

ADOLECA, CUBA 2013

La Entrevista Motivacional

Dr. Tomás José Silber

Director, Fellowship Program

Division de Medicina de la Adolescencia,

Children's National Medical Center

Profesor de Pediatría

George Washington University

OBJETIVOS I



- Ayudar a los adolescentes a adoptar conductas sanas y a cambiar aquellas que puedan dañar su salud.
- Introducir el modelo transteórico de estadios de cambio como base para entender el proceso del cambio de conducta.
- Presentar la filosofía y el estilo de la Entrevista Motivacional (EM)

OBJETIVOS II



- **Desarrollar la Entrevista Motivacional como una forma de intervención terapéutica.**
- **Introducir los cinco pilares de la Entrevista Motivacional: expresar empatía, crear discrepancia, evitar argumentaciones, acompañar a la resistencia y apoyar la autoeficacia**
- **Antes de irse cada miembro de esta audiencia podrá escoger un aspecto de la EM para incorporarlo a su práctica diaria**

Como Cambiamos:

El Modelo Transteórico



- Provee un modelo para entender el proceso de cambio de la conducta humana
- Ofrece una alternativa al enfoque que declara que un adolescente que no está dispuesto a cambiar su conducta es “resistente,” “no coopera”, o está en “*denial* /negación”
- Propone que todos seguimos un ciclo predecible en el cambio de una conducta

Los estadios del modelo transteórico:



- **Precontemplación:** no se está considerando el cambio
- **Contemplación:** por primera vez se considera la posibilidad de cambiar
- **Preparación:** se está alistando para hacer el cambio
- **Acción:** se inicia el cambio
- **Mantenimiento:** el cambio de conducta persiste
- **Terminación:** ya no se está tentado a la recaída
- **Recaída o reciclaje:** se recae en el comportamiento previo

El Proceso de Cambio y la Entrevista Motivacional



- Los estadios del modelo transteórico pueden ser *influenciados en su direccionalidad*
- La Entrevista Motivacional ha sido desarrollada específicamente para ayudar al *pasaje* de un estadio a otro hasta poner fin a la conducta-problema
- Aplicación: obesidad, trastornos de la alimentación, salud reproductiva, uso y abuso de drogas y alcohol, adherencia a regímenes terapéuticos.

¿Qué es la Entrevista Motivacional?



- La Entrevista Motivacional es un estilo directivo, centrado en el paciente, que facilita la comunicación y ayuda al adolescente a cambiar su conducta-problema, mediante *la exploración y resolución de su ambivalencia*
- No se trata simplemente de una técnica de entrevista, sino de una *filosofía* que, respetando al paciente, facilita la relación interpersonal y la exploración de la posibilidad de cambio

La filosofía de la Entrevista Motivacional



- El cambio de conducta no es una propiedad o característica del paciente, sino el producto fluctuante de las relaciones interpersonales
- La motivación para el cambio debe ser obtenida-surgir-del adolescente y no ser impuesta desde afuera
- La meta es solicitar, crear y *amplificar la discrepancia* entre la conducta actual y los valores del paciente

La filosofía de la Entrevista Motivacional



- El clínico debe guiar al adolescente a que examine y resuelva su ambivalencia (con respecto a su obesidad, consumo de tabaco, etc)
- La tarea de resolver la ambivalencia pertenece al adolescente y no al clínico

El estilo

de la Entrevista Motivacional



- La Entrevista Motivacional es una manera de ser
- Esa “manera de ser” tiene su origen en como uno entiende y vivencia la naturaleza humana
- El estilo de la entrevista debe ser tranquilo, mostrando interés, sin apuro ni insistencia
- La clave de la entrevista es su esencia igualitaria sin imponer autoridad (de experto)

El estilo de la Entrevista Motivacional



- Pacientemente, con ciertas *preguntas directivas*, se estimula la ambivalencia que luego deberá ser resuelta por el adolescente.
- **CUIDADO:** La persuasión no es un modelo efectivo para ayudar a resolver la ambivalencia
- La E.M. se basa en la *colaboración*, la *evocación* y la *autonomía*

Las Bases de La Entrevista Motivacional



AUTONOMÍA

EVOCACIÓN

COLABORACIÓN

Colaboración



- Se trata de *explorar* y no de exhortar
- La relación terapéutica es más como *socios* o colaboradores, no es la de un experto aconsejando al objeto de su especialización
- Se crea una *atmósfera positiva* que facilita el cambio sin coerción

