

ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Mercè Balcells-Olivero^I, Neus Freixa Fontanals^{II}

^I Unidad de conductas Adictivas. Instituto Clínico de Neurociencias (ICN). Hospital Clínico de Barcelona, España.

^{II} Grup de Recerca en Addiccions Clínic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Red de Investigación de Atención Primaria en Adicciones (RIAPd). España.

Autora para la correspondencia: mdbalcel@clinic.cat

Disponible en YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=iaBF1x4ThYI>

INTRODUCCIÓN

La historia de las adicciones va indeleblemente unida a la historia de la humanidad. El consumo de sustancias adictivas es una constante humana, y a lo largo de nuestra historia, el número de sustancias adictivas disponibles ha ido incrementándose, al mismo tiempo que se han diversificado sus formas de administración y generalizado su uso. Aun así, las sustancias con mayor prevalencia de consumo y que mayor coste sociosanitario acarreen a nivel mundial, sigue siendo el alcohol y el tabaco.

En cuanto al abordaje terapéutico de las conductas adictivas, también este ha ido modificándose a lo largo del tiempo, coexistiendo en la actualidad distintas propuestas terapéuticas que reflejan diversos modelos teóricos (Balcells et al, 2002). La terapia Motivacional estructurada como tal por William Miller y Stephen Rollnick en 1991 (Miller y Rollnick, 1991), es coetánea de las teorías neurofisiológicas de la adicción que los autores T.E. Robinson y K.C. Berridge publicaron en 1993, introduciendo por primera vez el concepto de craving como un deseo patológico de consumo vehiculizado por vías neuronales específicas (Robinson TE, Berridge KC; 1993).

En esta hipótesis teórica, el sustrato neuronal de las adicciones reside en los circuitos volitivos (incentive motivation) y no en los circuitos de recompensa hedónicos postulados clásicamente. Así, la persona con una conducta adictiva no consume la droga porque "le gusta", es decir, para obtener una recompensa en el sentido más operante de la psicología conductual, ni tampoco consume la droga porque "lo necesita", siguiendo la teoría del "refuerzo negativo" cada vez que aparece un síndrome de abstinencia por retirada del tóxico o condicionado a estímulos.

En esta aproximación teórica, el paciente consume porque "quiere", a pesar de las múltiples consecuencias no deseadas, y lo hace de forma independiente al placer o a la recompensa hedónica. Con

esta hipótesis de trabajo, el cambio que se requiere para que un sujeto con adicción pase de un estado de consumo patológico a una abstinencia, estaría ligado a la motivación personal con la recuperación del valor de los incentivos individuales de cada uno, que fueron sustituidos por la droga. Así pues, la recuperación de las motivaciones y el deseo de cambio del propio individuo serían el centro del tratamiento. En este sentido, la Entrevista Motivacional representa un cambio paradigmático en el campo de la adicción y se aparta de otras estrategias confrontativas anteriores en un momento crucial para la medicina basada en la evidencia.

DESARROLLO

Entendemos como Entrevista Motivacional (EM) un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente, que pretende provocar un cambio, ayudando a explorar y resolver la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1991). En 1983 Bill Miller publicó en *Behavioral and cognitive psychotherapy* un artículo explicando cómo ayudaba a la gente a cambiar. A partir de esta reflexión inicial y dada la repercusión del artículo se propuso profundizar y sistematizar sobre cómo se podía ayudar a las personas a conseguir cambios en su conducta, centrándose en el ámbito de las conductas adictivas que era entonces su área de trabajo principal. Partiendo de esta semilla inicial, en 1991 aparece el primer libro sobre entrevista motivacional.

Este libro presenta de forma clara y sencilla un abordaje diferenciado y novedoso para tratar las adicciones que hasta la fecha se manejaban con modelos básicamente confrontativos y jerárquicos. La entrevista motivacional nace en un tiempo de especial relevancia de la medicina basada en la evidencia y rápidamente aparecen artículos que exploran y validan su eficacia con múltiples publicaciones en revistas indexadas. Los primeros metaanálisis (J Hettema et al., 2005), a pesar de la heterogeneidad de los artículos, llegan a tres interesantes conclusiones: a) La EM es un abordaje que incrementa la retención al tratamiento, facilitando que el paciente vuelva a la siguiente visita b) La EM incrementa la adherencia al tratamiento favoreciendo que se cumplan las indicaciones pactadas prescritas durante la entrevista c) La EM incrementa la implicación del proveedor (médico, terapeuta, enfermera, etc.) hacia el tratamiento.

