
Entrevista motivacional

PID_00255168

Rosa Hernández Ribas

Temps mínim de dedicació recomanat: 1 hora



Índex

Introducció.....	5
1. Elements clau de l'entrevista motivacional.....	7
1.1. L'esperit de l'entrevista motivacional	7
1.2. Els principis de l'entrevista motivacional	8
1.3. Les eines o habilitats de l'entrevista motivacional: PARS	9
2. Com respondre a les dificultats o obstacles.....	13
3. Com reconèixer la predisposició al canvi: discurs de canvi....	15
4. Acabament de l'entrevista.....	16
5. Respostes consistents amb l'entrevista motivacional.....	17
6. Esquema i conclusions.....	18
Bibliografia.....	19

Introducció

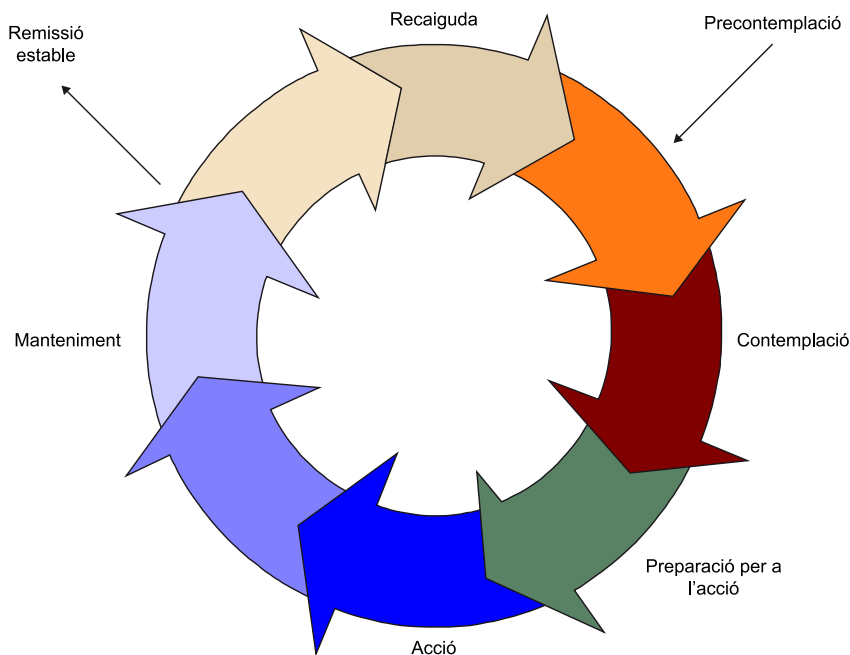
Actualment, el paper del professional sanitari inclou la promoció global de la salut. Per aquesta raó és fonamental disposar d'eines com l'entrevista motivacional (EM), que ens pot ajudar a abordar el tema del canvi d'estil de vida i a afavorir la consolidació d'hàbits més saludables. Quan parlem de promoció d'hàbits de salut, ens referim a un camp cada cop més ampli on s'inclou una dieta adequada, l'exercici, un son regular, l'abstinència de tabac i altres drogues, un consum d'alcohol en límits de baix risc i, especialment, la promoció de l'adherència terapèutica. Generalment, la baixa adherència terapèutica es relaciona amb una comunicació inadequada metge-pacient i és una causa major de fracàs terapèutic. L'EM ens ajudarà, per una banda, a millorar les habilitats i l'actitud de comunicació, i, per l'altra, ens facilitarà estratègies de prevenció i d'abordatge de la baixa adherència terapèutica i d'altres hàbits no saludables com el consum excessiu d'alcohol. Gràcies a l'ús de l'EM, incrementarem la probabilitat que el pacient s'adhereixi i es compromet amb el procés de tractament de manera global. Així podrem incrementar significativament la nostra efectivitat com a metges.

L'entrevista motivacional es caracteritza per una manera particular d'aconsellar, educar, oferir atenció sanitària i ajudar a les persones a canviar.

