
Entrevista motivacional

PID_00255172

Rosa Hernández Ribas

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 1 hora



Índice

Introducción	5
1. Elementos clave de la entrevista motivacional	7
1.1. El espíritu de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2013, 2015)	7
1.2. Los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015)	8
1.3. Las herramientas o habilidades de la entrevista motivacional: PARS (Miller y Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015)	10
2. Cómo responder a las dificultades u obstáculos (roadblocks) (Miller y Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015)	13
3. Cómo reconocer la predisposición al cambio: discurso de cambio (Miller y Rollnick, 2013, 2015)	15
4. Finalización de la entrevista (Miller y Rollnick, 2013, 2015).	16
5. Respuestas consistentes con la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2013, 2015)	17
6. Esquema y conclusiones	18
Bibliografía	19

Introducción

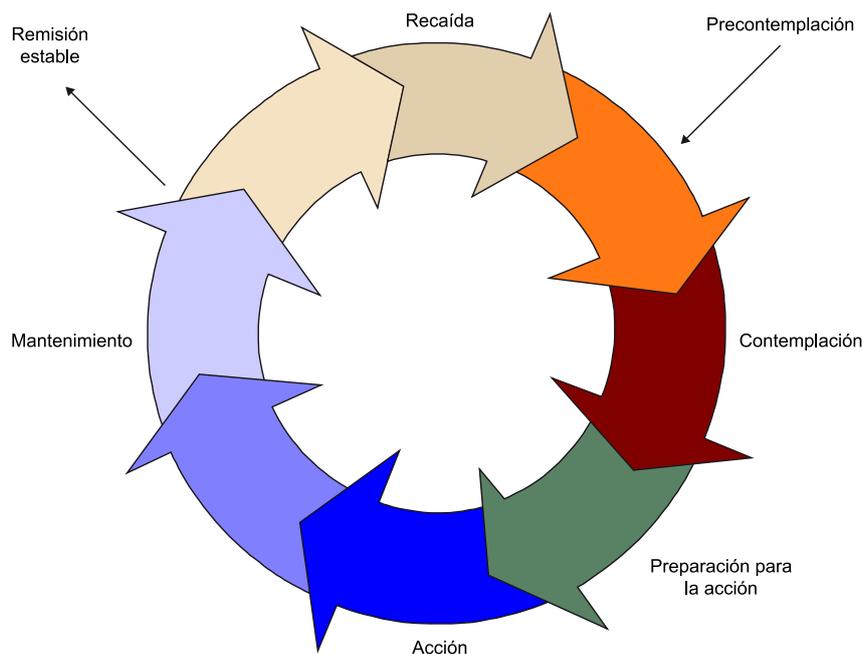
En la sociedad actual, el papel del profesional sanitario incluye la promoción global de la salud, y por esta razón es fundamental que se tengan herramientas como la entrevista motivacional (ME), que nos ayuden a abordar el cambio de estilos de vida y favorecer la consolidación de hábitos más saludables. Cuando hablamos de promoción de hábitos de salud, nos referimos a un campo cada vez más amplio en el que se incluye una dieta adecuada, el ejercicio, un sueño regular, la abstinencia de tabaco y otras drogas, el consumo de alcohol en límites de bajo riesgo y de forma muy relevante, la promoción de la adherencia terapéutica. De manera global, la baja adherencia terapéutica se relaciona con una comunicación inadecuada médico-paciente y es una causa mayor de fracaso terapéutico. La EM nos ayudará, por un lado, a mejorar las habilidades y la actitud de comunicación y, por el otro, nos facilitará estrategias de prevención y de abordaje de la baja adherencia terapéutica y otros hábitos no saludables como el consumo excesivo de alcohol. Gracias al uso de la EM, incrementaremos la probabilidad de que el paciente se adhiera y se comprometa con el proceso de tratamiento de forma global. De este modo, podemos incrementar de manera significativa nuestra efectividad como médicos.

La entrevista motivacional se caracteriza por un estilo particular de aconsejar, educar, ofrecer atención sanitaria y ayudar a las personas a cambiar.

