

Entrevista

Motivacional

AUTORÍA: Yolanda Fleta

Asignatura Perfeccionamiento en Habilidades Comunicativas

Posgrado en Health Coaching

Índice

1. Introducción a la Entrevista Motivacional	4
2. Elementos clave de la EM	5
3. Técnica OARS	8
4. Diferencias y similitudes entre la Entrevista Motivacional y el Health Coaching.....	12
5. Bibliografía	14

1. Introducción a la Entrevista Motivacional

A medida que la atención médica se centra cada vez más en la gestión del estado de salud de los pacientes a largo plazo, se hace cada vez más necesario que los profesionales sanitarios adquieran competencias para motivar a los pacientes a hacer cambios en su estilo de vida, con el objetivo de reducir los factores de riesgo y también motivarlos para conseguir una buena adherencia al tratamiento. Existen suficientes evidencias para afirmar que una alimentación poco saludable, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la falta de ejercicio son algunas de las causas modificables más importantes que influyen en el cuidado de la salud en el mundo desarrollado (Lundahl, 2013). Causas que, por otro lado, están directamente relacionadas con la conducta de la persona.

Al respecto del comportamiento humano, uno de los enfoques considerados en la atención sanitaria para lograr el cambio de conducta es la Entrevista Motivacional (EM), definida como:

“Un estilo de atención centrado en la persona para abordar el problema de la ambivalencia sobre el cambio” (Miller, 2013).

El concepto de ambivalencia hace referencia a los sentimientos enfrentados acerca del cambio que presentan los pacientes: por un lado quieren y saben que deben cambiar determinadas conductas que suponen un riesgo para su salud, y por otro lado no están lo suficientemente motivados o no se ven capaces de llevar a cabo ese cambio. Eso les produce una constante lucha interna, favoreciendo la desmotivación y la falta de confianza en que el cambio es posible.

Los orígenes conceptuales de la EM son una combinación de tres teorías psicológicas (Simmons, 2013):

La Disonancia Cognitiva, de Leon Festinger, y la autopercepción, de Daryl Bem, ambas apoyan la idea de que el hecho de oírse a uno mismo abogando por el cambio promueve realmente la propia capacidad para el cambio. Y por otro lado la teoría de Carl Rogers, la Terapia centrada en el cliente, la cuál establece unas condiciones necesarias y suficientes para el cambio (por ejemplo, en cuanto al terapeuta, su comprensión empática, su consideración

positiva incondicional y su congruencia) que son esenciales en el estilo de la EM.

En cambio, aunque algunos investigadores señalan al Modelo Transteórico del Cambio (MMT) como fundamento teórico para la EM, Miller y Rollnick lo niegan explícitamente. Ellos afirman que el MMT puede ser útil a la hora de situar a los individuos en qué fase del proceso de cambio se encuentran y por su parte la EM es la estrategia para acompañar al individuo en su progreso hacia fases más dispuestas a la acción. Sin embargo, afirman que el hecho de situar a la persona en una determinada fase de su proceso de cambio no necesariamente significa estar implementando la EM.

Recomendamos la lectura del artículo *Ten Things that Motivational Interviewing Is Not* donde los autores aclaran algunas de las confusiones generadas acerca de qué es y que no es la EM. (Miller, 2009)

2. Elementos clave de la EM

La entrevista Motivacional es más que un conjunto de técnicas de intervención. Se caracteriza por un espíritu particular, por una manera de ser por parte del profesional que crea el contexto de relación interpersonal dentro del cuál las técnicas son usadas. Sucede lo mismo cuando haces Coaching, para aplicar las técnicas y los recursos, primero estableces el tipo de relación adecuada.

Concretamente, **el espíritu de la EM** se basa en tres elementos clave: **colaboración** entre el terapeuta y el cliente, en lugar de adoptar un rol de experto por parte del profesional; **evocar o extraer las ideas** del cliente respecto del cambio y sus propias motivaciones, en lugar de indicarle por qué debería cambiar; y enfatizar la **autonomía** del cliente, en lugar de imponerle cómo debe llevar a cabo dicho cambio.