Les bases de l'EM es van establir al 1991, quan se'n va fer una descripció completa en el llibre *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*, de W. Miller i S. Rollnick. Actualment ja se n'ha fet la tercera edició i constitueix la guia fonamental per poder entendre l'EM en profunditat (Miller i Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015).

L'EM sorgeix a partir de diversos elements de diferents escoles psicològiques i, de fet, en els seus principis i habilitats, trobem recursos que provenen de totes elles. En aquest sentit, caldria destacar l'enfocament empàtic de la psicologia humanista de Carl Rogers, la utilització de tècniques com el balanç decisonal de la psicologia cognitivoconductual o la situació del pacient en una determinada fase del canvi segons el **model transteorètic del canvi** (Prochaska i DiClemente, 1986) per a avaluar el seu progrés durant l'EM. Aquest model, també anomenat **roda del canvi** entén que els processos de canvi són dinàmics i que presenten una sèrie d'estadis o fases que estan en moviment constant (figura 1).

Figura 1. Teoria transteorètica del canvi: roda del canvi



Precontemplació: L'individu no es planteja el canvi. **Contemplació:** L'individu es comença a plantejar que hauria de canviar i es mostra més obert a parlar sobre el canvi. **Preparació:** L'individu pren la decisió de canviar i comença a fer petits canvis. **Acció:** L'individu comença el canvi. Hi ha un alt nivell de compromís personal. **Manteniment:** L'individu tracta de conservar i consolidar el canvi i evitar la recaiguda. Font: Prochaska i DiClemente (1986).

L'EM es caracteritza per un estil d'assistència directa, sincera, centrada en el pacient i no en la malaltia, que pretén generar un canvi en el comportament mitjançant la resolució d'ambivalències. L'**ambivalència** és l'estat mental en què una persona té sentiments i/o pensaments contraposats respecte el canvi, és a dir, té al mateix temps raons a favor del canvi i raons per continuar sense canviar. De fet, l'EM situa a l'ambivalència en el procés de canvi normal i la considera un dels passos fonamentals perquè el canvi pugui dur-se a terme.

Exemple d'ambivalència

Per una banda sé que hauria d'apuntar-me a anglès, que seria important per la meua feina i em sentiria més segur a les reunions, però d'altra banda ja tinc prou coses i vaig prou cansat i no sé com compaginar-ho amb els horaris dels meus fills.

Miller i Rollnick (2015) fan la següent definició de l'entrevista motivacional: «Estil de comunicació col·laboratiu i orientat a un o diversos objectius que posa especial atenció al llenguatge del canvi. Està dissenyada per reforçar la motivació personal i el compromís amb un objectiu concret, mitjançant la suscitant i l'exploració dels motius que té la pròpia persona per canviar, en una atmosfera d'acceptació i de compassió».

El flux de l'EM avança a través de **quatre processos** que conviuen i se solapen i que definim per mitjà de quatre infinitius: **vincular, enfocar, evocar i planificar**. Així, perquè l'EM flueixi, serà fonamental establir un vincle terapèutic (vincular), uns objectius de canvi (enfocar), rebre el màxim d'informació del pacient (evocar) i finalment negociar i decidir el pla d'actuació (planificar).

1. Elements clau de l'entrevista motivacional

L'EM cerca l'establiment d'un context de relació interpersonal que, per si mateix, ja afavoreix el canvi. Es basa en l'anomenat esperit motivacional i segueix una sèrie de principis fonamentals. A part, l'EM consta d'una sèrie d'habilitats que, guiades per l'actitud adequada, incrementaran la probabilitat que el pacient iniciï i continuï adherit a una determinada estratègia de canvi.

1.1. L'esperit de l'entrevista motivacional

Quan parlem de l'esperit motivacional (Miller i Rollnick, 2013, 2015) ens referim a la perspectiva subjacent a la tècnica, a l'actitud que hauria de tenir el professional que la practica (vegeu l'arxiu adjunt: «Un cas real de valoració pre-trasplantament hepàtic ortotòpic»).

Es distingeixen **quatre elements clau** dins d'aquest esperit: la col·laboració, l'acceptació, la compassió i l'evocació.