- El proceso requiere estar en contacto con las reacciones del adolescente entrevistado para detectar resistencia y monitorear las propias aspiraciones y la “contratransferencia.”
- Hay dos motivaciones: las propias y las del paciente. Si uno no toma conciencia de lo que le pasa a uno mismo, se pierde la mitad del cuadro

Evocación



- El *tono* del entrevistador no debe ser el de compartir su sabiduría o promover “insight”, sino mas bien el que pueda obtener respuestas sinceras
- Se busca lo que el paciente “*lleva adentro*”
- Esta busqueda de la *motivación intrínseca*, es como la del flautista que hace salir a la serpiente de su canasto

Autonomía



- Se respetan las decisiones del paciente (sin que eso implique que uno este de acuerdo)
- El/ella es libre de escoger su conducta
- El cambio que viene “de adentro” es el que estará al servicio de los propios valores
- *Si la entrevista está bien hecha, sera el paciente y no el profesional el que dará sus argumentos en favor del cambio*

Comparación y Contraste



La Entrevista Motivacional

Colaboración: Se considera con respeto la experiencia y perspectiva del paciente.

Evocación: La capacidad y motivación para el cambio reside en el paciente. La motivación se acrecienta mediante la evocación de la propia percepción, metas y valores del paciente

Autonomía: todo aprendizaje es decisional

Otras intervenciones activas

Confrontación: Se atacan las perspectivas “equivocadas” del paciente y se le impone aceptar la “realidad” ...que el no ve o no quiere admitir

Educación: Se asume que el paciente es defectuoso, careciendo de un conocimiento, “insight” o habilidades esenciales para que el cambio ocurra. El profesional se ocupa de corregir esas deficiencias aportando sus conocimientos

Autoridad: El profesional le indica lo que debe hacer. El médico escribe sus “ordenes”

Metodología: La *Práctica*

Los cinco pilares de la E.M.

- Expresar empatía
- Crear discrepancia
- Evitar “querer convencer” y discusiones
- Acompañar a la resistencia
- Dar apoyo a la autoeficacia

Los Cinco Pilares de La Entrevista Motivacional



EMPATIA

DISCREPANCIA

EVITAR
Discusiones y
“convencer”

ACOMPÁNAR A LA
RESISTENCIA

AUTOEFICACIA

AUTONOMÍA

EVOCACIÓN

COLABORACIÓN

I. Expresar Empatía



- Escuchar en forma activa y reflexiva.
- Tratar de entender los sentimientos y perspectivas del adolescente sin emitir juicios o crítica y sin culpar.
- Se acepta al adolescente: se puede aceptar sin tener que aprobar la conducta.

Expresar Empatía



- La aceptación del adolescente “como es” lo libera para el cambio.
- El rechazo, “estás haciéndolo mal, tenés que cambiar,” induce la reacción opuesta.
- La respuesta empática considera que la historia que se escucha es *comprensible y válida*, al menos desde la perspectiva del adolescente.

Corolario



- Es de esperar que el adolescente no este dispuesto a cambiar
- Se acepta la ambivalencia como un aspecto normal de la vida humana, en vez de considerarla un problema
- El adolescente no es visto como patológico o incapaz
- En vez, al adolescente se lo ve como alguien que esta “atascado” en un contexto comprensible

Ejemplos de Empatía: Escuchar en Forma Activa



- Preguntas abiertas
- Escuchar reflexionando: reflexión simple, reflexión amplificada
- Obtener declaraciones de motivación
- Afirmar: apoyo, estímulo, reconocimiento del esfuerzo
- Presentar resúmenes
- Re-enmarcar (“Reframe”) situaciones y declaraciones

II. Crear Discrepancia



- La idea de la E.M. no es que el adolescente con dificultades se acepte a si mismo como es y que por ende no cambie
- Tampoco el escuchar en forma empática significa que se permita al adolescente ir en cualquier dirección o perderse en la divagación.
- Todo lo contrario: la E.M. es directiva !

Crear Discrepancia



- Cuando es necesario el cambio, el tema es: cual es la mejor manera de presentar una realidad dolorosa de modo tal que el paciente quiera confrontarla y cambiar?
- La E.M. consiste en crear, nutrir y amplificar la disonancia cognoscitiva: el descubrir que existe una discrepancia entre la situación presente y aquella a la que el adolescente aspira, basada en sus valores.