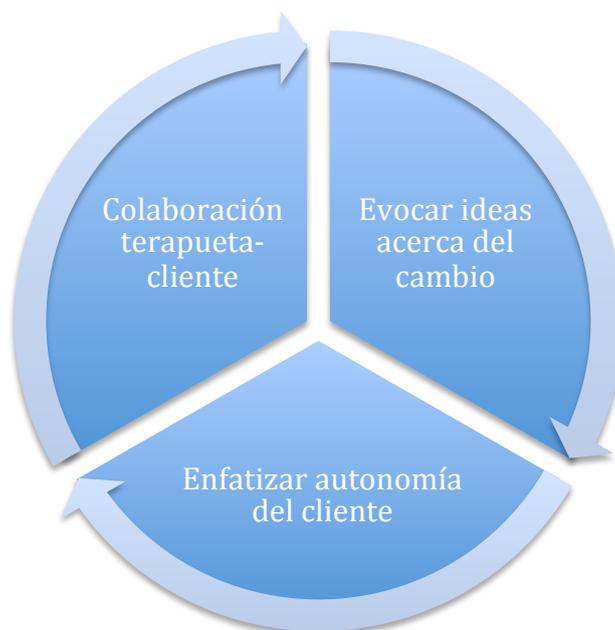


Figura 1 Elementos clave de la Entrevista Motivacional

A su vez, hay **cuatro principios** que guían la práctica de la Entrevista Motivacional. Estos principios son:

- **Expresar empatía**

Mostrar empatía implica tener la capacidad de ponerse en el lugar del paciente, para ver la realidad a través de sus ojos, incluso pudiendo no estar de acuerdo con su postura.

- **Fomentar la autoeficacia**

El profesional de la salud está atento al discurso del paciente para identificar aquellas afirmaciones que van a favor del cambio y que muestran sus fortalezas para reforzarlas y lograr así una mayor confianza en si mismo. La creencia de un paciente de que el cambio es posible, es un factor motivador importante para lograr el éxito.

- **No luchar contra la resistencia del paciente**

En la Entrevista Motivacional, el profesional no lucha contra la resistencia del paciente, sino que aprende a lidiar con ella y se detiene a explorarla más a fondo. A través de una escucha atenta y reflexiva, identifica cuándo el paciente se muestra resistente, reconociendo sus obstáculos. En lugar de negarlos, invita al paciente a evocar sus propias razones para cambiar, lo que minimiza la confrontación.

- **Desarrollar Discrepancia**

"La motivación para el cambio se produce cuando la gente percibe una discrepancia entre el lugar en donde están y donde quieren ser" (Miller, Zweben, DiClemente, y Rychtarik, 1994). El trabajo del terapeuta es el de ayudar a los clientes a examinar las discrepancias entre su comportamiento actual y los objetivos futuros.