1) La **col·laboració** s'entén com un respecte absolut per l'altre, com una manera d'activar la seva motivació i els seus propis recursos per al canvi. L'EM no es fa *a* algú, sinó que es fa *per a* i *amb* la persona. **Cada individu és el més gran expert en si mateix**, i només des de la **confiança** i el **treball conjunt** podrem afavorir que trobi el seu estil de canvi.

2) L'**acceptació** s'entén com una **actitud oberta, lliure de prejudicis, que no emet judicis, ni aprova o desaprova la conducta de l'altre**, i es considera un estil de comunicació per a afavorir el canvi. Aquesta actitud inclou el reconeixement del valor absolut i el potencial inherents a tot ésser humà. Si com a terapeutes pensem i creiem que la persona pot canviar, el canvi serà més probable. L'acceptació només serà possible des de l'**empatia**, que implica l'interès profund i real en entendre la perspectiva de l'altre tot deixant de banda la nostra perspectiva personal. A més, perquè l'acceptació sigui completa serà fonamental afirmar al pacient. Finalment, cal posar èmfasi en el respecte a l'**autonomia del pacient**. Això significa que serà el pacient qui decideixi el que vol fer. No utilitzarem mesures de pressió ni de control ni farem cap prescripció sense haver demanat permís ni parlat de les possibles alternatives (fins i tot la possibilitat de no fer el tractament). Promovent l'autonomia i llibertat d'elecció de l'altre, s'estarà afavorint el canvi.

Vegeu també

El concepte d'afirmació del pacient es tracta al subapartat 1.3. «Les eines o habilitats de l'entrevista motivacional: PARS» d'aquest mòdul didàctic.

Exemple: cas clínic

La Laia és una pacient de 32 anys que té una malaltia de Crohn ileal de debut amb activitat moderada. Ha quedat asimptomàtica després d'una primera dosi de corticoides. Li caldrien immunomoduladors perquè és una pacient jove i perquè té un grau d'estenosi moderat. Quan li ho proposem, s'hi nega. Fem servir eines d'entrevista motivacional, i aleshores explica que porta tota la vida viatjant, que és dissenyadora i que se n'ha de

tornar a l'Índia d'aquí a dos mesos perquè acaba d'engegar un negoci de roba amb uns socis argentins. Li expliquem els riscos i els beneficis, i aleshores decidim conjuntament amb ella que li deixarem un mail i un telèfon de contacte i que deixarà el bitllet d'avió de tornada obert. Accepta també que li ensenyem com ha de fer servir els corticoides. Quedem que si li passa alguna cosa que sembli un brot contactarà amb nosaltres i començarà el tractament amb corticoides, i que, si té símptomes greus, tornarà a la consulta ràpidament.

3) La **compassió** s'entén, no com la pena o llàstima pel patiment de l'altre, sinó com la promoció activa del seu benestar i la prioritització de les seves necessitats.

4) L'**evocació** s'entén com el convenciment que tota persona posseeix allò que afavoreix el seu propi canvi. Un dels objectius del terapeuta serà evocar aquests recursos propis i activar-los per a iniciar el canvi. Cada persona tindrà les seves pròpies raons per canviar, i, si aconseguim evocar-les, la seva potència afavoridora del canvi serà molt més gran que la de qualsevol raó que li puguem donar des de la nostra perspectiva.

1.2. Els principis de l'entrevista motivacional

L'entrevista motivacional es basa en quatre principis fonamentals (Miller i Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015):

1) **Expressar empatia:** L'empatia es defineix com la capacitat de posar-se en el lloc de l'altre, d'entendre quins són els seus sentiments i motivacions. Implica respecte, suport, calidesa, comprensió i compromís. En el nostre cas, l'objectiu és entendre amb profunditat allò que sent i vol el pacient. Per això utilitzarem l'escolta reflexiva. En l'EM escoltarem allò que ens diu el pacient i recollirem la seva perspectiva.

