

SEMINARIO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

19 de Mayo de 2006

Elvira Callejo Giménez

Grupo de Comunicación y Salud de la Socalemfyc
(Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y
Comunitaria)

Gran parte de los problemas con los que nos encontramos los profesionales sanitarios en la consulta están en relación con la capacidad de comunicarnos con el paciente. Esta dificultad es evidente cuando pretendemos la modificación de los hábitos de conducta. Sabemos perfectamente cuándo debemos recomendar a un paciente que debe cambiar una conducta porque está siendo perjudicial para su salud, pero no sabemos cómo. Y en gran parte de las ocasiones tenemos la sensación, cuando no la certeza, de que ese consejo que estamos dando no va a surtir efecto, que por muchos argumentos que demos a nuestros pacientes, el resultado va a ser bastante pobre. Esto nos lleva en ocasiones a abandonar el intento o a derrochar energías inútilmente.

ESTADIOS EN LA RUEDA DEL CAMBIO (Prochaska y DiClemente 1.982)

En 1.982 dos autores, Prochaska y DiClemente describieron una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio ante una conducta. Las personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios en la rueda del cambio. Cada estadio registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional diferente.

ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN:

En esta etapa el paciente o el familiar no han considerado que tengan un problema o que necesiten introducir un cambio en alguna conducta. En esta situación, lo único que puede ofrecer el profesional es información y feedback a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema, la duda y la percepción de los riesgos.

ETAPA DE CONTEMPLACIÓN:

Es una fase caracterizada por la ambivalencia, una vez que aparece la toma de conciencia del problema. Cuando se le permite hablar del problema sin interferencias, la persona probablemente discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse y las que cree tener para no hacerlo. La labor del terapeuta en esta fase es la de ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio: hacer evocar las razones para cambiar, y aumentar la sensación de autoeficacia, ya que uno de los principales motivos para no plantearse el cambio en una conducta es la escasa confianza en las posibilidades de conseguirlo con éxito.

En esta fase de ambivalencia es en la que tienen más aplicación las estrategias de la entrevista motivacional.

ETAPA DE DETERMINACIÓN:

Cuando esa balanza se inclina hacia el lado del cambio durante un tiempo, la persona pasa a una fase de determinación o preparación para la acción ("tengo que hacer algo, esto va en serio"), toma una decisión.

La labor del terapeuta en esta fase es la de aconsejarle el recurso terapéutico más apropiado.

ETAPA DE ACCIÓN:

Es en la que se lleva a cabo el proceso de cambio de la conducta.

ETAPA DE MANTENIMIENTO Y RECAIDA:

Durante la etapa de mantenimiento el reto consiste en mantener el cambio conseguido y prevenir la recaída. Finalmente si esta se produce, la labor del terapeuta es evitar la desmoralización y continuar el cambio inicialmente planteado

¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

Es una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto. Ayuda a resolver la ambivalencia que existe en las conductas no saludables y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior. Profundiza en los motivos por los que se mantiene un hábito y por los que habría que dejarlo.

En la estrategia motivacional, el terapeuta no asume un rol autoritario ni de experto. Se reconoce que la responsabilidad está en manos del individuo. Las estrategias que se utilizan son más de persuasión y apoyo que coercitivas o de discusión.

No hay que tener prisa en avanzar, pues cuanto con más carga de motivación se empiece el camino, más posibilidades hay de terminarlo. En todas las entrevistas se hará hincapié en los motivos para el cambio (que serán expuestos por el paciente, no por nosotros). El profesional hace solamente de catalizador del proceso, fundamentalmente escuchando, pero de forma activa, reflexiva, actuando como un espejo en el que el paciente se ve y va descubriendo el camino que desea tomar. Cuando aparezcan las resistencias (“pero no es fácil”), debemos evitar rebatirlas con argumentos e intentaremos que el propio paciente encuentre y de las respuestas a esos “peros”.

PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL:

1- EXPRESAR EMPATÍA

Es el principio de aceptación. Paradójicamente, cuando se acepta al paciente tal y como es, se encuentra más libre para poder decidir cambiar.

2- CREAR LA DISCREPANCIA

Pero el objetivo no es que la persona se sienta aceptada para que siga con esa conducta. Hay que conseguir enfrentar al paciente con una realidad no placentera, crear una disonancia cognitiva entre lo que es y lo que querría ser.