De esta manera, a medida que crece el interés por la Entrevista Motivacional, se va ampliando sus áreas de aplicación, saltando del área de las drogodependencias a otras áreas de salud como son: los cambios de hábitos de salud, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos endocrinos como la diabetes, los trastornos de la alimentación, el ámbito de la prevención como por ejemplo la disminución del riesgo de infección por VIH, la mejora de la adherencia terapéutica, la dieta y el ejercicio físico, el Juego patológico, los trastornos afectivos, los primeros episodios psicóticos y el manejo de enfermedades crónicas entre otras.

Definiciones de la Entrevista Motivacional

Con el tiempo y el desarrollo teórico, se fueron concretando tres niveles de definición de la EM de especificidad creciente y que venían a responder qué era la EM, qué utilidad tenía y cuál era su funcionamiento. Así podemos decir que: a) La EM es un estilo de entrevista colaboradora, dirigida a potenciar las capacidades del/la otro/a y sus propios motivos para cambiar. b) La EM es un abordaje



terapéutico centrado en la persona que permite explorar y resolver la ambivalencia habitual que acompaña los procesos de cambio y c) La EM es un estilo de comunicación colaborador, dirigido a un objetivo, que pone un interés selectivo en el lenguaje de cambio. La EM se dirige específicamente a fortalecer la motivación para cambiar, explorando y evocando, los argumentos individuales y propios de cada uno/a para conseguir este cambio.

Génesis de la Entrevista Motivacional

La EM deriva de una variedad de fuentes, que incluyen la terapia centrada en el cliente del modelo humanista de Carl Rogers, la terapia cognitiva conductual, la teoría de sistemas, y el modelo transteórico de cambio de Prochasca y Diclemente. Carl Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el terapeuta manifiesta tres características cruciales: una empatía adecuada, calidez no posesiva y autenticidad, proporciona la atmósfera ideal para el cambio, ya que en esta atmósfera los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y encontrar soluciones para sus propios problemas.

La empatía implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia, sin que el terapeuta imponga su propio material o su criterio jerárquicamente por encima del paciente. En lo concerniente a los estadios del cambio del modelo inicial de los autores Prochasca y Diclemente, el proceso de cambio se conceptualiza como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska y DiClemente, 1982). Este modelo surge tras examinar 18 teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo ocurre el cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biospsicosocial para entender la adicción. En este sentido, el modelo es “transteórico” y refleja también cómo ocurre el cambio fuera de los ambientes terapéuticos.

Los autores definieron a partir de estas observaciones varias etapas por las que pasaban los individuos al realizar cambios: a) Etapa de pre-contemplación, cuando el paciente aún no está considerando el cambio, ya que no ve un problema en esta conducta que lo haga necesario; b) Etapa de contemplación cuando el paciente reconoce preocupaciones o la existencia de problemas, y puede estar considerando la posibilidad de cambiar, pero aún no ha realizado ningún paso hacia el cambio. En esta etapa es característico el fenómeno de la ambivalencia; c) Etapa de preparación para la acción cuando las personas se proponen firmemente el cambio y su planificación en un futuro cercano y empiezan a modificar alguna conducta o dar los primeros pasos hacia el cambio pero aún no han iniciado tratamiento; d) Etapa de acción cuando el paciente está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable; e) Etapa de mantenimiento. El paciente ha obtenido los cambios iniciales y se encuentran manteniendo la conducta estable; f) Etapa de recaída.

Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento va a depender de lo que se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Para la mayoría de los pacientes, el progreso a través de las etapas de cambio



es circular o en espiral por naturaleza, no lineal. En este modelo, la recaída es normal, una etapa más, ya que muchos pacientes consiguen un cambio estable después de transitar por los estadios del cambio varias veces. Partiendo de la base de que la motivación y el cambio personal están vinculados ineludiblemente, la Entrevista Motivacional, como nuevo estilo terapéutico, nos ofrece una serie de estrategias específicas que permiten al paciente transitar por las diversas etapas del cambio para conseguir una recuperación estable.