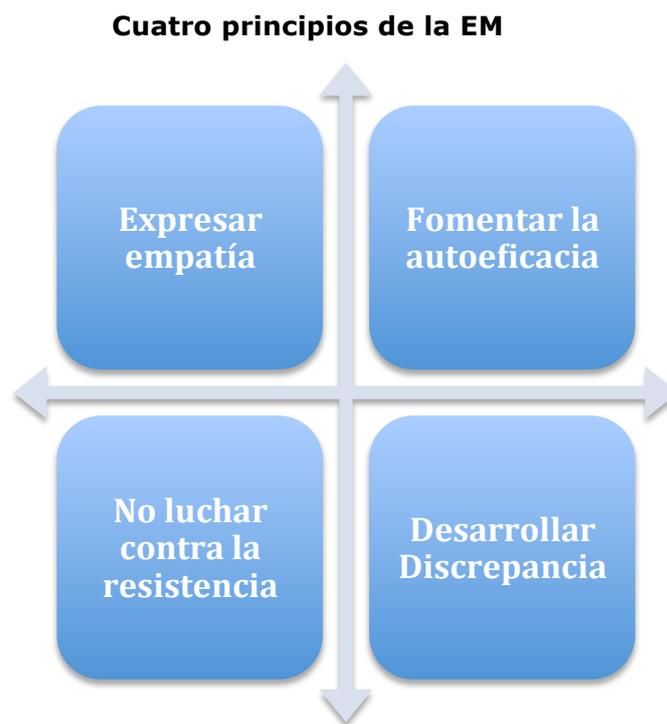


Figura 2 Principios de la Entrevista Motivacional

En resumen, la EM se caracteriza por los siguientes siete puntos clave (Rollnick y Miller, 1995):

- 1) El cambio lo obtiene el cliente y no es impuesto por el profesional;
- 2) los clientes son responsables de articular y resolver su propia ambivalencia;
- 3) los profesionales no convencen a sus clientes de que deben resolver la ambivalencia;

- 4) los profesionales adoptan por lo general un enfoque flexible que provoca el cambio de los clientes;
- 5) los profesionales se centran en ayudar a los clientes a examinar y resolver la ambivalencia;
- 6) la disposición al cambio fluctúa dependiendo de la interacción interpersonal entre profesional y el cliente;
- 7) la relación entre el profesional/cliente es una sociedad dentro de la cual el profesional respeta la autonomía del cliente.

Quizás pueda llamar la atención el uso del término de cliente, en lugar de paciente. El término cliente pretende enfatizar el papel activo que adopta la persona en este tipo de intervención, idea que puede verse no muy representada desde el punto de vista semántico, en la palabra paciente. No obstante, puesto que en el entorno sanitario lo habitual es referirse a la persona como paciente, es indiferente el uso que se haga de un término o de otro, puesto que el papel de agente activo se le va seguir suponiendo.

3. Técnica OARS

Para poder desarrollar los principios de la EM, y respetar los puntos clave, el terapeuta utiliza habilidades comunicativas, que son propias también del proceso de health coaching, como son la formulación de preguntas, la escucha reflexiva o el uso de feedback motivacional y de resumen.

De forma muy breve y resumida, la EM recoge en el acrónimo OARS, que en castellano significa "remos", las cuatro habilidades que a su vez se corresponden con técnicas que el profesional usa para movilizar al cliente hacia el cambio:

- **O**pen questions- Formulación de preguntas abiertas
- **A**ffirmations- Afirmaciones positivas
- **R**eflections- Reflejos
- **S**ummaries- Resúmenes

A continuación se muestra un ejemplo de cada una de estas técnicas.

- **O**pen questions- Formulación de preguntas abiertas

Las preguntas abiertas, son aquellas que no pueden ser respondidas con un Sí o un No y hacen pensar al paciente acerca del cambio, en lugar de favorecer una respuesta automática y poco meditada.

Por ejemplo:

¿Cuál es el principal problema relacionado con tu salud que debes solucionar en este momento?

¿Qué es lo que piensas que debes cambiar concretamente?

De las cosas que hemos mencionado, ¿Cuáles son las razones más importantes para cambiar?

¿Qué es lo que vas a hacer a partir de ahora?

- **Affirmations**- Afirmaciones positivas

Se refiere al hecho de realizar comentarios positivos acerca del paciente con el objetivo de mostrarle reconocimiento o comprensión. Es similar a lo que conocemos en Health Coaching como feedback motivacional o de refuerzo. Consiste en estar atento a lo que el paciente verbaliza para devolverle un comentario que le empodere, le haga ganar en fuerza, seguridad y motivación, aumentando su sentido de autoeficacia.

