

Enseñando Entrevista Motivacional a seniors en Atención Primaria. ¿Hay algo nuevo?

Manuel Campiñez

Resumen: En base a la propia experiencia del autor en el campo de la investigación en entrevista motivacional, este propone a educadores clínicos, usen una estrategia educativa más basada en la aplicación de habilidades concretas que en la propia relación.



La Entrevista Motivacional (EM) es una forma de guiar centrada en la persona y colaborativa para poner de manifiesto y fortalecer la motivación para el cambio (1). El profesional centra su esfuerzo en evocar la motivación interna del paciente mediante una combinación de componentes relacionales y estratégicos (2). El componente relacional o espíritu de la EM se basa en una actitud empática, no enjuiciadora y de apoyo a la autonomía del paciente, creando un ambiente seguro en el que los pacientes pueden explorar sus propios valores e intereses. El componente estratégico implica el uso de unas habilidades específicas que persiguen incrementar el discurso de cambio del paciente y reducir el discurso de mantenimiento de la conducta, cosa que a su vez se relaciona con el compromiso que conduce al cambio real en las variables de resultado en los ensayos clínicos (3).

La EM ha sido estudiada en una amplia variedad de comportamientos adictivos (4), se ha demostrado eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento (5) y funciona también en combinación con otras estrategias basadas en la evidencia (6). En adición, se ha probado su utilidad en diversos tipos de poblaciones (4) y en rangos de edad variados, incluidos los adolescentes (7). En el ámbito de la Atención Primaria (AP), la EM es efectiva en el abordaje del tabaquismo, el ejercicio físico, la dieta y la reducción de peso, el manejo de enfermedades crónicas (8) o la reducción del colesterol (9).

Los profesionales de la AP se encuentran a diario, en sus tareas habituales, con personas a quienes tienen que ayudar a cambiar estilos de vida relacionados con sus condicionantes de salud, y la EM es un método de eficacia probada que no obstante, no ha sido aún integrado en su formación curricular básica.

Precisamente en uno de los ensayos clínicos a los que me refiero, el estudio Dislip-EM (9), el grupo investigador propuso a los profesionales participantes abordar algunos factores de riesgo cardiovascular después de recibir una formación presencial en EM, y me gustaría compartir aquí algunas de las muchas cosas que hemos aprendido sobre la formación en EM en ese proceso.

La importancia del lenguaje no verbal

Una de las características del estudio Dislip-EM es que diseñamos ex profeso una herramienta nueva con la que evaluar la calidad de la EM que el profesional estaba desarrollando a lo largo del estudio, la escala EVEM (10,11). Además de tener en cuenta el entorno

polidemanda en que se produce la interacción entre profesional y paciente en un contexto de AP y los condicionantes de la escasez de tiempo, la escala pone un énfasis especial en evaluar no solo la cantidad, sino sobre todo la calidad, de las estrategias que se ponen en práctica a lo largo de la entrevista, y para ello pone especial atención a los elementos del lenguaje no verbal (LNV) que son coherentes con las estrategias demostradas y con el espíritu global del profesional. Dicho de otro modo, donde otros investigadores analizan transcripciones de audiograbaciones nosotros visualizamos cascadas de acción-reacción entre profesional y paciente especialmente atentos a las pistas que la quinésica y el paralenguaje nos proporcionan.

Cuando agrupamos los ítems de la escala EVEM por subgrupos y analizamos aquellos en los que el LNV juega un papel más importante en la evaluación, vemos que la puntuación en estos ítems es mayor que en la de los ítems donde no es tan relevante el LNV, significativamente más importante. Si trasladamos esto a la manera en que se evalúa con otras escalas la calidad de la EM en un encuentro clínico, es decir, análisis de audiograbaciones, nos estaríamos perdiendo una parte de la película, al parecer la más importante. O dicho de otro modo, estaríamos menoscabando habilidades que los profesionales ponen en juego y que de hecho tienen un efecto en sus pacientes: si nos fijamos en lo que pasa, en el cara a cara, los profesionales de AP lo hacen mejor de lo que parece, bastante mejor.

Es más fácil cambiar de estilo que aprender a remar

Podría resultar paradójico pensar que a un profesional le resulte más fácil cambiar de estilo de visitar, globalmente, que aprender un puñado de estrategias y ponerlas en práctica. Nada más lejos de la realidad. Cuando analizamos aquellos ítems de la escala EVEM que evalúan aspectos de mayor adherencia al componente relacional o espíritu de la EM, en comparación con los ítems donde las estrategias son las protagonistas, vemos que hay una clara superioridad en la adquisición de habilidades en los componentes relacionales de la EM respecto de los estratégicos. En inglés, las estrategias se suelen resumir con el acrónimo OARS (de preguntas abiertas, validación, escucha reflectiva y sumarios), cuya traducción es 'remos?', de ahí el título del enunciado. Esto es tan así que los valores de las puntuaciones en los ítems del componente estratégico apenas rozan el aprobado al año de seguimiento.