Componentes de la Entrevista Motivacional

El marco teórico de la EM se estructura con una filosofía concreta que viene sistematizada en lo que se llama el Espíritu Motivacional y por otro lado en una serie de micro habilidades o estrategias que nos permiten conducir la entrevista de forma acorde a estos principios básico de relación. Asimismo, a partir de la tercera revisión de la EM en 2013 (WR Miller & S Rollnick, 2015), ratifica la EM motivacional como un encuentro que establece relación y un estilo comunicativo en el marco de una entrevista terapéutica, versus una terapia en sí misma, y estructura de la entre EM en 4 procesos: a) Vincular b) Enfocar c) Evocar y d) Planificar. Entendiendo que la entrevista podrá considerarse motivacional cuando: a) El espíritu y el estilo de comunicación sea centrado en la persona y con escucha empática (Crear vínculo) b) Exista un objetivo de cambio claramente identificado sobre el que se centra la conversación (Definir objetivos) c) El entrevistador va evocando la motivación intrínseca y las capacidades de la persona para cambiar.

El Espíritu de la Entrevista Motivacional

El Espíritu de la EM representa la filosofía de este abordaje y se centra en la relación que se establece entre profesional y paciente. El Espíritu, tiene 4 componentes que son a) La Colaboración (versus Confrontación) y que habla de cómo formamos una alianza terapéutica b) la Evocación (versus educación) que permite al/la paciente generar sus propias soluciones y trabajar la autoeficacia c) La Aceptación (versus imposición) que reconocer las propuestas del/la paciente y lo/la hace responsable de su propio cambio y d) la Compasión (versus indiferencia) entendida como el Interés en promover el bienestar del/la otro/a.

Las técnicas o microhabilidades de la Entrevista Motivacional

Las estrategias son herramientas de comunicación que usadas durante la Entrevista favorecen la transición hacia el cambio incrementando las probabilidades de éxito. Las estrategias están al servicio de la relación terapéutica lo que llamamos el Espíritu Motivacional y permiten la creación de un clima de confianza y de seguridad para que el paciente pueda analizar y explorar su ambivalencia, facilitan la motivación para el cambio, preparan a los pacientes para entrar en el tratamiento, mejoran su compromiso y retención en el tratamiento, aumentan la participación y el compromiso, mejoran los resultados del tratamiento, y estimulan un regreso rápido al tratamiento en el caso de síntomas de recaída.

Las habilidades o estrategias son a) las Preguntas abiertas b) los Reflejos c) las Afirmaciones y d) Los Sumarios.



- a) Preguntas Abiertas: una pregunta abierta es toda aquella que no puede contestarse con un sí o con un no o en pocas palabras. La pregunta abierta invita a la reflexión antes de responder y ofrece un abanico de posibilidades de respuesta mientras que una pregunta cerrada limita el abanico de respuestas y conduce a una contestación corta. El uso de preguntas abiertas favorece el entendimiento de los puntos de vista del paciente, de sus intereses, de su situación y de sus sentimientos, ya que facilitan el diálogo, estimulan al paciente a hablar y le ayudan a evitar emitir juicios prematuros.
- b) Reflejos: la escucha con reflejo es una herramienta fundamental de la Entrevista Motivacional. Es un proceso activo donde el terapeuta escucha lo verbalizado por el paciente. Con el Reflejo se repite una frase o una palabra dicha por el paciente lo que anima a seguir con el flujo de comunicación, permite comprobar que nos estamos entendiendo y dirige la entrevista. Los reflejos pueden ser simples como la Repetición: Se repite un elemento de lo que ha dicho el paciente o el Refraseo: el profesional repite algún elemento que ha dicho el paciente utilizando sinónimos o alterándolo ligeramente solo para clarificar. Los reflejos también pueden ser complejos, como Parafrasear: Aquí el profesional infiere lo que ha dicho el paciente y lo refleja con nuevas palabras, ampliando la perspectiva de lo que se ha dicho o los otros reflejos complejos que reflejan sentimientos, usan metáforas o sintetizan varios aspectos de la entrevista incluyendo habitualmente las dos caras de la ambivalencia.
- c) Afirmaciones: son frases directas de afirmaciones como cumplidos y expresiones de aprecio y comprensión, que ofrecen apoyo al paciente y sirven para la creación de un clima cordial y para trabajar la autoeficacia de la persona para poder cambiar. La Afirmación nos permite reconocer y apoyar las fortalezas y esfuerzos del/la paciente a la vez que ayuda a trabajar su autoeficacia hacia el cambio.
- d) Sumarios: el sumario o resumen, agrupa información que el/la paciente nos da y nos permite acotar a paciente muy dispersos, además de comprobar que nos estamos entendiendo. Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho en la entrevista, demostrando que el profesional ha escuchado atentamente, y preparan al cliente para seguir adelante.