Las bases de la EM se establecieron en 1991, cuando se hizo una descripción completa de las mismas en el libro *La entrevista motivacional: preparando a las personas para el cambio*, publicado por W. Miller y S. Rollnick. Actualmente va por su tercera edición, y constituye la guía fundamental para poder entender la EM en profundidad (Miller y Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015).

La EM surge a partir de elementos de diferentes escuelas psicológicas y, de hecho, dentro de sus principios y habilidades encontramos recursos de todas ellas. En este sentido, habría que destacar el enfoque empático de la psicología humanista de Carl Rogers, la utilización de técnicas como el balance decisional de la psicología cognitivo-conductual o la situación del paciente en una determinada fase del cambio según el **modelo transteórico del cambio** (Prochaska y DiClemente, 1986) para evaluar su progreso durante la EM. Este modelo, de otro modo denominado **rueda del cambio**, presupone que un proceso de cambio es dinámico y presenta una serie de estadios o fases que están en constante movimiento (figura 1).

Figura 1. Teoría transteórica del cambio: rueda del cambio



Precontemplación: el individuo no se plantea el cambio. **Contemplación:** el individuo se empieza a plantear qué tendría que cambiar, y se muestra más abierto a hablar sobre el cambio. **Preparación:** el individuo toma la decisión de cambiar y empieza a hacer pequeños cambios. **Acción:** se empieza el cambio. Alto nivel de compromiso personal. **Mantenimiento:** el individuo trata de conservar y consolidar el cambio y evitar la recaída. Fuente: Prochaska y DiClemente (1986).

La EM se caracteriza por un estilo de asistencia directa, sincera, centrada en el paciente y no en la enfermedad, que pretende generar un cambio en el comportamiento ayudando a resolver ambivalencias. La **ambivalencia** es aquel estado mental en el que una persona tiene sentimientos y/o pensamientos contrapuestos respecto al cambio, es decir, tiene al mismo tiempo razones a favor del cambio y razones para continuar sin cambiar. De hecho, la EM sitúa la ambivalencia en el proceso de cambio normal, y la considera uno de los pasos fundamentales para que el cambio se pueda desarrollar.

Ejemplo de ambivalencia

Por un lado sé que tendría que apuntarme a inglés, que sería importante para mi trabajo y me sentiría más seguro en las reuniones, pero por otro lado ya tengo suficientes cosas y voy bastante cansado y no sé cómo compaginarlo con los horarios de mis hijos.

Miller y Rollnick (2015) dan la siguiente definición de EM: «Estilo de comunicación colaborativo y orientado a uno o varios objetivos que pone especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para reforzar la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmósfera de aceptación y de compasión».

El flujo de la EM avanza a través de **cuatro procesos** que conviven y se solapan, y que se definen por cuatro infinitivos: **vincular, enfocar, evocar y planificar**. De este modo, para que la EM fluya será fundamental establecer un vínculo terapéutico (vincular), unos objetivos de cambio (enfocar), recibir el máximo de información del paciente (evocar) y, finalmente, negociar y decidir el plan de actuación (planificar).

1. Elementos clave de la entrevista motivacional

La EM busca el establecimiento de un contexto de relación interpersonal que en sí mismo favorece el cambio, y que se basa en el denominado espíritu motivacional y sigue unos principios fundamentales. Aparte, la EM consta de una serie de habilidades que, guiadas por la actitud adecuada, incrementarán la probabilidad de que el paciente inicie y continúe adherido a una determinada estrategia de cambio.

1.1. El espíritu de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2013, 2015)

Cuando hablamos del espíritu motivacional nos referimos a la perspectiva subyacente a la técnica, a la actitud que debería tener el profesional que la practica. Véase el archivo adjunto: «Un caso real de valoración pretrasplante hepático ortotópico».

Se distinguen **cuatro elementos clave** dentro de este espíritu: colaboración, aceptación, compasión y evocación.

1) La **colaboración** entendida como un respeto absoluto por el otro, como una manera de activar su motivación y sus propios recursos para el cambio. La EM no se hace «a», sino que se hace «por» y «con» la persona. **Cada individuo es el mayor experto en sí mismo** y solo desde la **confianza y el trabajo conjunto** podremos favorecer que encuentre su estilo de cambio.

