámbitos. Todo ello en respuesta a la preocupación por el creciente número de nombres que se estaban dando a métodos que guardaban entre sí más semejanzas que diferencias. El consejo sobre el cambio de conducta fue pensado con la intención de ser un término general adecuado para los intentos de conducir *una conversación constructiva sobre el cambio en la que el clínico intenta entender cómo se siente el paciente acerca del cambio, usando en su mayor parte preguntas abiertas y frases de escucha empática*. Se pone menos énfasis en explorar valores personales, el uso directivo de la escucha empática y desarrollar la discrepancia, más característicos de la entrevista motivacional.

ICCC

Fue construido como un esfuerzo inicial para medir las habilidades implicadas en el consejo sobre el cambio de conducta. Nuestro objetivo fue ayudar tanto al preparador como al investigador. De ahí el reducido número de ítems en el formulario, diseñado para ayudar a los preparadores a evaluar las habilidades adquiridas en el entrenamiento examinando las grabaciones de las consultas. Puede ser usado incluso para entrenar por sí mismo, como un trampolín para discusión y práctica.

Quién puede usar el ICCC?

Para usar el ICCC, el codificador debería tener un buen nivel de conocimientos básicos en Consejo sobre el Cambio de Conducta, y el formulario. Para asegurar esto, los codificadores deberían comprometerse a una serie de lecturas de preparación, ver un vídeo de entrenamiento y lograr entender cómo funciona el formulario. Las siguientes tareas constituyen el mínimo de entrenamiento preciso para poder codificar:

Lecturas

- Rollnick S, Mason P, and Butler C (1999) *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners* Edinburgh: Churchill Livingstone, Parts 1 and 2 (pp. 3 – 129)
- Rollnick S, Allison J, Ballasiotes S, Barth T, Butler C, Rose G and Rosengren D (2002) *Variations on a Theme: Motivational Interviewing and its Adaptations* in Miller W and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd Edition)* New York: Guilford Press, Capítulo 18 (pp. 270 – 283)
- Miller W and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd Edition)* New York: Guilford Press, Capítulos 4 y 5 (pp. 33 – 51)

Vídeo de entrenamiento

- Health Behaviour Change: A Selection of Strategies, An Aid for Trainers © Media Resources Centre, University of Wales College of Medicine 2001 (disponible a través de: edwardske@cardiff.ac.uk)

ICCC

- Una copia del manual y el formulario ICCC deberían ser leídos a fondo para asegurar que el codificador entiende cómo usar el formulario correctamente.

Consultas simuladas versus “reales”

El ICCC ha sido testado para su fiabilidad principalmente en consultas simuladas. Es de esperar que en el futuro será testado, para probar su fortaleza, en consultas “reales”. Basándonos en el mínimo número de consultas reales que han sido puntuadas, las consultas simuladas y las reales aparentemente son muy similares en esencia, pero no se puede garantizar que eso ocurrirá en todas las consultas simuladas. En cualquier caso, teniendo en cuenta que el ICCC es una herramienta ante todo para preparadores, es probable que en la mayor parte de los casos las consultas sean simuladas.

Elección del ítem

El ICCC contiene ítems que se centran principalmente en los comportamientos del clínico. Entendemos que el principal objetivo del CCC es animar al paciente a hablar sobre el *cómo* y el *por qué* del cambio. No obstante, el formulario está diseñado para evaluar las habilidades de los clínicos, pues no sería fidedigno evaluar la actuación de un clínico basándonos en los comportamientos del paciente en la consulta.

Hemos restringido deliberadamente la selección de *comportamientos del clínico* en algunos sentidos. En primer lugar, hemos tratado de evitar los ítems que miden si el clínico está *centrado en el paciente* en su forma más pura o general. Así, incluso los ítems que ponen en evidencia consideraciones sobre la forma de manejar la consulta del clínico en su conjunto (Ítems 5, 6, 7, 8, 9 y 10), se centran en hablar sobre el cambio de comportamiento. Los motivos de lo anterior se deben a que, si el clínico logra puntuaciones altas en los ítems de cambio de comportamiento, la consulta será *centrada en el paciente*. El CCC es un método centrado en el paciente en sí mismo.

En segundo lugar, hemos seleccionado algunas microhabilidades clave en las que concentrarnos (p.e. preguntas, frases de escucha empática, sumarios), en lugar de su combinación dentro de cualquiera de la larga lista de estrategias, como pros y contras, evaluación de la importancia y confianza, etcétera.