Por ejemplo:

- Por lo que dice, ha realizado un gran esfuerzo para venir hoy a la consulta. Le felicito por ello.
- Usted es una mujer con muchos recursos y una gran fortaleza que cuida de su hogar y de su familia.
- Entiendo que diariamente debe enfrentarse a muchos problemas y que eso le haga necesitar un respiro.

- Reflections- Reflejos

También, igual que lo que conocemos como feedback en Health Coaching, consiste en frases que le devolvemos al paciente que reflejan, repiten, reformulan, o expresan lo que hemos entendido de lo que el cliente ha dicho o hecho, recogiendo también su gestos, su tono de voz, su postura, es decir, su comunicación no verbal. Algunas de esas devoluciones son textuales a lo que el paciente ha dicho, o simplemente son expresadas con otras palabras. En cambio, hay otros reflejos que se basan en lo que el profesional ha deducido lo que el paciente quiere decir.

Por ejemplo:

Paciente: Me imagino que debo estar bebiendo más de lo que debería. Mi mujer me dice que he estado bebiendo más durante los últimos años.

Profesional salud: Entonces una de las cosas que ha observado es que usted está bebiendo más ahora de lo que hacía antes.

Paciente: Madre mía! Esto es horroroso. No pensaba que tuviera un problema así con mi salud o al menos no tan importante.

Profesional: Entiendo que esto no es lo que esperaba oír y puedo entender lo que le está afectando.

- Summaries- Resúmenes

Se realizan resúmenes de forma periódica de lo que se ha tratado hasta el momento. De esta manera logramos:

- Destacar lo más relevante, tanto en positivo como en negativo.
- Confirmar que hemos estado escuchando al paciente y que lo entendemos.
- Usar el resumen como medio de transición hacia otro tema.
- Desbloquear la conversación en momentos críticos.

Por ejemplo:

- Hasta ahora has comentado que estás muy preocupado por tu diabetes y por cómo puede estar afectando a tu estado de salud en general. Has intentado estabilizar tus niveles de glucosa pero te resulta muy difícil mejorar tu alimentación y tampoco te ves con ánimos de practicar actividad física. Por otro lado, también me has comentado que estos días te has notado con más energía y eso te ha hecho sentir bien y con ganas de probar alguna cosa diferente que te ayude a controlar tu diabetes. ¿Es así?

Junto con las 4 destrezas representadas en la Técnica OARS, existe una quinta habilidad, que en realidad integra las anteriores y que consiste en identificar y reforzar el discurso del cambio (Change talk) del paciente. Esto quiere decir prestar atención a las palabras del paciente que van a favor del cambio, para recuperarlas y devolvérselas, con el objetivo de reforzarlas. Esta 5ª habilidad, además de resaltar lo positivo que el paciente ya dice por si solo, también se refiere a provocar ese discurso a favor del cambio, a través de preguntas provocadoras, o de otras técnicas como el uso de la escala para valorar la importancia del cambio y la confianza en conseguirlo, técnicas que se usan también en la conversación del proceso de health coaching.



Figura 3 Técnica OARS de la Entrevista Motivacional

4. Diferencias y similitudes entre la Entrevista Motivacional y el Health Coaching

El Health Coaching (HC) y la Entrevista Motivacional (EM), no son lo mismo, pero sí que escucharemos hablar de la EM en muchas intervenciones basadas en HC, puesto que es una forma de entrevista, basada en la escucha activa y reflexiva y en la formulación de preguntas abiertas, tal y como sucede en los procesos de HC. A su vez, el coaching y la EM comparten la perspectiva acerca de cuál es el papel del profesional a la hora de favorecer la motivación para el cambio en la persona, un papel que sobretodo se dirige hacia la identificación de los valores y cómo se relacionan con el cambio deseado y el empoderamiento del paciente reconociendo sus fortalezas.