2) La **aceptación** entendida como **una actitud abierta, libre de prejuicios, sin juzgar, sin aprobar o desaprobar la conducta del otro**, considerada como un estilo de comunicación para favorecer el cambio. Esta actitud incluye el reconocimiento del valor absoluto y el potencial inherente a todo ser humano; si como terapeutas pensamos y creemos que la persona puede cambiar, el cambio será más probable. La aceptación solo será posible desde la **empatía**, que implica el interés profundo y real en entender al otro y su perspectiva, dejando de lado nuestra perspectiva personal. Además, para que la aceptación sea completa, será fundamental afirmar al paciente. Finalmente, pondremos especial énfasis en el respeto a la **autonomía del paciente**. Esto significa que será el paciente quien decida lo que quiere hacer. No utilizaremos medidas de presión ni de control, ni llevaremos a cabo ninguna prescripción sin haber pedido permiso y hablado de las posibles alternativas (incluido no hacer tratamiento si no quiere). Promoviendo la autonomía y libertad de elección del otro, se estará favoreciendo directamente el cambio.

Ved también

El concepto de afirmar al paciente se trata en el subapartado 1.3, «Las herramientas o habilidades de la entrevista motivacional: PARS», de este módulo didáctico.

Ejemplo: caso clínico

Laia es una paciente de 32 años que tiene una enfermedad de Crohn ileal de debut con actividad moderada. Ha quedado asintomática después de una primera dosis de corticoides. Necesitaría inmunomoduladores porque es una paciente joven y tiene un grado de estenosis moderado. Cuando se lo proponemos, se niega. Usando herramientas de entrevista motivacional, explica que lleva toda la vida viajando, que es diseñadora y tiene que regresar a la India en dos meses porque acaba de iniciar un negocio de ropa con unos socios argentinos. Una vez que le explican riesgos y beneficios, decidimos conjuntamente con ella que le dejaremos un correo electrónico y un teléfono de contacto y que dejará el billete de avión de vuelta abierto. Acepta también que le enseñemos cómo tiene que usar los corticoides. Acordamos que si le pasa algo que parezca un brote, contactará con nosotros, empezará el tratamiento con corticoides y volverá a la consulta rápidamente si presenta síntomas graves.

3) La **compasión** entendida como la promoción activa del bienestar del otro y la priorización de sus necesidades, y no como la pena o lástima por su sufrimiento.

4) La **evocación** entendida como la creencia en que toda persona posee aquello que favorece su propio cambio. Uno de los objetivos del terapeuta será evocar estos recursos propios y activarlos para iniciar el cambio. Cada persona tendrá sus propias razones para cambiar, y si conseguimos evocarlas, su potencia favorecedora del cambio será mucho mayor que la de cualquier razón que le podamos dar desde nuestra perspectiva.

1.2. Los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015)

La EM se guía por cuatro principios fundamentales:

1) **Expresar empatía:** la empatía se define como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de entender cuáles son sus sentimientos y motivaciones. Implica respeto, apoyo, calidez, comprensión y compromiso. En nuestro caso, el objetivo es entender en profundidad lo que siente y quiere el paciente. Por eso, utilizaremos la escucha reflexiva. En EM, escucharemos lo que nos dice el paciente y recogeremos su perspectiva.

2) **Crear la discrepancia:** favorecer que el paciente descubra la distancia que existe entre su conducta actual y sus propios objetivos personales. La motivación por el cambio aumenta cuando la persona percibe una discrepancia entre dónde está y dónde quiere estar. La comunicación empática fomenta que el paciente hable de sí mismo y de sus experiencias, y el terapeuta espera la oportunidad de recoger y enfatizar alguna incongruencia entre lo que el cliente afirma sobre sí mismo y el comportamiento que exhibe, con la esperanza de que se pregunte si tendría que cambiar algo.

Ved también

El concepto de la escucha reflexiva se trata en el subapartado 1.3, «Las herramientas o habilidades de la entrevista motivacional: PARS», de este módulo didáctico.