3- EVITAR LA DISCUSIÓN

La discusión posiciona al paciente al otro lado de la balanza, crea resistencias, conductas defensivas; la aparición de resistencias, nos indica que debemos cambiar de estrategia.

4- DARLE UN GIRO A LAS RESISTENCIAS

Cuando aparecen las resistencias, debemos pensar que esas percepciones se pueden cambiar, y se pueden sugerir otros puntos de vista. Generalmente es el propio paciente el que puede contestar a las mismas y encontrar las soluciones a lo que plantea. Si rebatimos las resistencias, provocamos discusión

5- FOMENTAR LA AUTOEFICACIA

Si enfrentamos al paciente a una realidad desagradable pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún camino. El mensaje a transmitir es el de que él puede hacerlo. No solo puede, sino que debe, está en su mano y nadie lo hará por él. Nosotros le ayudaremos en ese camino que él irá trazando.

TAREAS

1- ESTADIAAR

La primera tarea es saber en que estadio de la rueda del cambio está situado

2- PREGUNTAS ABIERTAS

Empezar la entrevista con preguntas abiertas, es decir que no puedan ser contestadas con uno o dos palabras, que permitan y animen al paciente a explicarse incrementando así su percepción del problema.

“¿Qué aspecto de su salud (la salud de su hijo) le preocupa más?”

“¿Cómo te sientes fumando la cantidad que fumas?”

3- ESCUCHA REFLEXIVA

Es una de las habilidades cruciales de la entrevista motivacional. Aquí el profesional no se limita a escuchar lo que dice el paciente, sino que se responde a lo que él va diciendo reflejándolo. El profesional es quién decide que es lo que refleja y que es lo que ignora, que se ha de enfatizar y que palabras usar.

Con ello se pretende favorecer que el paciente exprese tantas frases de preocupación como sea posible ya que todos tendemos a creernos con mayor fuerza aquello que nos oímos decir a nosotros mismos. Ofrecer una atención empática sin emitir juicios ni dar soluciones prematuras, es una forma de recompensar al paciente y favorecer que se siga expresando:

- 1- Repetir: un elemento que ha dicho el paciente
- 2- Refrasear: Sustituye algunas palabras por sinónimos o altera ligeramente lo que se ha dicho clarificándolo
- 3- Parafrasear: Infiere el significado de lo que se ha dicho y lo refleja con nuevas palabras.
- 4- Señalar un sentimiento: Hacer énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos.

Evitar utilizar “barricadas”: intervenciones del terapeuta que paran bloquean desvían cambian de dirección el discurso del paciente (ordenar, advertir, aconsejar, argumentar, avergonzar, juzgar, culpabilizar)

4- SUMARIOS DESTACANDO LO MÁS CRUCIAL

Pueden ser utilizados para poner en común el material que se ha ido comentando. Refuerza lo más importante que se ha dicho, demuestra que se ha escuchado con atención y prepara al paciente para proseguir.

Los sumarios ponen en evidencia la ambivalencia del individuo. Es una manera de permitir que la persona examine simultáneamente las razones en pro y en contra: “por un lado ... y por otro”

Los sumarios son espacios para describir lo que el paciente nos acaba de decir, no para exponer lo que nosotros pensamos.

5- DESTACAR LOS ASPECTOS POSITIVOS

Deben recompensarse las afirmaciones de preocupación para animar a que el paciente nos verbalice más. En la fase de contemplación la gente suele tener bajos niveles de autoestima o poca confianza en sus habilidades para cambiar. Las reestructuraciones positivas sirven para rehabilitar la autoestima y el sentido de autoconfianza del paciente.

6- FAVORECER FRASES DE AUTOMOTIVACION

Se trata de que el paciente despegue de la ambivalencia y avance hacia una decisión. Pero tiene que ser el paciente el que exprese los argumentos para cambiar. El trabajo del profesional es facilitar que el paciente exprese esos argumentos de: reconocimiento del problema, preocupación, intención de cambio y optimismo. ¿Con qué técnicas?:

Preguntas evocadoras: Preguntas que favorezcan que el paciente exprese dichas expresiones de reconocimiento y preocupación por el problema y de intención de cambiar

Balance decisional: Ayudarla a razonar los aspectos positivos y negativos de la antigua y de la nueva conducta

Pedir ejemplos: Provocar la elaboración pidiendo que detalle ejemplos específicos

Utilizar los extremos: Imaginar la peor de las consecuencias posibles

Mirar hacia atrás ¿cómo era el paciente antes del inicio del hábito?