La *invitación* no se da en cada consulta (es decir, que el profesional *invite* al paciente a hablar sobre el cambio de conducta). Algunas veces, porque el clínico simplemente no lo hace, y otras porque no tiene la ocasión de hacerlo. Por lo tanto, el ítem 1 sólo se puntúa cuando el clínico tiene la ocasión (de pedir permiso, de invitar a hablar*), haciendo una distinción entre no poder invitar a hablar al paciente, y simplemente no hacerlo. Se ha discutido acerca de si se produce o no la invitación, y algunos son de la opinión de que sería más adecuado un ítem dicotómico que una escala, para este caso en concreto. En cualquier caso, a lo largo del desarrollo del instrumento se constató el hecho de que la invitación puede variar en una diversidad de maneras de llevarse a cabo con éxito.

(*Nota del traductor)

Hay una diferencia entre el clínico que pregunta al paciente si le parece bien hablar sobre el cambio de conducta y enfatiza la elección de éste desde el principio, el clínico que dice “*Su doctor es quien le manda aquí, ¿qué le parece eso?*”, y el clínico que no invita al paciente a hablar sobre el cambio de conducta en absoluto. Así, el ítem 1 se mantendrá como un ítem escalado en esta etapa.

El *intercambio de información* no sucede en todas las consultas de CCC (a veces porque el paciente no solicita información, otras porque no es apropiado darla), pero cuando tiene lugar, sentimos que era importante evaluar con qué habilidad se hacía. Así pues, el ítem 9 sólo se rellena cuando es aplicable al contexto.

Hablar sobre objetivos tampoco es propio de todas las consultas: sucede, por ejemplo, cuando paciente y clínico discuten posibles maneras de lograr el cambio. Por lo tanto, los codificadores sólo deberían puntuar el ítem 11 cuando sea aplicable al contexto.

El tiempo de habla es un rasgo nuclear del CCC. Sin embargo, los tests de fiabilidad de consistencia interna encontraron que este ítem no daba una puntuación representativa de las habilidades del clínico cuando se correlacionaba con otros ítems. Debido a la importancia de este ítem para el concepto del CCC, hemos escogido excluirlo de la escala para potenciar su fiabilidad, incluyéndolo como un ítem ordinal separado, de modo que la información esté presente y pueda ser evaluada por el preparador.

Puntuación

Para rellenar el formulario, cada ítem se acompaña de una escala de Likert que refleja el grado en que la acción fue llevada a cabo. Como guía, poner un círculo en cada número indicaría que la acción fue llevada a cabo:

0 = Nada en absoluto, 1 = Mínimamente, 2 = Sólo en parte, 3 = En gran medida, 4 = Totalmente

El objetivo primordial del formulario es el de proveer a preparadores y clínicos de una “ventana a sus consultas”: mirar las puntuaciones de los ítems individuales, el “corazón” de esta actividad.

En cualquier caso, siendo preciso tener una puntuación global, la media de las respuestas a los ítems se recoge para obtener una Puntuación ICCC del Clínico. La media se deberá calcular como sigue:

1. Calcular la media de todos los ítems aplicables (por ejemplo, sumar la puntuación del total de ítems aplicables, y dividirlo por ese número de ítems).
2. Si todos los ítems son aplicables en esa consulta en particular, la media será la Puntuación ICCC del Clínico. Si alguno de los ítems no es aplicable en la consulta, proceder con el paso 3.

3. Una técnica conocida como “substitución de la media” se usa para los ítems puntuados como “no aplicable”. La media de los ítems aplicables es la puntuación que se utiliza para los ítems que no se pueden aplicar. Así, por ejemplo, si la media de todos los demás ítems es 2.87, esa es la puntuación que debería darse a cualquier ítem puntuado como “no aplicable”. Proceder con el paso 4.
4. Ahora que disponemos de la puntuación para los ítems no aplicables, recalculamos la media para todos los ítems: eso nos dará la Puntuación ICCC del Clínico.

Usted puede apreciar que tomando la puntuación de la media, la Puntuación ICCC del Clínico se corresponde con las puntuaciones de la escala de Likert del formulario. Por ejemplo, si la Puntuación ICCC del Clínico es de 2.94, usted verá que ha estado practicando el CCC “en gran medida”; o un clínico que puntúe 1.62 ha estado practicando el CCC a medio camino entre “mínimamente” y “sólo en parte”.

Referencias

1. Rollnick S, Mason P, and Butler C (1999) *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone
2. Rollnick S, Allison J, Ballasiotes S, Barth T, Butler C, Rose G and Rosengren D (2002) *Variations on a Theme: Motivational Interviewing and its Adaptations* in Miller W and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change (2nd Edition)* New York: Guilford Press, Capítulo 18

Dominio 1: Establecer agenda y pedir permiso

1. El Clínico invita al paciente a hablar sobre el cambio de conducta*

** Este ítem no debe codificarse si no es aplicable al contexto*

Puntuación alta: El clínico pide permiso de manera explícita al paciente para hablar sobre el cambio de conducta, dejando claro que el paciente no está obligado a tomar ninguna decisión sobre su comportamiento.