2) **Crear la discrepància:** Afavorir que el pacient descobreixi la distància que hi ha entre la seva conducta actual i els seus objectius personals. La motivació pel canvi augmenta quan la persona percep una discrepància entre el lloc on és i el lloc on vol ser. La comunicació empàtica fomenta que el pacient parli de si mateix i de les seves experiències, i el terapeuta espera l'oportunitat de recollir i emfatitzar alguna incongruència entre el que el client afirma sobre si mateix i el comportament que exhibeix, amb l'esperança que es preguntí si hauria de canviar alguna cosa.

Exemple: cas clínic

Pacient de 56 anys que no compleix correctament la dieta ni les pautes de tractament aconsellades per a la seva insuficiència hepàtica i ha de reingressar repetidament per descompensacions ascítiques i encefalopaties. Per més que se li insisteix que si segueix així es morirà, el pacient no canvia la seva conducta. El metge vol ajudar a millorar l'evolució de la malaltia i decideix abordar el cas de manera diferent. Mitjançant la comunicació empàtica i les tècniques de l'EM, el terapeuta explora quines són les coses importants per al pacient. El pacient explica que la seva vida tant li fa, que la seva família és el més important i parla de la seva filla. Diu que la filla es casarà l'any vinent. El terapeuta explora més aquest aspecte. El pacient diu que per a ell és important ser al casament de la seva filla, que no es perdonaria espatllar-li el dia. En aquest moment, el pacient calla, el terapeuta respecta el seu silenci, i finalment el pacient diu que potser s'hauria de cuidar més per poder anar al casament. Llavors pregunta al terapeuta com ho hauria de fer per

Vegeu també

El concepte d'escolta reflexiva es tracta al subapartat 1.3. «Les eines o habilitats de l'entrevista motivacional: PARS» d'aquest mòdul didàctic.

Vegeu també

La comunicació empàtica i les tècniques pròpies de l'EM es tracten al subapartat 1.3. «Les eines o habilitats de l'entrevista motivacional: PARS» d'aquest mòdul didàctic.

fer una dieta més adequada. El pacient ha pres consciència de la discrepància entre els seus objectius a mig termini i la conducta que està portant a terme en aquest moment.

3) Fomentar l'autoeficàcia: La probabilitat del canvi augmenta quan el terapeuta i el pacient realment creuen que és possible. La teoria de la profecia autocomplerta diu que si el terapeuta pensa que el pacient no canviarà, la probabilitat real que canviï serà molt baixa. Serà, doncs, responsabilitat del terapeuta evocar els **recursos propis del pacient**, és a dir, explorar les seves capacitats i fortaleces, que poden ser fonamentals per al canvi. Igualment és important decidir amb el pacient quina seria la millor manera de dur a terme el canvi, perquè cadascú té un estil de funcionament diferent.

En general, utilitzar l'afirmació pot ser una bona estratègia per fomentar l'autoeficàcia.

4) Evitar i abordar la discordança: El pacient pot decidir mantenir la seva conducta actual i no canviar, cosa que es pot fer evident en el seu llenguatge, quan emet el que s'anomena *discurs de manteniment*. El terapeuta motivacional ha d'acceptar i reconèixer aquest discurs de manteniment, que no fa res més que reflectir les raons en contra del canvi que formen part de l'ambivalència. Per a afavorir el canvi, els professionals han de deixar clara la llibertat d'elecció del pacient i, alhora, explorar l'altra part de l'ambivalència, és a dir, les motivacions internes a favor del canvi per a intentar incrementar la probabilitat de canvi.

L'EM ens mostra que si confrontem al pacient, si discutim amb ell, no farem més que reforçar el manteniment de la conducta i l'absència de canvi, i afavorirem l'aparició de la discordança, entesa com la pèrdua d'harmonia de la relació terapèutica.

1.3. Les eines o habilitats de l'entrevista motivacional: PARS

Els recursos comunicatius de l'EM (Miller i Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015) es poden recordar amb l'acrònim PARS (OARS, en anglès):

- **P:** Preguntes obertes
- **A:** Afirmacions
- **R:** Reflexos (escolta reflexiva).
- **S:** Sumari

1) P: Preguntes obertes

Les preguntes obertes són les que obren el camp, que no es poden respondre amb un "sí" o un "no". Una pregunta oberta convida al pacient a pensar i intenta evitar les respostes automàtiques.