Mirar hacia delante ¿cómo se encontrará después de abandonarlo?

Explorar los valores que son realmente importantes para su vida

Paradoja terapéutica: El terapeuta adopta el papel de que no hay problema o no es el momento de solucionarlo, provocando que el paciente le convenza de lo contrario.

7- EVITAR TRAMPAS

1- Trampa de la pregunta –respuesta

Implica una relación entre un experto activo y un paciente pasivo y proporciona pocas ocasiones para que el paciente analice su situación

2- Trampa del enfrentamiento –negación

Cuando el terapeuta empieza a decir al paciente que tiene un serio problema y prescribe un patrón de conducta que hay que seguir el paciente suele expresar reticencias (“realmente no es para tanto”)

3- Trampa del experto

El terapeuta da la impresión de que tiene respuestas para todo. El paciente adopta un rol pasivo como receptor de los consejos de un experto

4- Trampa de la etiqueta

Tendemos a creer que es enormemente importante que el paciente adopte una etiqueta diagnóstica, pero esas etiquetas suelen acarrear unos estigmas por lo que solemos encontrarnos con una resistencia

5- Trampa de la focalización prematura

Puede surgir una resistencia si el paciente y terapeuta se centran en problemas distintos

6- Trampa de la culpabilización

La clave es dejar claro que aquí la culpa es irrelevante.

8- RECONOCER Y TRABAJAR LAS RESISTENCIAS

Las resistencias muestran la dificultad en conseguir hacer un cambio en profundidad. Son normales al inicio y aparecen solas, pero un abordaje erróneo las exagera y alimenta hasta el punto de disuadir al paciente de intentar nada.

CATEGORÍAS

- 1- Argumentar: desafiar, devaluar o agredir al profesional
- 2- Interrumpir: cortar o no dejar acabar.
- 3- Negar: minimizar, excusar, mostrar pesimismo.
- 4- Ignorar: no prestar atención, no responder, cambiar de tema.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTARLAS

1- Frases por reflexión

Consiste en devolver la propia resistencia, de forma simple o amplificadas, o exagerada, incluso más extrema de lo que el paciente lo ha hecho. Esto dará lugar a que el paciente retroceda un poco y fomentará la otra parte de la ambivalencia.

2-Focalizar

Cambiar de tema, desviar la atención del paciente de lo que parece una piedra inmóvil en el camino del cambio. Se trata de "rodear" un obstáculo en vez de intentar derribarlo.

3- Empatizar y ceder en algunos aspectos:

Comprender la resistencia, pero ofrecer un acuerdo dando un giro a la misma.

4- Enfatizar la libertad y el control del paciente:

La resistencia surge del fenómeno de la reacción, cuando la persona piensa que su libertad está siendo amenazada. El mejor antídoto a esta reacción es dejar claro lo que sabemos que es cierto: que el paciente es el que va a decidir lo que ocurra.

5- Reestructurar o reformular:

Cuando el paciente ofrece argumentos que a él le sirven para negar un problema, podemos, reconociendo en cierto modo la validez de dichos argumentos, ofrecer un nuevo significado o interpretación de los mismos favorable al cambio.

6- Paradoja terapéutica:

Las intervenciones paradójicas son arriesgadas y requieren habilidad. El terapeuta se pondría a favor del no cambio e incluso recomendar al paciente que continúe con la conducta problema, dándole las razones por las que no debe cambiar. Debe hacerse en un tono calmado, no crispado. Puede utilizarse cuando se hayan aplicado sin éxito otras estrategias.

FASE DE DETERMINACIÓN

Llega un momento en el que es necesario cambiar las estrategias (cuando el objetivo cambia de la creación de la motivación a un aumento del compromiso). En este momento el paciente está preparado para cambiar pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo. Van disminuyendo las resistencias y las frases de automotivación son cada vez más frecuentes. Además de seguir ahondando en las estrategias anteriores, pueden ser útiles, el diario de salud y la hoja de balance.