Ejemplo: “Antes de empezar, me gustaría dejar claro que no estoy aquí para decirle lo que hay que hacer, o para obligarlo a tomar decisiones que no esté preparado para tomar. Estoy aquí para entenderlo. No tenemos que hablar sobre nada de lo que no quiera hablar. Creo que su médico lo ha enviado aquí para hablar sobre su hábito de fumar. ¿Le parecería bien que tuviéramos una charla sobre el tema?”

Puntuación baja: El clínico fracasa al preguntar al paciente sobre su disposición para hablar sobre el cambio de conducta, y no le da la oportunidad de hablar, dando la impresión de que el paciente tiene poca capacidad de elección en el asunto.

No aplicable: El paciente va directo a la interacción, sin dar al clínico la oportunidad de invitarlo a hablar sobre el cambio de conducta.

2. El clínico se muestra abierto a abordar otras cuestiones*

*(*Una "cuestión" puede ser cualquier cosa que concierna al paciente, sin importar que esté relacionado o no con la conducta problema)*

Puntuación alta: Al paciente se le brinda la oportunidad de escoger de qué hablar porque, por ejemplo, el clínico aborda un proceso de establecimiento de agenda en el cual anima al paciente a hablar sobre otras conductas de salud, u otras cuestiones no inmediatamente relacionadas con el cambio de conducta.

Ejemplo: "Entonces, desde que tuvo el ataque al corazón le han pedido que haga muchos cambios. Eso puede parecer difícil de llevar, de momento. Sé que le han enviado aquí a hablar de su hábito de fumar, pero me pregunto si hay algo más que le preocupe, de lo que preferiría que habláramos hoy en lugar de eso".

Puntuación baja: El clínico no le da al paciente la oportunidad de escoger sobre qué hablar, y procede con la consulta hablando sucesivamente sobre lo que él opina que son las cuestiones más importantes.

Dominio 2: El Por qué y el Cómo del Cambio de Conducta

3. El clínico anima al paciente a hablar sobre la conducta actual o sobre el *status quo*

Puntuación alta: El clínico anima al paciente a hablar libremente sobre lo que le gusta y/o no le gusta de su conducta actual/*status quo*. Puede hacerlo de diversas maneras, por ejemplo haciendo preguntas abiertas o usando frases de escucha empática, para adquirir una mayor comprensión de la perspectiva del paciente.

Puntuación baja: El clínico no anima al paciente a hablar sobre lo que le gusta o no de su conducta actual/*status quo*.

4. El clínico anima al paciente a hablar sobre el cambio de conducta

Puntuación alta: El clínico anima al paciente a hablar libremente sobre lo que cree que serían aspectos positivos y negativos en el cambio de conducta para él. Puede hacerlo de diversas maneras, como por ejemplo a través de preguntas abiertas o de frases de escucha empática, para adquirir una mayor comprensión de la perspectiva del paciente.

Puntuación baja: El clínico no anima al paciente a hablar sobre lo que cree que podrían ser aspectos positivos y negativos del cambio de conducta para él.

5. El clínico hace preguntas para averiguar las creencias y sentimientos del paciente sobre el tema a tratar

Puntuación alta: El clínico usa un amplio rango de preguntas (en su mayoría abiertas), para obtener el máximo de información posible del paciente sobre sus creencias y sentimientos acerca del tema del cambio de conducta.

Puntuación baja: El clínico no hace al paciente ninguna pregunta que atañe a sus creencias y sentimientos acerca del cambio de conducta, o hace sólo preguntas cerradas, que no le dan al paciente la oportunidad de expresar sus sentimientos e ideas sobre el cambio de conducta.

6. El clínico usa frases de escucha empática cuando el paciente habla del tema a tratar

Puntuación alta: El clínico usa un amplio rango de frases de escucha empática mientras el paciente habla sobre el cambio de conducta, bien sea para clarificar si ha entendido lo que el paciente ha dicho, y/o para animarlo/a a continuar.

Puntuación baja: El clínico no utiliza frases de escucha empática cuando el paciente habla acerca del cambio de conducta.

7. El clínico hace sumarios de lo que el paciente aporta sobre el tema a tratar

Puntuación alta: El clínico hace sumarios de lo que el paciente ha dicho sobre el cambio de conducta en distintos puntos clave de la conversación, para comprobar su comprensión de la perspectiva del paciente.