Aunque la EM y el HC tienen ambos el objetivo de conseguir el cambio de comportamiento en el paciente, o cliente, son enfoques diferentes y como tales tienen aspectos similares y otros que los diferencian. A continuación se muestran estos aspectos, según lo expone Simmons y Wolever, de la Duke University en un artículo del 2013. (Simmons, 2013)

¿Cuáles son las similitudes entre la EM y el HC?

- Ambas comparten los mismos fundamentos teóricos acerca del cambio de comportamiento y la motivación intrínseca.
- En ambas los clientes tienen autonomía para escoger y determinar sus objetivos específicos y decidir cómo los conseguirán.
- Ambas otorgan una especial relevancia a la influencia que ejerce la relación que se establece entre profesional paciente a la hora de conseguir el cambio de comportamiento de éste último.
- Ambas consideran muy importante resolver la ambivalencia y para ello exploran las posturas y las creencias de los pacientes
- Ambas usan habilidades comunicativas como el uso de preguntas abiertas, la empatía, la escucha reflexiva y el feedback de resumen.
- En ambas se trabaja con el paciente el diseño de un plan de acción para llevar a cabo el cambio.

¿Cuáles son las diferencias?

- El proceso de HC es una intervención que requiere como mínimo 6 sesiones, mientras que la EM dura 1 o 2.
- El HC es un enfoque independiente e integral que acompaña al paciente en todo su proceso de cambio, mientras que la EM se utiliza simplemente para aumentar la motivación y el compromiso con el cambio; una vez que esto se logre, sobrevienen otros enfoques. Es decir, HC acompaña al cliente a través de todo el proceso de cambio, mientras que la EM cesa una vez que se ha desarrollado un plan de acción para el cambio.
- El HC tiene una visión integral del paciente al respecto de su salud y su proceso de cambio, mientras que la EM se centra únicamente en la conducta.
- El HC ayuda a los clientes a identificar sus valores fundamentales para desarrollar una visión de sí mismo y de su salud que les lleve a un cambio sostenible en el tiempo; en cambio la EM usa los valores solo para generar discrepancia entre la situación actual y la situación deseada por el paciente.

Vistas las similitudes y las diferencias podríamos afirmar que el HC incorpora la EM en su metodología.

Como cierre de este módulo, es importante tener en cuenta los siguientes conceptos para facilitar los cambios en los hábitos de vida de los pacientes:

- Las personas realizan los cambios en su conducta solo cuando están preparados para el cambio.
- Antes de proponer cambios concretos, es importante afrontar la ambivalencia del paciente, puesto que es un elemento disuasorio al cambio conductual y puede resolverse mediante la intervención.
- El estilo del profesional, en lo que se refiere a su comunicación y su relación con el paciente, es un determinante poderoso de la resistencia, así como de la motivación, en personas que quieren hacer cambios que afectan a su estado de salud.

- Las personas atraviesan diferentes fases en su proceso de cambio y en el mantenimiento de sus modificaciones, que se corresponden con diferentes estados motivacionales. La motivación es un estado, no una característica de la personalidad del paciente.
- Son necesarias intervenciones diferentes y específicas para las personas, dependiendo de en qué fase del proceso de cambio, y por lo tanto en qué nivel de motivación, se encuentre el paciente.

5. Bibliografía

Lundahl, B. Et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2013 Nov;93(2):157-68. doi: 10.1016/j.pec.2013.07.012. Epub 2013 Aug 1.

Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.

Miller, W. R. & Rollnick, S. Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed. Paidós. (1999) Barcelona

Miller, W. R. & Rollnick, S. Motivational Interviewing in health care Ed. The Guilford Press (2008) New York

Simmons LA, Wolever RQ. Integrative Health Coaching and Motivational Interviewing: Synergistic Approaches to Behavior Change in Healthcare. *Glob Adv Gealth Med* 2013; 2 (4): 28-35.

Miller, R. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009, 37, 129-140

Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2 ; DHHS Publication No. 94-3723.) Rockville, MD: NIAAA, 1994.