Los procesos de la Entrevista Motivacional

La EM se estructura en 4 procesos o tareas: a) Vincular b) Enfocar c) Evocar y d) Planificar.

Vincular: la vinculación es el proceso de establecer una relación de ayuda basada en el respeto y la confianza mutuos (Alianza terapéutica). La vinculación será el primero de todos los procesos, ya que sin ella no se puede progresar en la EM, por ejemplo, empezar la entrevista con una evaluación o planificando tratamientos, compromete, no solo la creación del vínculo con el /la paciente, sino que dificulta también la creación de un clima empático de seguridad y confianza que permita explorar y resolver ambivalencias.

Para saber si en la entrevista el vínculo se está generando de forma consistente con la EM, el/la terapeuta deberá preguntarse por el tipo de alianza terapéutica que está generando y hacerse preguntas del tipo: ¿Se siente mi paciente comfortable hablando conmigo? ¿He generado un clima empático? ¿Parece esto un trabajo colaborativo? ¿Entiendo los puntos de vista y las preocupaciones de mi paciente? Por su lado,



el/la paciente debería sentirse respetado/a y poder responderse afirmativamente a las siguientes preguntas ¿El/la terapeuta me escucha y me entiende? ¿Me genera confianza? ¿Puedo tener opinión sobre lo que sucede en la consulta? ¿Me ofrece opciones o me deja elegir? ¿Negocia o puedo pactar lo que debo hacer?

Enfocar: enfocar es el proceso que permite buscar, encontrar y mantener la dirección de la entrevista. Es interesante recordar aquí que la EM es una entrevista semiestructurada y dirigida a un objetivo. Tener un objetivo como terapeuta no solo es lícito, sino que es consustancial para este abordaje, pero es muy importante entender que, si hablamos de EM, nuestro objetivo, por más lícito que sea, nunca va a estar por encima del objetivo del paciente. Por ello, el proceso de enfocar se centrará en clarificar objetivos y conseguir que puedan encontrarse.

Durante este proceso el terapeuta debe preguntarse si está identificando correctamente el dilema, qué objetivos de cambio tiene el sujeto y si estos objetivos difieren o se alejan mucho de los suyos/as. Será importante trabajar unificando objetivos y en una sola dirección y para ello habrá que tener una idea clara de hacia dónde nos dirigimos en la entrevista. Es en este proceso de acercarnos cuando podemos decir que estamos “bailando” en contraposición a la sensación de estar “peleando” o “combatiendo” con el paciente que podemos tener cuando los objetivos son dispares y se confrontan (¿Bailamos o boxeamos?).

De hecho, este es un proceso clave en la aparición de discordancias o resistencias. En la EM la intensidad de la resistencia es directamente proporcional a la distancia que hay entre los objetivos del/la paciente y los que le propone el/la terapeuta. Es sin duda un aporte muy útil para trabajar en la clínica esta manera de entender las discordancias o resistencias como un feed-back. Un feed-back que nos da el paciente de nuestra conducción durante entrevista. Las resistencias nos indican esta discordancia entre objetivos y nos avisan de la necesidad de cambiar nuestra estrategia para, acercándonos a los valores, metas y objetivos del/la paciente, poder acercarnos al objetivo terapéutico pactado sin necesidad de confrontación. A veces los objetivos no están claros y será necesario en este proceso de enfocar, explorar metas y valores de la persona para poder identificar y pactar la dirección a seguir.