Ejemplo: caso clínico

Paciente de 56 años que no cumple correctamente la dieta y las pautas de tratamiento aconsejadas por su insuficiencia hepática, y tiene que reingresar repetidamente por descompensaciones ascíticas y encefalopatías. Por mucho que se le insista en que si sigue así se morirá, el paciente no cambia su conducta. El médico quiere ayudar a mejorar la evolución de la enfermedad y decide abordar el caso de forma diferente. Utilizando la comunicación empática y las técnicas propias de la EM, el terapeuta explora cuáles son las cosas importantes para el paciente. El paciente explica que su vida le da igual, que su familia es lo más importante y habla de su hija. Dice que la hija se casará el próximo año. El terapeuta explora más este aspecto. El paciente dice que es importante para él estar presente en la boda de su hija, que no se perdonaría estropearle el día, y en aquel momento calla, el terapeuta respeta su silencio, el paciente finalmente dice que quizá se tendría que cuidar más para poder ir a la boda. Entonces le pregunta al terapeuta qué debería hacer para llevar una dieta más adecuada. El paciente ha discrepado entre sus objetivos a medio plazo y la conducta que está llevando a cabo en este momento.

3) Fomentar la autoeficacia: la probabilidad del cambio aumenta cuando el terapeuta y el paciente creen realmente que este es posible. La profecía auto-completa dice que si el terapeuta piensa que el paciente no cambiará, la probabilidad real de que cambie será muy baja. Será responsabilidad del terapeuta evocar los **recursos propios del paciente**, es decir, explorar sus capacidades y fortalezas, que pueden ser fundamentales para hacer frente a este cambio. Igualmente, es importante decidir con el paciente cuál sería la mejor manera de llevar a cabo el cambio, porque cada uno tiene su estilo de funcionamiento diferencial.

En general, utilizar la afirmación puede ser una buena estrategia para fomentar la autoeficacia.

4) Evitar y abordar la discordancia: el paciente puede decidir mantener su conducta actual y no cambiar, lo que se puede hacer evidente en su lenguaje, emitiendo lo que se denomina discurso de mantenimiento. El terapeuta motivacional tiene que aceptar y reconocer este discurso de mantenimiento, que no hace más que reflejar las razones en contra del cambio que forman parte de la ambivalencia. Para favorecer el cambio, los profesionales tienen que dejar clara la libertad de elección del paciente y, al mismo tiempo, explorar la otra parte de la ambivalencia, es decir, las motivaciones internas a favor del cambio para intentar incrementar la probabilidad de cambio.

La EM nos muestra que si confrontamos al paciente, si discutimos con él, no haremos más que reforzar el mantenimiento, el no cambio, y favoreceremos la aparición de la discordancia, entendida como la pérdida de armonía de la relación terapéutica.

Ved también

La comunicación empática y las técnicas propias de la EM se tratan en el subapartado 1.3, «Las herramientas o habilidades de la entrevista motivacional: PARS», de este módulo didáctico.

Ved también

El concepto de autoeficacia se trata en el subapartado 1.3, «Las herramientas o habilidades de la entrevista motivacional: PARS», de este módulo didáctico.

Ved también

Las motivaciones internas a favor del cambio se tratan en el apartado 2, «Cómo responder a las dificultades u obstáculos (*roadblocks*)», de este módulo didáctico.

1.3. Las herramientas o habilidades de la entrevista motivacional: PARS (Miller y Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015)

Son los recursos comunicativos propios de la EM, y se pueden recordar con el acrónimo PARS (OARS en inglés):

- **P:** preguntas abiertas.
- **A:** afirmaciones.
- **R:** reflejos (escucha reflexiva).
- **S:** resumen.

1) P: preguntas abiertas

Son aquellas que abren el campo, que no se pueden responder con un sí o un no. Una pregunta abierta invita al paciente a pensar e intenta evitar las respuestas automáticas.

Ejemplos

- ¿Me puedes explicar un poco más cómo te sientes?
- De todo lo que me has explicado, ¿cuáles serían las razones más importantes para dejar de beber?
- ¿Cómo crees que te puedo ayudar?