1- Diario de salud

Registro sistemático de la frecuencia en que se produce una conducta y de otros aspectos relevantes relacionados con ella. Automonitorización. Ayuda al paciente a aumentar su percepción sobre sus patrones de conducta y sus consecuencias. Proporciona información sobre aspectos de cómo conseguir el cambio, permite ver las pautas y el estilo de vida de la persona, sacando observaciones que nos permitan proponer cambios específicos en sus hábitos.

2- Hoja de balance

Es una hoja de dos columnas con razones en contra y a favor del cambio. Clarifica al máximo las dificultades y los beneficios de una determinada conducta y de cualquier cambio. Permiten al paciente ampliar la conciencia sobre su hábito, aumentar el nivel de conflicto y empezar a pensar seriamente en cambiar.

FASE DE ACCION

Las tareas a realizar en esta fase serían ayudar al paciente a verbalizar el compromiso del cambio y desarrollar un plan de actuación conjunto

1- Sumarios

2- Preguntas activadoras

Para que el paciente piense y hable sobre el cambio ¿Qué ha de hacer? ¿Cómo piensa cambiar? La pregunta activadora pretende que el paciente verbalice el cambio.

3- Elaboración del plan

Una vez que el paciente ha respondido a las preguntas activadores, se empezará a elaborar y negociar un plan que debería incluir:

4- Las metas del cambio

El profesional debe ayudar a paciente a encontrarlas pero sin imponerlas. Se puede dar un consejo pero siempre es el paciente el que ha de escoger. “¿Cómo le gustaría que fueran las cosas para que fueran distintas?”, “¿Qué quiere cambiar?”, “¿Por donde quiere empezar?”

5- Las opciones para llegar a él:

Una vez definidas las metas, hablaremos de cómo conseguirlo. Es importante escoger un camino apropiado. A pesar de los esfuerzos del profesional el paciente puede no escoger el camino que pensamos que es mejor para él.

6- Concretar el plan

La base de la discusión es elaborar un plan que encaje con las metas necesidades intenciones y creencias del paciente.

Para finalizar debe hacerse un resumen del plan y conseguir un compromiso verbal del paciente. Es aconsejable hacer público el compromiso a a otras personas pero siempre con permiso del paciente. A pesar de que el paciente cambie en el estadio del cambio, las estrategias de la entrevista motivacional no se han de dejar entendiendo que la ambivalencia puede seguir presente.

FASE DE MANTENIMIENTO

Aquella en que el paciente continúa observando la nueva conducta de forma estable. El verdadero cambio conductual se puede establecer cuando observamos un periodo de abstinencia de algunos años de duración.

1-Tareas:

Prevención de recaídas

2- Técnicas

Identificación conjunta de las situaciones de riesgo
Elaboración de estrategias para afrontarlas

Romper los sentimientos de culpa, hacer señalamientos emocionales, reconversiones positivas y aumentar la autoestima.

FASE DE RECAIDAS

La evolución natural del proceso de cambio de conductas comporta en la mayoría de los casos recaídas y por tanto el volver nuevamente a otro punto de la rueda (¿espiral?) del cambio.

1- Tareas

Las recaídas son un fenómeno frecuente y normal en el proceso del cambio, e incluso necesario en un contexto de aprendizaje como es el cambio de hábitos arraigados.

Incrementar la autoestima y la autoeficacia
Proporcionar feed-back

2- Técnicas

Señalamiento emocional
Reestructuración positiva
Frases para aumentar la autoestima

BIBLIOGRAFÍA:

Millar W y Rollnick S, (1999) Entrevista Motivacional: preparando a la gente para cambiar conductas adictivas. Editorial Paidós. Barcelona. Existe una segunda edición de 2002 (aun sin traducir)

Rollnick S, Masson P, Butler C. (1999) Health Behavior Change: A guide for practitioners. Edinburgh: Churchill livingstone.

Existe una página web: www.motivationalinterview.com

El modelo común en nuestras consultas basado en exposiciones informativas alrededor de lo que el profesional piensa que es lo mejor para el paciente tiene sus limitaciones.

Evidentemente una buena información puede producir cambios en la conducta de ciertas personas, pero no siempre es así. A muchos hay que motivarlos más.

Y motivar no es tanto administrar elementos motivadores (o que a nosotros nos lo parezcan) como que el paciente descubra cuales son los suyos.

Tomado de Miller WR, Rollnick S. La Entrevista Motivacional. Ed PAIDOS 1999.