Vegeu també

El concepte d'autoeficàcia es tracta al subapartat 1.3. «Les eines o habilitats de l'entrevista motivacional: PARS» d'aquest mòdul didàctic.

Vegeu també

Les motivacions internes a favor del canvi es tracten a l'apartat 2. «Com respondre a les dificultats o obstacles» d'aquest mòdul didàctic.

Exemples

- Em pot explicar una mica més com se sent?
- De tot el que m'ha explicat, quines serien les raons més importants per deixar de beure?
- Com creu que el puc ajudar?

2) A: Afirmacions

Afirmar és accentuar, buscar i reconèixer les capacitats i els esforços del pacient per al canvi per a poder-los fer evidents durant la conversa.

Les afirmacions s'han de fer sempre de manera genuïna; no podem valorar allò que no apreciem realment. Evitem també fer èmfasi en allò que considerem negatiu. Mitjançant una escolta activa, hem de buscar les actituds i aptituds positives que ha presentat o presenta el pacient per fer-les evidents durant la conversa. Podem cercar l'autoafirmació, per exemple, demanant directament al pacient quins són els seus punts forts o habilitats en relació al maneig de la malaltia o en general. També cal emmarcar allò que ha passat des d'una òptica positiva i reforçar els esforços del pacient. Afirmant es farà que el pacient guanyi en força i en seguretat i s'aconseguirà incrementar la sensació d'autoeficàcia.

Exemples

- Entenc que no li ha estat fàcil explicar-me tot això, gràcies per l'esforç que ha fet.
- Pel que m'explica, veig que vostè és una persona amb molts recursos, que ha superat situacions molt difícils.
- Em podries dir quins són els teus punts forts a la feina?
- Em dius que estàs trist perquè aquesta setmana has begut dos dies, però per mi aquesta setmana has fet un pas endavant perquè has estat 5 dies sense beure. T'adones que només fa un mes beves cada dia?

3) R: Escolta reflexiva

L'element crucial de l'escolta reflexiva és el que l'entrevistador diu en resposta al que planteja l'entrevistat.

Per fer escolta reflexiva, el terapeuta haurà d'evitar jutjar i/o confrontar el pacient o donar-li solucions sense preguntar. Enlloc d'això, haurà d'escoltar què preocupa al pacient (veure la figura 2, on s'especifiquen els dotze obstacles, o *roadblocks*, que va definir Thomas Gordon).

Figura 2. Els dotze obstacles de Thomas Gordon

El terapeuta motivacional hauria d'evitar
1. Ordenar, dirigir o encarregar.
2. Alertar o amenaçar.
3. Donar consell, fer suggerències, suggerir solucions.
4. Persuadir amb lògica, discussió o ensenyament.
5. Moralitzar, o dir als pacients el que haurien de fer.
6. Estar en desacord, jutjar, criticar o culpabilitzar.
7. Estar d'acord, aprovar o pregar.
8. Culpabilitzar, ridiculitzar o etiquetar.
9. Interpretar o analitzar.
10. Reafirmar, simpatitzar o consolar.
11. Qüestionar o posar a prova.
12. Retirar-se, distreure's, fer broma o canviar de tema.

Font: Miller i Rollnick (1991, 1999, 2013 i 2015)

L'escolta reflexiva **implica respondre a qui parla amb una afirmació** i no amb una pregunta. Es basa en l'ús de **reflexes** i consisteix en retornar al pacient frases que ha dit, ja sigui de manera textual, repetint les últimes paraules, o bé reformulant-les, canviant-les lleugerament. També podem reflectir allò que pensem que volia dir el pacient o el que pensem que sent. Podem retornar no només allò que ens transmet verbalment, sinó també aquella informació que rebem de la comunicació no verbal, com el to o la postura (veure l'arxiu adjunt: «La comunicació no verbal»). Aquest estil de resposta és una conjectura sobre allò que ha volgut dir i té com a objectiu que el pacient segueixi desenvolupant el que ens explicava, que se senti còmode per a ampliar la informació.

Exemples

1) **Pacient:** La meva dona diu que ara bec més.

Professional: La teva dona.