Ejemplo: “De acuerdo, entonces para resumir lo que hemos hablado hasta ahora, usted cree que es importante dejar de fumar por motivos de salud porque ha tenido un ataque al corazón. También cree que es importante dejarlo por la familia, para dejar de preocuparlos. Por otro lado, ha fumado durante muchos años y ha intentado dejarlo antes. No se siente seguro de ser capaz de dejarlo, si lo intentara. Tiene una vida muy estresante, y siente que fumar le ayuda a aliviar la tensión. ¿Es así?”

Puntuación baja: El clínico no hace sumarios de lo que el paciente ha dicho sobre el cambio de conducta.

Dominio 3: La consulta en su conjunto

8. El clínico reconoce explícitamente los retos de cambio de conducta a los que se enfrenta el paciente

Puntuación alta: El clínico, explícitamente y con regularidad, reconoce los retos a los que se puede estar enfrentando el paciente. El reconocimiento se hace poniendo énfasis en las fortalezas personales que el paciente tiene cuando se enfrenta a dichos retos.

Ejemplo: “¡Dios mío! Ya veo por qué es tan duro para usted dejarlo. Tiene tanta tensión a la que enfrentarse en su vida ahora...debe de ser realmente duro. Pero aunque sea realmente difícil, usted ya ha empezado a hacer cambios en su estilo de vida después de su ataque cardíaco, y se las ha ingeniado para mantenerlos por difícil que sea”

Puntuación baja: El clínico no hace ningún reconocimiento explícito de los retos a los que se enfrenta el paciente, ni focaliza en ninguna de sus fortalezas personales.

9. Cuando el clínico aporta información, es sensible al nivel de comprensión e intereses del paciente*

**Este ítem no debe ser codificado si no es aplicable al contexto*

Puntuación alta: El clínico intenta entender lo que el paciente sabe y quiere saber, e incluso obtiene la reacción personal del paciente a la información proporcionada.

Puntuación baja: El clínico proporciona información al paciente sin preguntar si la quiere o la necesita. La relevancia personal de la información para el paciente no emerge, sino que la marca el profesional. También debería de puntuarse bajo si el paciente pide información y el clínico no la proporciona.

No aplicable: No hay intercambio o solicitud de información en la consulta.

10. El clínico se esfuerza en mostrar respeto por la elección del paciente sobre el cambio de conducta

Puntuación alta: El clínico reconoce abiertamente la elección del paciente y la acepta, aunque no encaje en su agenda. El clínico no presiona al paciente para cambiar su conducta.

Ejemplo: “Al final, la decisión es suya. Usted elige si quiere hacer algún cambio, y eso dependerá de lo realista y de lo alcanzable que sea para usted. No tiene que hacer nada que no quiera hacer”.

Puntuación baja: El clínico no reconoce o no acepta la elección del paciente.

Dominio 4: Hablar sobre metas

11. Clínico y paciente intercambian ideas sobre cómo el paciente podría cambiar su conducta actual*

**Este ítem no debe ser codificado si no es aplicable al contexto*

Puntuación alta: El clínico anima activamente al paciente a hacer una lluvia de ideas sobre las estrategias que lo podrían ayudar a cambiar su conducta. Gracias a ello, el paciente ofrece la mayoría de la ideas, y el clínico también hace algunas sugerencias.

Puntuación baja: El clínico no anima al paciente a aportar estrategias. No hay intercambio de información sobre un abanico de posibilidades. El paciente no aporta nada: al contrario, es el clínico el único que sugiere ideas para el cambio.

No aplicable: No se habla de objetivos durante la consulta.

Medición del tiempo de habla del clínico.

El indicador de tiempo de habla del clínico se encuentra al lado de la puntuación total del ICCC. Tan sólo marcar la casilla del ítem que mejor describa cuánto tiempo habló el clínico durante la consulta. Como guía, el clínico debería de hablar aproximadamente el 50% del tiempo o menos.

Nota del traductor

Tanto la versión en español del formulario ICCC como el manual son producto del trabajo desinteresado de su traductor, con la intención de dar una mayor difusión de esta excelente herramienta para su uso entre los profesionales de habla hispana. Cualquier contribución a su mejora será cálidamente bienvenida.

Quiero agradecer expresamente la también desinteresada y siempre presente colaboración y asesoramiento lingüístico de Javier Turrado.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuel Campiñez Navarro'. The signature is stylized and cursive, with a large initial 'M' and 'C'.

Manuel Campiñez Navarro. En Barcelona, noviembre de 2008.

© University of Wales College of Medicine 2002

Para consultas sobre el ICCC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cf.ac.uk

(versión española del Dr. Manuel Campiñez: manuelcn@camfic.org)