Ejemplos de Estrategias para crear Discrepancia



- **Buscar y reconocer la ambivalencia (lo bueno/lo no tan bueno)**
- **Estimular la elaboración de todo lo negativo (...y que mas?)**

III. Evitar discusiones



- La situación mas indeseable, desde el punto de vista del cambio de conducta, es que el profesional se dedique a abogar por un cambio, mientras el adolescente desarrolla sus argumentos explicando porque no lo puede hacer
- El discutir empuja al adolescente a resistir el cambio, dado que se ve en la posición de *defender* su conducta
- El defender una conducta hace que esta *persista*

Como evitar discusiones



- Preguntar de quien fue la idea de la consulta, para asi enfocar el tema de la coerción
- Pedir la opinión acerca de cual es la expectativa de quién pidió la consulta
- La conversación luego puede seguir:
¿“Qué deberá suceder para que puedas sacarte eso de encima ?” .

IV. Acompañar a la Resistencia



- Oponerse directamente a la resistencia es causa perdida.
- La resistencia indica que se debe cambiar de direccion
- Se invita a *considerar*, pero no se imponen nuevas perspectivas.
- El adolescente es la *fuentes primaria de las soluciones.*

Usar la Resistencia



- Reconocer la resistencia y normalizarla con comentarios empáticos
- Pedir permiso antes de abocar un tema peliagudo
- Dirigir la entrevista hacia un tema conflictivo de interés para el adolescente
- Introducir elementos inesperados como ser el humor y la “pregunta del milagro”
- Poner énfasis sobre la decisión y el control personal

V. Apoyar la Autoeficacia



- La creencia de que el cambio es posible es una motivación importante. (El profesional puede ayudar buscando información acerca de éxitos previos.)
- El adolescente, no el profesional, es responsable de buscar y ejecutar el cambio: “Si así lo deseas puedo ayudarte con los cambios que buscas”
- La creencia del clínico de que el adolescente tiene la capacidad para efectuar cambios es una profesía que tiende a cumplirse.

Apoyo a la Autoeficacia



- Explorarla mediante el uso de escalas (de 1 a 10)
- Luego preguntar cual sería el proximo paso necesario para poder subir un punto en la escala
- Buscar ejemplos en el pasado de otras tareas que documentan la existencia de autoeficacia

Como Produce Cambios la E.M.?



- Los adolescentes *reconocen* ellos mismos sus conductas de alto riesgo (personalización)
- Los adolescentes *evaluan* el problema en relación a otros aspectos de su vida (balance decisional)
- Los adolescentes *exploran* el proceso de cambio (evaluación de la autoeficacia, desarrollo de planes de acción)
- La convicción de que la decisión, es una elección personal, facilita el cambio

**Y ahora estamos listos
para ver como la
Entrevista Motivacional
entronca con los estadios
de cambio**

¿Cómo se Comienza?



- Identificar en que estadio de cambio se encuentra el adolescente
- Escala de cuán listo está para cambiar

No quiero | Estoy | No estoy | Estoy | Estoy
| pensándolo | seguro | inclinado | dispuesto
____1____2____3____4____5____

INTERVENCIÓN: es necesario ADAPTAR LA E.M. AL ESTADÍO DE CAMBIO en el que ESTA el adolescente



- **Precontemplación: Etapa informativa para crear conciencia de que un cambio es necesario**
 - La información debe ser respetuosa y personalizada
 - Se alienta el pensar acerca del cambio
- **Contemplación: Buscar en el pasado datos que puedan aumentar la fe en la habilidad de cambiar**
 - Expresar empatía y apoyo
 - Balance decisional
 - Explorar preocupaciones y miedos, clarificar mitos
 - Enfatizar los beneficios mencionados por el adolescente

ADAPTANDO LA ENTREVISTA AL ESTADÍO



- **Preparación: Negociar el plan**
 - Objetivos realistas
 - Individualización del plan
 - Plan de acción
 - Apoyar los cambios pequeños
- **Acción: Reafirmar el compromiso**
 - Enseñar conductas, proveer material educativo
 - Aumentar el apoyo social
 - Cita de seguimiento y/o llamada telefónica

ADAPTANDO LA ENTREVISTA AL ESTADÍO



- **Mantenimiento: Estimular la solución de problemas**
 - Planear, anticipando posibles dificultades
 - Búsqueda de apoyo en la comunidad
- **Recaída: Ayudar en el manejo de la situación**
 - Sobreponerse a la vergüenza y la culpa
 - Reenmarcar la recaída como una oportunidad de aprendizaje
 - Analizar los obstáculos
 - Asistir en crear soluciones para desafíos futuros