2) **Pacient:** La meva dona diu que ara bec més. Suposo que té raó.

Professional: Així doncs, darrerament has augmentat el que beviés.

3) **Pacient:** Pots ajudar-me a deixar de fumar?

Professional: Per tu és important deixar de fumar.

4) Pacient: És que aquest any ho veig tot negre.

Professional: Estàs trist.

5) Pacient: El meu marit és un exagerat, diu que si continuo fumant d'aquesta manera em moriré.

Professional: El teu marit està preocupat per la teva manera de fumar.

4) S: Sumaris

Periòdicament cal fer **resums** d'allò que s'ha tractat amb el pacient. Els objectius d'aquests resums són diversos: mostrar que s'ha escoltat i entès el que s'ha dit, destacar el més important, reflectir l'ambivalència i guiar la conversa per a afavorir l'objectiu terapèutic. Resumir és, en definitiva, encadenar diversos reflexos per tal de convidar el pacient a seguir reflexionant sobre el canvi. De vegades, un resum pot servir de transició entre diverses tasques, per tancar-ne una i començar-ne una altra.

Exemples

- Pel que m'has explicat, entenc que estàs preocupat pel teu pes, però que amb el ritme que portes a la feina et resulta difícil trobar el temps per fer exercici, i que quan arribes a casa no tens ganes de cuinar i moltes vegades et menges un entrepà. D'altra banda, em dius que en aquest últim mes has estat fent alguns canvis en la teva dieta com no prendre galetes ni cervesa durant la setmana i que gràcies a això et sents una mica millor.
- En aquesta visita hem estat reflexionant sobre les raons a favor i no tan a favor de fer una dieta. Em dius que saps que et costarà però que seria bo intentar-ho i que penses que aquest mes estaràs tranquil i que potser podries començar ja. Així doncs, et sembla bé que t'expliqui quines opcions hi ha?

2. Com respondre a les dificultats o obstacles

De vegades podem trobar-nos amb un pacient complex, que prefereix no canviar la seva conducta, que dubta del nostre criteri, que no està d'acord amb nosaltres o que minimitza el seu problema de salut. Un abordatge coherent amb l'EM on predomini l'escolta reflexiva i el respecte pot ajudar-nos a afrontar aquests obstacles o *roadblocks* (Miller i Rollnick, 1991, 1999, 2013, 2015). En la primera edició del llibre sobre l'EM (Miller i Rollnick, 1991) es parlava de *pacient resistent* quan aquest feia qualsevol moviment que l'allunyava del canvi o quan no es vinculava amb el terapeuta per a iniciar una estratègia de canvi. El terme *resistència* pot generar impressions errònies, ja que traslladem al pacient la responsabilitat de no canviar i estem subestimant el paper del terapeuta. En l'EM, és fonamental que s'estableixi un vincle terapèutic, una relació personal terapeuta-pacient, i, tal com hem explicat prèviament, el paper del terapeuta és fonamental. Per aquesta raó, en la tercera edició del manual el terme resistència va ser substituït per dos conceptes: el *discurs de manteniment* i la *discordança*.

El discurs de manteniment se centra en la conducta o canvi objectiu, mentre que la discordança fa referència a la relació terapeuta-pacient.

El discurs de manteniment reflecteix el costat de l'ambivalència no favorable al canvi, i és normal que aparegui en l'entrevista. Així, segons la nova perspectiva de l'EM, quan un pacient no es mostra motivat per canviar, treballarem per trobar les raons a favor de canviar. Per recollir i respondre a aquest discurs de manteniment podem utilitzar l'escolta reflexiva, matisar i/o reemmarcar alguna part del relat del pacient o emfatitzar la seva autonomia.

Exemples

1) **Pacient:** L'alcohol no és un problema per a mi.

Professional: L'alcohol no t'ha causat problemes.

2) **Pacient:** La veritat és que no vull fer dieta.

Professional: Ja saps que la decisió és teva, ningú t'obligarà a fer-ne.