2) A: afirmaciones

Afirmar es acentuar, buscar y reconocer las capacidades y los esfuerzos del paciente para el cambio para poderlos hacer evidentes durante la conversación.

Se tiene que hacer siempre de forma genuina, no podemos valorar lo que no apreciamos realmente. Evitaremos también poner énfasis en lo que consideramos negativo. Mediante escucha activa, tenemos que buscar las actitudes y aptitudes positivas que ha presentado o presenta el paciente, para retornarlas y hacerlas evidentes durante la conversación. Podemos buscar la autoafirmación, por ejemplo, preguntándole directamente al paciente cuáles son sus «puntos fuertes» o habilidades en relación con el manejo de la enfermedad o en general. También hay que enmarcar lo que ha pasado desde una óptica positiva, y reforzar los esfuerzos del paciente. Afirmando se hará que el paciente gane en fuerza y en seguridad, y se conseguirá incrementar en última instancia la sensación de autoeficacia.

Ejemplos

- Entiendo que no te ha sido fácil explicarme todo esto, gracias por el esfuerzo que has hecho.
- Por lo que me explicas, veo que eres una persona con muchos recursos, que ha superado situaciones muy complejas.

- ¿Me podrías decir cuáles son tus puntos fuertes en el trabajo?
- Me dices que estás triste porque esta semana has bebido dos días, pero para mí esta semana has dado un paso adelante porque has estado 5 días sin beber. ¿Te das cuenta de que hace solo un mes bebías cada día?

3) R: escucha reflexiva

El elemento crucial de la escucha reflexiva es aquello que el entrevistador dice en respuesta a lo que plantea el entrevistado.

Para llevar a cabo la escucha reflexiva, el terapeuta tendrá que evitar juzgar y/o confrontar al paciente o darle soluciones sin preguntar, y deberá escuchar qué le preocupa al paciente (ved la figura 2, en la que se especifican los 12 obstáculos, o *roadblocks*, que definió Thomas Gordon).

Figura 2. Los 12 obstáculos (*roadblocks*) de Thomas Gordon

El terapeuta motivacional debería evitar
1. Ordenar, dirigir o encargar.
2. Alertar o amenazar.
3. Dar consejo, hacer sugerencias o sugerir soluciones.
4. Persuadir con lógica, discusión o enseñanza.
5. Moralizar, o decir a los pacientes lo que “tendrían que hacer”.
6. Estar en desacuerdo, juzgar, criticar o culpabilizar.
7. Estar de acuerdo, aprobar o rogar.
8. Culpabilizar, ridiculizar o etiquetar.
9. Interpretar o analizar.
10. Reafirmar, simpatizar o consolar.
11. Cuestionar o poner a prueba.
12. Retirarse, distraerse, bromear o cambiar de tema.

Fuente: Miller y Rollnick (1991, 1999, 2013 y 2015).

La escucha reflexiva **implica responder a quien habla con una afirmación**, y no con una pregunta. Se basa en el uso de reflejos y consiste en retornar al paciente frases que ha dicho, ya sea de forma textual, repitiendo las últimas palabras, o bien reformulándolas, cambiándolas ligeramente. También podemos reflejar lo que pensamos que quería decir el paciente o lo que pensamos que siente. Podemos retornar no solo aquello que nos transmite verbalmente,

sino también aquella información que recibimos de la comunicación no verbal, como el tono o la postura (véase el archivo adjunto: «La comunicación no verbal»). Este estilo de respuesta es una conjetura sobre lo que ha querido decir, y tiene como objetivo que el paciente siga desarrollando lo que nos explicaba, que se sienta cómodo para ampliar la información.

Ejemplos

1) **Paciente:** mi mujer dice que ahora bebo más.

Profesional: tu mujer.

2) **Paciente:** mi mujer dice que ahora bebo más. Supongo que tiene razón.

Profesional: así pues, últimamente has aumentado lo que bebías.

3) **Paciente:** ¿puedes ayudarme a dejar de fumar?

Profesional: para ti es importante dejar de fumar.

4) **Paciente:** es que este año lo veo todo negro.