La consecuencia directa de lo anterior es que en las futuras formaciones en EM es necesario tener muy en cuenta este dato y centrar los esfuerzos mucho más en enseñar a los profesionales a practicar estrategias que las bondades de abandonar el modelo confrontativo.

El modelaje, de nuevo, lo más importante

Una de las preguntas que nos hemos hecho más a menudo es '¿qué características ha tenido la formación para que se hayan dado estos resultados?'. Estos datos son tremendamente interesantes y forman parte del trabajo de una tesis doctoral (N Barragan). Sin embargo, más allá de la estructura formal de la formación (horas totales de curso, feedback individual y en grupo, micropíldoras informativas, etc.), hay una constante en la formación impartida a todos estos profesionales, y es la manera en la cual esta fue llevada a cabo. Mucho se ha debatido sobre cómo debe de ser la formación ideal en EM y muy pocos datos se han obtenido de estudios que den respuesta a la pregunta, de manera que sigue vigente hasta la fecha el modelo propuesto por Miller y Moyers en 2006 de los ocho pasos en el aprendizaje de la EM (12). Es, de todos modos, aceptado, que el factor probablemente más decisivo en la formación presencial en EM es la calidad del docente. Cuando el docente muestra con su actitud los elementos del espíritu de la EM los discentes aprenden por modelaje, y creemos sinceramente que esto es lo que ocurrió en el estudio Dislip-EM (lo creemos y lo comprobamos porque grabamos las sesiones de formación en vídeo y pudimos analizarlas). En este estudio participaron relevantes profesionales de la docencia en Comunicación Clínica y concretamente entrevista motivacional (entre ellos el Dr Josep Maria Bosch), nos surge la advertencia de que tamaña responsabilidad (!!!sus alumnos los copiarán!!!, como ya sabemos sucede con nuestros médicos residentes...) no les puede pasar desapercibida. Así, y a modo de conclusion, cuando enseñen EM, les animaría a que revisen su formas, el modo en que lo hacen: ¿Evocan a sus alumnos, o les dicen lo que es correcto una y otra vez? ¿Aceptan sus dudas, sus inquietudes, su escepticismo, o imponen su criterio en base a la evidencia científica acumulada? ¿Ponen en marcha estrategias para aprender en grupo, de manera colaborativa e integrativa, o se dedican a corregir 'defectos'? Y si se convierten en un buen ejemplo de lo que NO tiene que ser la EM no se preocupen, aprendemos igual por oposición (siempre y cuando se lo hagan notar a sus alumnos).

Espero que estas líneas les ayuden a planificar sus futuras formaciones en EM para que resulten más efectivas. ¡Ánimos y suerte!

Bibliografía

1. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: helping people change. New York, London: Guilford Press; 2013
2. Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *The American Psychologist*, 64, 527-537
3. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003;71(5):862-78
4. Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111
5. Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301-312
6. Lundahl, B. W., Tollefson, D., Kunz, C., Brownell, C., & Burke, B. (2010). Meta-analysis of motivational interviewing: Twenty five years of research. *Research on Social Work Practice*, 20, 137-160
7. D'Amico, E. J., Osilla, K., & Hunter, S. B. (2010). Developing a group motivational interviewing intervention for first-time adolescent offenders at-risk for an alcohol or drug use disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(4), 417-436
8. Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LA, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*. 2013;45(9):486-95
9. Bóveda-Fontán J, Barragán-Brun N, Campiñez-Navarro M, Pérula-de Torres LÁ, Bosch-Fontcuberta JM, Martín-Álvarez R, Arbonies-Ortiz JC, Novo-Rodríguez JM, Criado-Larumbe M, Fernández-García JA, Martín-Rioboó E; Collaborative Group Estudio Dislip-EM. Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial. *BMC Fam Pract*. 2015 Oct 24;16:151
10. Pérula LÁ, Campiñez M, Bosch JM, Barragán Brun N, Arboniés JC, Bóveda Fontán J, Martín Alvarez R, Prados JA, Martín-Rioboó E, Massons J, Criado M, Fernández JÁ, Parras JM, Ruiz-Moral R, Novo JM; collaborative Group Dislip-EM. Is the Scale for Measuring Motivational Interviewing Skills a valid and reliable instrument for measuring the primary care professionals motivational skills?: EVEM study protocol. *BMC Fam Pract*. 2012 Nov 22;13:112
11. Campiñez Navarro M, Pérula de Torres LÁ, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Arbonies Ortiz JC, Novo Rodríguez JM, Bóveda Fontán J, Martín Alvarez R, Prados Castillejo JA, Rivas Doutreleau GR, Domingo Peña C, Castro Moreno JJ, Romero Rodríguez EM. Measuring the quality of motivational interviewing in primary health care encounters: The development and validation of the motivational interviewing assessment scale (MIAS). *Eur J Gen Pract*. 2016 Jun 7:1-7
12. Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5, 3-17.