La **discordança** es defineix com la **manca d'harmonia** en la relació terapèutica. La podem reconèixer quan el pacient comença a defensar-se, s'enfronta amb nosaltres, ens interromp constantment o es desconnecta de la conversa. Quan el terapeuta detecta discordança hauria d'actuar per retornar l'harmonia

a la relació i reforçar el vincle terapèutic. Per respondre a la discordança, el terapeuta pot utilitzar les mateixes tècniques que en el discurs de manteniment o d'altres com disculpar-se o afirmar al pacient.

Exemples

1) **Pacient:** Vostè no ha escoltat res del que li he dit, no?

Professional: Sento molt haver-li donat aquesta impressió. Sembla que no l'he entès bé. Li importaria que ho tornéssim a intentar?

2) **Pacient:** Puc deixar de fumar sol, no cal que m'ajudi.

Professional: Quan vostè decideix una cosa, la fa.

Activitat

A continuació us adjuntem un enllaç d'un vídeo que utilitzarem per veure a la pràctica algunes de les estratègies que hem comentat fins ara. Aquest vídeo es diu «Cómo lidiar con la resistencia del paciente».

El HC és un tipus d'intervenció sobre la salut que comparteix molts elements amb l'EM, entre ells, l'empatia, l'escolta reflexiva, l'evocació, l'èmfasi en l'autonomia i l'empoderament del pacient.

Al vídeo es recullen tres situacions en què el pacient manifesta un discurs de manteniment (en terminologia EM) o resistència (en terminologia HC). Veiem que el terapeuta li respon primer en mètode tradicional (informatiu i paternalista) i després utilitzant un abordatge col·laboratiu amb estratègies que són comuns al HC i a l'EM. Us convidem a observar com la manera en què respon el terapeuta pot incrementar o disminuir la probabilitat de canvi i/o afavorir l'aparició de discordança. Veiem també com, en la versió col·laborativa del HC, sobresurt l'empatia, l'evocació i l'interès profund en conèixer l'opinió del pacient i les seves dificultats, de manera que se li dona veu en el procés de canvi i tractament. Us convidem a reconèixer en el mètode HC els elements de l'esperit motivacional (col·laboració, acceptació, compassió i evocació) i l'ús d'estratègies PARS.

3. Com reconèixer la predisposició al canvi: discurs de canvi

Durant el desenvolupament de l'EM s'ha d'estar atent a l'aparició de l'anomenat discurs de canvi (Miller i Rollnick, 2013, 2015), que es defineix com qualsevol expressió per part del pacient que constitueixi un argument propi per al canvi.

Aquest llenguatge de canvi reflecteix la part de l'ambivalència que està a favor del canvi, i es contraposa al llenguatge del discurs de manteniment. Durant l'entrevista hem de ser conscients que ambdós discursos conviuran, ja que són el reflex de les dues parts naturals de l'ambivalència. **L'objectiu del terapeuta motivacional serà incrementar el percentatge de discurs de canvi respecte el de manteniment i, per fer-ho, continuarà utilitzant les PARS: reflectint, recolzant, resumint o elaborant el discurs de canvi.**

Exemples

1) **Pacient:** Potser hauria d'apuntar-me al gimnàs.

Professional: Realment estàs pensant en començar a fer exercici.

2) **Pacient:** Per a mi és important deixar de fumar.

Professional: Vols deixar de fumar. Com creus que et puc ajudar?

3) **Pacient:** Fa un dia que no provo ni una cervesa.

Professional: Felicitats. Portes un dia d'abstinència. I com ha anat?

4. Acabament de l'entrevista

Segons Miller i Rollnick (2013, 2015), abans d'acabar l'entrevista és molt important que es pugui establir un pla d'actuació. Hi ha una sèrie de passos fonamentals per garantir un tancament de l'entrevista que afavoreixi realment l'inici de l'estratègia de canvi. Aquests passos són:

- 1) **Recapitulació:** resumir de forma àmplia la situació actual, recollint l'ambivalència i el discurs de canvi.
- 2) **Realització de preguntes clau:** preguntes obertes amb l'objectiu de determinar el camí a seguir.
- 3) **Informació:** Explicar, sempre demanant permís, el menú d'opcions terapèutiques existent.
- 4) **Negociació del pla de canvi:** Establir prioritats i objectius esglaonats i consensuats amb el pacient.