Profesional: estás triste.

5) **Paciente:** mi marido es un exagerado, dice que si continúo fumando de este modo me moriré.

Profesional: tu marido está preocupado por tu manera de fumar.

4) S: sumarios

De forma periódica, se llevan a cabo **resúmenes** de lo que se ha tratado, con diferentes objetivos, como mostrar que se ha escuchado y entendido, destacar lo más importante, reflejar la ambivalencia y guiar la conversación para favorecer el objetivo terapéutico. Resumir es, en definitiva, encadenar varios reflejos para invitar al paciente a seguir reflexionando respecto al cambio. En ocasiones, un resumen puede servir de transición entre varias tareas, para cerrar una y empezar otra.

Ejemplos

- Por lo que me has explicado, entiendo que estás preocupado por tu peso, pero que con el ritmo que llevas en el trabajo te resulta difícil encontrar el tiempo para hacer ejercicio y cuando llegas a casa no tienes ganas de cocinar y muchas veces te comes un bocadillo. Por otro lado, me dices que en este último mes has estado haciendo algunos cambios en tu dieta, como no tomar galletas ni cerveza durante la semana, y que gracias a esto te sientes algo mejor.
- En esta visita, hemos estado reflexionando sobre las razones a favor y no tan a favor de hacer una dieta. Me dices que sabes que te costará, pero que sería bueno que lo intentaras y que piensas que este mes estarás tranquilo y que quizá podrías empezar ya. Así pues, ¿te parece bien que te explique qué opciones hay?

2. Cómo responder a las dificultades u obstáculos (*roadblocks*) (Miller y Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015)

A veces, podemos encontrarnos con un paciente complejo, que prefiere no cambiar su conducta, que duda de nuestro criterio, que no está de acuerdo con nosotros o bien que minimiza su problema de salud. La utilización de un abordaje que sea coherente con la EM, donde predomine la escucha reflexiva y el respeto, puede ayudarnos a afrontar estas situaciones. En la primera edición del libro sobre la EM, se hablaba de un paciente resistente cuando este hacía cualquier movimiento que lo alejaba del cambio o cuando no se vinculaba con el terapeuta para iniciar una estrategia de cambio. El término resistencia puede generar impresiones erróneas, puesto que trasladamos al paciente la responsabilidad de no cambiar y estamos subestimando el papel del terapeuta al respecto. En la EM, es fundamental que se establezca un vínculo terapéutico, una relación personal terapeuta-paciente y, tal y como hemos explicado previamente, el papel del terapeuta es fundamental. Por esta razón, en la tercera edición del manual el término *resistencia* fue sustituido por dos conceptos: el *discurso de mantenimiento* y la *discordancia*.

El discurso de mantenimiento se centra en la conducta o cambio objetivo, mientras que la discordancia hace referencia a la relación terapeuta-paciente.

El discurso de mantenimiento refleja el lado de la ambivalencia no favorable al cambio, y es normal que aparezca en la entrevista. Así, según la nueva perspectiva de la EM, cuando un paciente no se muestra motivado para cambiar, trabajaremos para encontrar las razones a favor de cambiar. Para recoger y responder a este discurso de mantenimiento, podemos utilizar la escucha reflexiva, matizar y/o volver a enmarcar alguna parte del relato del paciente, o bien enfatizar su autonomía.

Ejemplos

1) **Paciente:** el alcohol no es un problema para mí.

Profesional: el alcohol no te ha causado problemas.

2) **Paciente:** es cierto que no quiero hacer dieta.

Profesional: ya sabes que la decisión es tuya, nadie te obligará a hacerla.

La **discordancia** se define como la **falta de armonía** en la relación terapéutica. La podemos reconocer cuando el paciente empieza a defenderse, se enfrenta con nosotros, nos interrumpe constantemente o se desconecta de la conversación. Cuando el terapeuta detecta discordancia, tendría que actuar para devolver la armonía a la relación y reforzar el vínculo terapéutico. Para responder a la discordancia, el terapeuta puede utilizar las mismas técnicas que en el discurso de mantenimiento u otras como disculparse o afirmar al paciente.