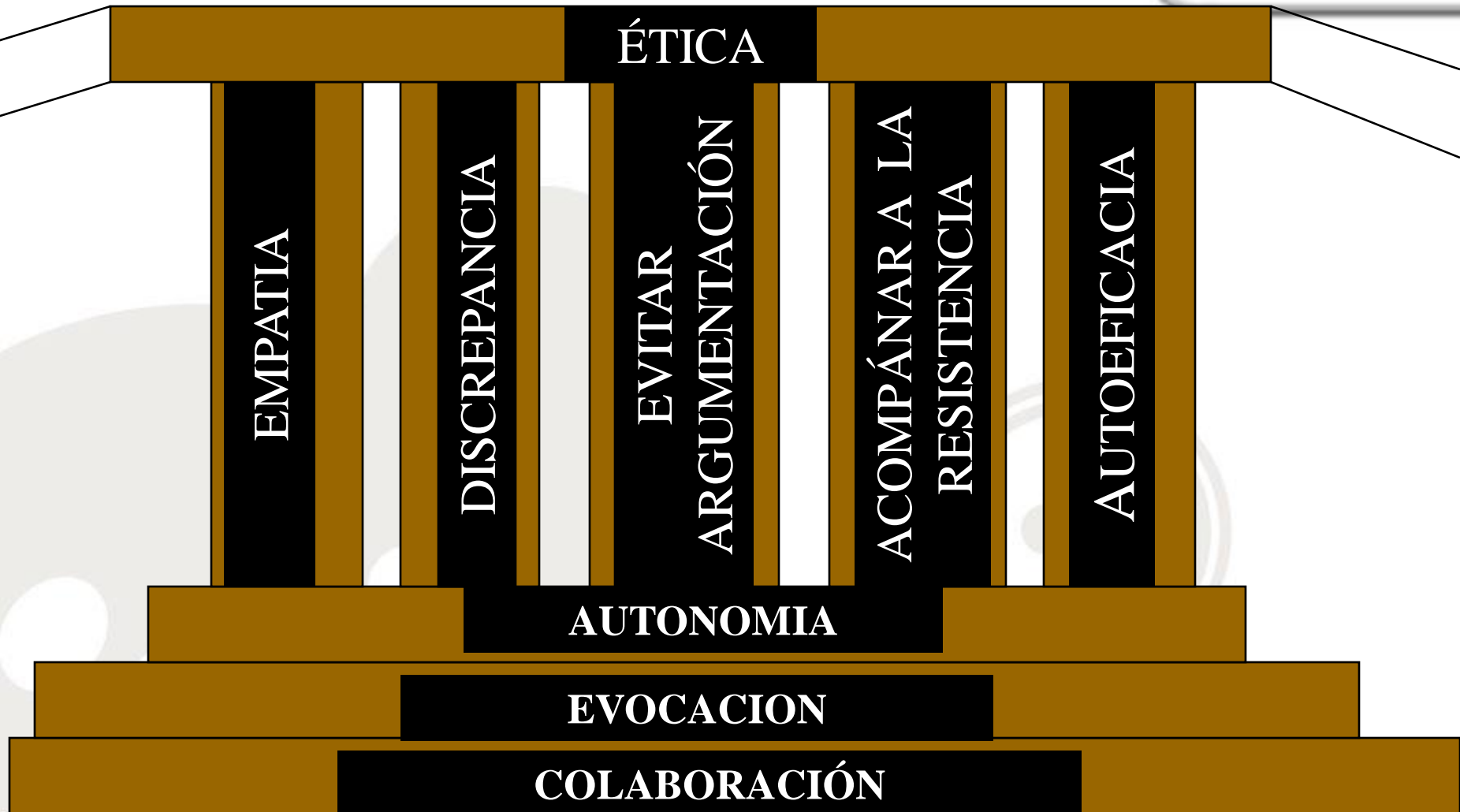
**SI EN UN TRATAMIENTO SE
PROPONE UNA INTERVENCION
INAPROPIADA AL ESTADÍO EN
EL QUE SE ENCUENTRA EL
PACIENTE, ESO ES EL
EQUIVALENTE A DAR UNA
MEDICACIÓN EQUIVOCADA**

El rol de la autoeficacia.



- Uno puede tener un buen conocimiento de los riesgos que corre.
- Puede haber resuelto su ambivalencia y saber lo que quiere hacer de acuerdo a sus valores.
- Puede tener el apoyo de su comunidad
- **...Y SIN EMBARGO NADA DE ESO ES SUFICIENTE PARA CONCRETAR EL CAMBIO SI UNO AL MISMO TIEMPO CREE QUE NO LO PUEDE HACER**
- El apoyo a la autoeficacia es la tarea del clínico.