5. Respostes consistents amb l'entrevista motivacional

Seguint encara Miller i Rollnick (2013, 2015), durant tota l'entrevista, a més d'utilitzar les PARS, el terapeuta ha de ser conscient de quin tipus de respostes dona al pacient, essent fonamental que l'actuació global sigui consistent amb l'esperit motivacional.

Es consideren respostes consistents amb l'EM:

1) **Demanar permís** abans d'informar o donar consell o de prescriure un tractament.

Exemple

Pacient: M'agradaria perdre pes però no sé per on començar.

Professional: Si et sembla bé et puc explicar de quines opcions disposem per ajudar-te a disminuir de pes.

2) **Afirmar i mostrar compassió** enlloc de confrontar.

Exemple

Pacient: Quin desastre; tot l'esforç que he fet per deixar de fumar, i només l'he reduït a la meitat.

Professional: Realment veig que has fet un esforç important. Malgrat que t'ha costat molt, has disminuït un 50% el que fumes. Potser et podríem ajudar a no passar-ho tan malament. Com ho veus?

3) **Emfasitzar l'autonomia** del pacient i acompanyar-lo enlloc de dirigir-lo o donar-li ordres.

Exemple

Professional: De totes les opcions terapèutiques que hem comentat, quina creus que seria la millor per a tu?

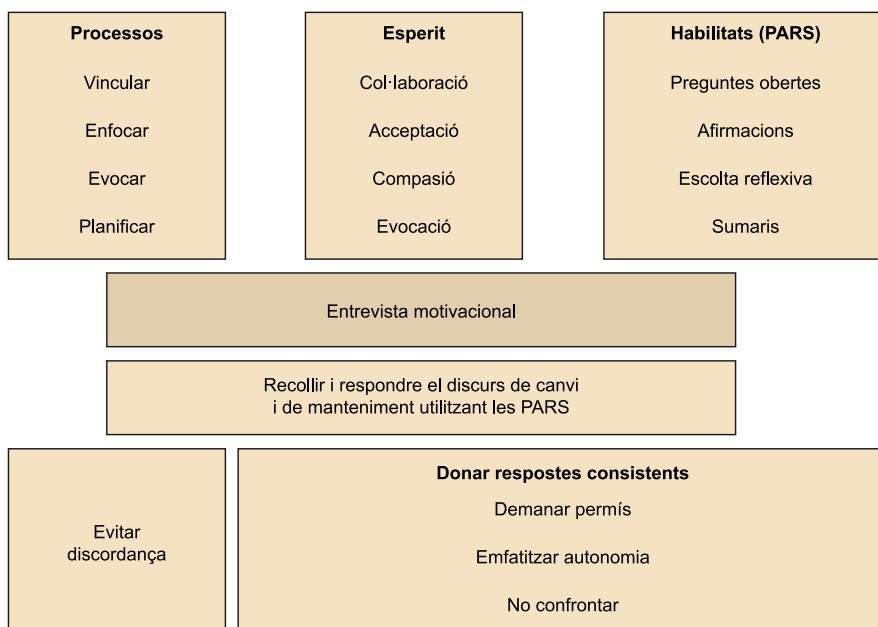
Pacient: És important el que jo pensí?

Professional: I tant, tu ets el centre del tractament i és amb tu que hem de dissenyar el pla d'actuació.

6. Esquema i conclusions

Com a resum final podríem dir que l'entrevista motivacional constitueix una forma especial de conversar sobre el canvi que es basa en un esperit de respecte, col·laboració i acceptació. L'EM utilitza una sèrie d'habilitats o tècniques (PARS) per aconseguir evocar el màxim d'informació sobre el procés de canvi del pacient amb la finalitat de treballar les seves ambivalències. Així, recollirem i respondrem al pacient intentant evitar la discordança i tenint sempre present de no confrontar-lo, de demanar-li permís abans de prescriure i d'emfatitzar la seva autonomia (figura 3).

Figura 3. Esquema de l'entrevista motivacional



Bibliografía

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

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

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

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

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