Puede suceder que la escala de valores de la persona no coincida con los valores del/la terapeuta, sin embargo, esto no tiene porqué interferir en la relación ya que el respeto y la aceptación van a ser claves para acompañar a los/las pacientes en su proceso de cambio. A su vez, conocer y aceptar sus valores, será útil durante toda como: enfocar (¿Qué le importa realmente?), evocar (¿Cuáles son sus verdaderos motivos para cambiar?) y planificar (¿cuáles son los planes que pueden encajar mejor con sus valores?). En definitiva, cada uno tiene sus propios motivos para cambiar y el trabajo como terapeutas va a ser valorar el marco de referencia interno, entendiendo sus objetivos y valores fundamentales.

Evocar: evocar es extraer del paciente sus propios motivos y capacidades para cambiar. Es el proceso más nuclear de la EM y nos ocupa una gran parte de la entrevista. La EM es un estilo de comunicación colaborador, dirigido a un objetivo, que pone un interés selectivo en el lenguaje de cambio. La EM se dirige específicamente a fortalecer la motivación para cambiar, explorando y evocando, los argumentos individuales y propios de cada uno/a para conseguir este cambio.



Y es en este proceso de evocación cuando deberemos explorar no solo los motivos de cambio propios de cada individuo sino también sus capacidades y habilidades para cambiar. El terapeuta que ya ha creado un buen vínculo y ha enfocado correctamente los objetivos a los que se quiere llegar encontrarán en el proceso de evocación la oportunidad de colaborar con sus pacientes desde sus propias capacidades y experiencia favoreciendo así el cambio.

Planificar: planificar es el último de los cuatro procesos y se refiere a la parte de la entrevista en la que, a través de la participación del paciente, se establecen las metas, se evalúan las opciones y se elabora un plan de acción. Los procesos son, en cierta manera secuenciales o lineales. La creación del vínculo va primero, la identificación de un objetivo es un prerrequisito para Evocar y Planificar es lógicamente un paso posterior. Pero a su vez son también recurrente. Se establece un vínculo desde el inicio, pero la relación con el paciente debe cuidarse durante todo el proceso de la EM y la Evocación puede estar presente en la entrevista desde el primer momento. Así mismo, pactar un objetivo no es un proceso estático, puede requerir varios reenfoques y el objetivo puede ir cambiando y adaptándose durante toda la entrevista. No podemos concebir la EM sin los procesos de vincular, enfocar y evocar, aunque no siempre llegaremos a la planificación.

El tiempo para moverse desde la evocación a la planificación depende del juicio clínico guiado por las señales que da el paciente de que está listo para ello. Señales de que podemos ir avanzando serán el incremento del discurso de cambio y la disminución del discurso de estatus quo, la resolución de la ambivalencia, la visualización del cambio y cuando el paciente ha iniciado ya primeros pasos hacia la nueva conducta.

Una vez conocemos detectadas las señales y habiendo evocado previamente los valores, capacidades y habilidades de los pacientes vamos a elaborar un plan de cambio potenciando aquellas estrategias que encajen mejor y de una forma realista con la vida del paciente. En la elaboración del plan de cambio trabajaremos intercambiando información de forma bidireccional, investigando lo que le interesa al paciente y lo que sabe para poder ajustar la información que va a necesitar para elaborar conjuntamente un plan de cambio.

CONCLUSIONES

La EM puede parecer simple, pero dominar esta técnica no es un proceso ni rápido ni fácil. Se necesita una formación adecuada y practicar tanto las estrategias como revisar a menudo la relación que establecemos con las personas a las que atendemos.

Aprender EM es como aprender a tocar un instrumento. Las indicaciones iniciales son importantes y pueden ayudar, pero para aprender a tocar un instrumento de verdad se necesita práctica, y si es posible con *feedback* de maestros expertos. Como pasa con otras habilidades complejas, conseguir maestría en la EM es un proceso largo, que puede durar toda la vida.



BIBLIOGRAFÍA

1. Balcells M, Gual A. Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. Nuevos fármacos, nuevos conceptos. Adicciones. 2002 dic; 14.
2. Miller WR, Rollnick S. Entrevistas motivacionales que preparan a las personas para cambiar conductas adictivas. Nueva York: The Guilford Press; 1991
3. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Res Rev. 1993; 18:247.
4. Hettema J, Julie Steele J, Miller WR. A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). Ann Rev Clin Psychol; 2005.
5. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addic Beh. 1982; 7:133-42.
6. Miller WR, Rollnick S. La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Ed. Paidós; 2015.