Ejemplos

1) **Paciente:** usted no ha escuchado nada de lo que le he dicho, ¿verdad?

Profesional: siento mucho haberle dado esta impresión. Parece que no lo he entendido bien. ¿Le importaría que lo volviéramos a intentar?

2) **Paciente:** puedo dejar de fumar solo, no hace falta que me ayude.

Profesional: cuando usted decide una cosa, la lleva a cabo.

Actividad

A continuación, os adjuntamos un enlace para un vídeo que utilizaremos para ver en la práctica algunas de las estrategias hasta ahora comentadas. Este vídeo se llama «Cómo lidiar con la resistencia del paciente».

El HC es un tipo de intervención sobre la salud que comparte muchos elementos con la EM, entre ellos, la empatía, la escucha reflexiva, la evocación, el énfasis en la autonomía y el empoderamiento del paciente.

En el vídeo, se recogen 3 situaciones en las que el paciente manifiesta un discurso de mantenimiento en terminología EM (resistencia en HC). Vemos que el terapeuta le responde primero en método tradicional (informativo y paternalista), y después utilizando un abordaje colaborativo con estrategias que son comunes al HC y a la EM. Os invitamos a observar cómo la manera en que responde el terapeuta puede incrementar o disminuir la probabilidad de cambio y/o favorecer la aparición de discordancia. Vemos cómo en la versión colaborativa del HC prima la empatía, la evocación y el interés profundo en conocer la opinión del paciente y sus dificultades, dándole por lo tanto voz en el proceso de cambio y tratamiento. Os invitamos a que reconozcáis en el método HC los elementos propios del espíritu motivacional (colaboración, aceptación, compasión y evocación), y el uso de estrategias PARS.

3. Cómo reconocer la predisposición al cambio: discurso de cambio (Miller y Rollnick, 2013, 2015)

Durante el desarrollo de la EM, se tiene que estar atento a la aparición del denominado *discurso de cambio*, que se define como cualquier expresión por parte del paciente que constituya un argumento propio para el cambio.

Este lenguaje de cambio refleja la parte de la ambivalencia que está a favor del cambio, en contraposición a la contenida en el discurso de mantenimiento. Durante la entrevista, tenemos que ser conscientes de que los dos discursos convivirán, puesto que son el reflejo de las dos partes naturales de la ambivalencia. **El objetivo del terapeuta motivacional será incrementar el porcentaje de discurso de cambio** respecto al de mantenimiento, y para hacerlo continuará utilizando las PARS: reflejando, apoyando, resumiendo o elaborando el discurso de cambio.

Ejemplos

1) **Paciente:** quizá tendría que apuntarme al gimnasio.

Profesional: realmente estás pensando en empezar a hacer ejercicio.

2) **Paciente:** para mí es importante dejar de fumar.

Profesional: quieres dejar de fumar. ¿Cómo crees que te puedo ayudar?

3) **Paciente:** hace un día que no pruebo ni una cerveza.

Profesional: felicidades. Llevas un día abstinentes. ¿Y cómo ha ido?

4. Finalización de la entrevista (Miller y Rollnick, 2013, 2015)

Antes de finalizar la entrevista, es muy importante que se pueda establecer un plan de actuación. Hay una serie de pasos fundamentales para garantizar un cierre de la entrevista que favorezca realmente el inicio de la estrategia de cambio. Estos pasos son:

- 1) **Recapitulación:** resumir de forma amplia la situación actual, recogiendo la ambivalencia y el discurso de cambio.
- 2) **Realización de preguntas clave:** preguntas abiertas con el objetivo de determinar el camino que hay que seguir.
- 3) **Información:** explicar, siempre pidiendo permiso, el menú de opciones terapéuticas existente.
- 4) **Negociación del plan de cambio:** establecer prioridades y objetivos escalonados que tienen que ser consensuados con el paciente.

5. Respuestas consistentes con la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2013, 2015)

Durante toda la entrevista, aparte de utilizar las PARS, el terapeuta tiene que ser consciente de qué tipo de respuestas da al paciente, y es fundamental que la actuación global sea consistente con el espíritu motivacional.