EL EDIFICIO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL



- Solo es E.M. si se acepta al adolescente
- Solo es E.M. si respeta la libertad del adolescente
- Solo es E.M. si no está envuelto el ego del profesional y la intención es el ser de servicio
- Solo es E.M. si la técnica no se usa para manipular sino para colaborar con lo que el paciente lleva adentro
- Solo es E.M. si la estrategia no es un fin en sí
(después de todo hay muchas situaciones que no requieren la E.M.)

**SOLO ES ENTREVISTA
MOTIVACIONAL SI SE
PRODUJO UN ENCUENTRO**

Integrando la E.M. a la Práctica Diaria



- Permiso para hacerles unas preguntas al respecto
- En una escala de 1 a 5 cuán motivado está para aplicar E.M.?

1	2	3	4	5
_____	_____	_____	_____	_____
No estoy listo	No estoy seguro si es para mi	Estoy pensándolo	Me interesa	Voy a hacerlo!

Motivación Escasa o Nula (puntaje bajo de escala 1 a 10)



- ¿Por qué no un puntaje mas bajo? Se busca que el profesional articule ideas en favor de la E.M.
- Qué haría falta para ir al puntaje siguiente? Comienza a desarrollar estrategias
- Frente a la resistencia a una inovación
 - Comprensión (empatía)
 - Evocación (historia de haber adaptado innovaciones)
 - Colaboración (opinión acerca del uso posible)
 - Autonomía (cada profesional debe decidir por si mismo)

Ayudar a ver la Discrepancia entre los Valores del Profesional (curar, aliviar) y los Resultados Obtenidos en la Práctica



- Los pacientes que “no responden”
- El aconsejar vivido como una “pérdida de tiempo”
- La sensación de no ser eficaz en el tratamiento de ciertas conductas

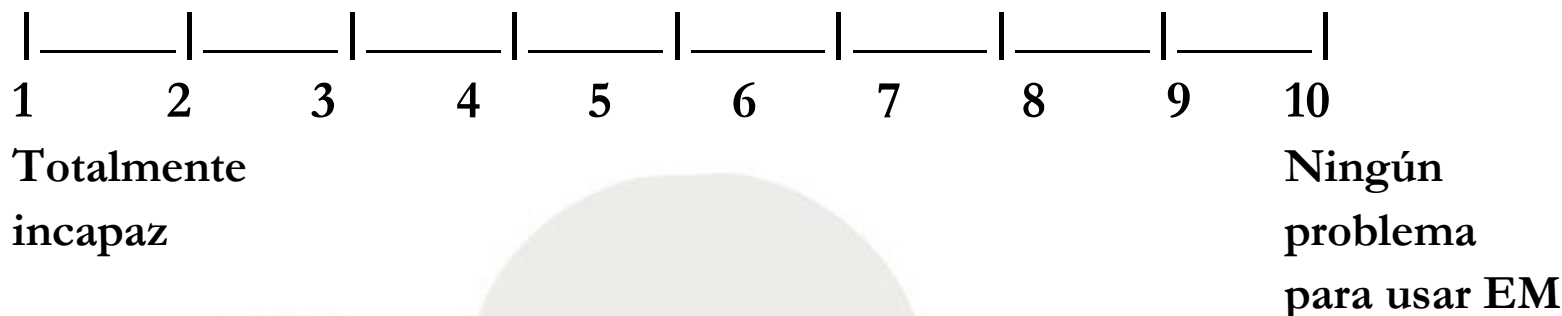
Ofrecer el Menú de E.M.



- Uso con adolescentes “resistentes”
- Uso con conductas problemas
- Uso de algunas técnicas escogidas
- Incorporación de la filosofía de la E.M.
- Practicar E.M. con pacientes nuevos
- Practicar E.M. con un adolescente por semana

Apoyo a la Autoeficacia.

¿Cuán Capaz se Considera de Incorporar E.M.?



Puntaje bajo: buscar historia de éxitos previos

Puntaje medio: ¿por qué no mas bajo? Estimula a dar datos positivos

Puntaje alto: ¿Cuándo va a iniciar la E.M.? ¿Como?

Recursos



<http://www.motivationalinterview.org>

(tienen material en español – información de cursos)

Referencias

Miller WR & Rollnick S (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller WR & Rollnick S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change* (2nd edition). New York: Guilford.

Resnicow K, Dilorio C, Soet JE, et al. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21:444-451.

Substance Abuse and Mental Health Administration. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.