Se consideran respuestas consistentes con la EM:

1) **Pedir permiso** antes de informar o dar consejo o de prescribir un tratamiento.

Ejemplo

Paciente: me gustaría perder peso, pero no sé por dónde empezar.

Profesional: si te parece bien, te puedo explicar de qué opciones disponemos para ayudarte a disminuir peso.

2) **Afirmar y mostrar compasión** en lugar de confrontar.

Ejemplo

Paciente: es un desastre, con todo el esfuerzo que he hecho para dejar de fumar y solo lo he reducido a la mitad.

Profesional: realmente veo que has hecho un esfuerzo importante. A pesar de que te ha costado mucho, has disminuido en un 50 % lo que fumas. Quizá te podríamos ayudar a no pasarlo tan mal. ¿Cómo lo ves?

3) **Enfatizar la autonomía** del paciente y acompañarlo en lugar de dirigirlo o darle órdenes.

Ejemplo

Profesional: de todas las opciones terapéuticas que hemos comentado, ¿cuál crees que sería la mejor para ti?

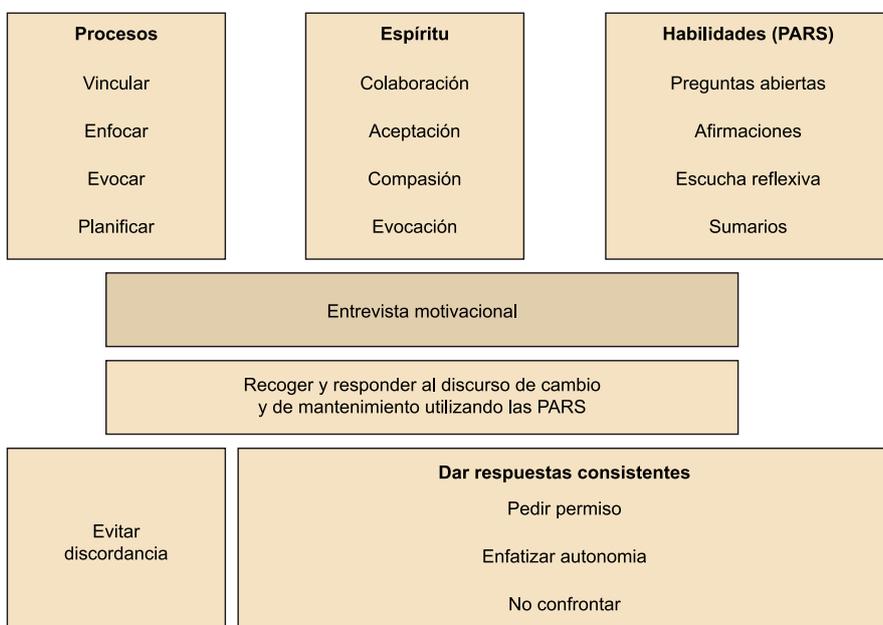
Paciente: ¿es importante lo que yo piense?

Profesional: claro que sí, tú eres el elemento central del tratamiento, y contigo tenemos que diseñar el plan de actuación.

6. Esquema y conclusiones

Como resumen final, podríamos decir que la entrevista motivacional constituye una forma especial de conversar sobre el cambio, que se basa en un espíritu de respeto, colaboración y aceptación. La EM utiliza una serie de habilidades o técnicas (PARS) para conseguir evocar el máximo de información sobre el proceso de cambio del paciente, con el fin de trabajar las ambivalencias que este pueda tener. De este modo, recogeremos y responderemos al paciente, intentando evitar la discordancia y teniendo siempre presente no confrontarlo, pedirle permiso antes de prescribir y enfatizar su autonomía para decidir (figura 3).

Figura 3. Esquema de la entrevista motivacional



Bibliografía

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour* (1.ª ed.). Nueva York: The Guildford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas* (1.ª ed.). Barcelona: Paidós.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3.ª ed.). Nueva York: The Guildford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar* (3.ª ed.). Barcelona: Paidós.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. En W. R. Miller, N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviours: Processes of change*. Nueva York: Plenum Press.

