

La entrevista motivacional en adicciones

Germán Alexander Torres Carvajal¹

Resumen

Introducción: En los últimos 15 años, la entrevista motivacional se ha convertido en uno de los métodos más populares y efectivos en el manejo de las adicciones, hecho sustentado por numerosas investigaciones. *Objetivo:* Llevar a cabo una revisión teórica de las principales características de la entrevista motivacional y la evidencia clínica disponible. *Método:* Revisión de la literatura médica publicada sobre el tema, utilizando la base de datos MedLine. *Resultados:* La entrevista motivacional es un tipo de intervención centrado en el paciente, ampliamente documentado e investigado y con efectividad demostrada, que aprovecha la ambivalencia frente a una problemática y, por medio de una escucha reflexiva y algunas intervenciones puntuales, intenta lograr su resolución, generando una mayor disposición al cambio del comportamiento lesivo en el paciente. *Conclusión:* La entrevista motivacional es una herramienta efectiva en el manejo de los pacientes, que recupera espacios terapéuticos y favorece el proceso de cambio. Podría ser una herramienta útil en el ámbito colombiano, dadas sus características.

Palabras clave: comportamiento, entrevista psicológica, farmacodependencia, motivación.

Title: Motivational Interviewing in Addictions

Abstract

Introduction: In the last 15 years, Motivational Interviewing (MI) has become one of the most popular and effective methods to treat drug addictions. Its efficacy is supported by numerous investigations. *Objective:* To review the main theoretical characteristics of MI and clinical evidence available. *Method:* We reviewed the medical literature on the subject, using the Medline database. *Results:* MI is a patient-centered intervention, with proven effectiveness that takes advantage of the ambivalence toward a problem, and through reflective listening and some targeted interventions, achieve resolution of the ambivalence, leading to greater willingness to change the addictive behavior in the patient. *Conclusions:* MI is an effective tool in the management of drug addicted patients by recovering therapeutic areas and encouraging the process of change. Given its characteristics, MI could be a useful tool for the treatment of drug addicts in the Colombian context.

Key words: Behaviour, psychological interview, drug addiction, motivation.

¹ Residente de tercer año de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Introducción

Desde finales de los años sesenta y principios de los setenta en Colombia ya era común el consumo de sustancias psicoactivas, inicialmente entre los grupos intelectuales y de clases media-alta, para, posteriormente, irse popularizando entre las clases más bajas, especialmente después del establecimiento de las primeras redes de narcotráfico (1). Desde entonces, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas se ha incrementado, según datos del observatorio de drogas de Colombia (Tabla 1) (2). Este aumento del consumo ha llevado a la sociedad de nuestro país a buscar estrategias para la prevención y el manejo de las adicciones resultantes.

No sólo en Colombia se ha dado esta búsqueda, pues a escala mundial ya han pasado más de cuatro décadas de investigación, en las que se ha buscado la prevención de las adicciones, por medio de la prevención primaria y una gran inversión social (3). Pero, incluso con la mayoría de intervenciones de prevención primaria eficaces, el tamaño del efecto es pequeño y muchos jóvenes y adultos deciden iniciar y continuar el uso de drogas (4). Por esta razón, y especialmente para el ámbito colombiano, se requiere elaborar programas de prevención secundaria en la población que ya consume drogas; por ello, las intervenciones breves, en especial la

entrevista motivacional, han sido desarrolladas para este propósito, sobre todo en la reducción del consumo de alcohol (5).

Tradicionalmente, la falta de progresos en el tratamiento de las adicciones, principalmente la del alcohol, se ha atribuido a dificultades del paciente, al señalarse la falta de motivación como el principal culpable de este problema. El clínico, a menudo con un sentido claro del problema, trata de orientar a la persona en la dirección correcta. Con mucha frecuencia la respuesta es la pasividad, el desacuerdo con el terapeuta o la negación pura y simple (6).

A principios de 1980, el Dr. William R. Miller postuló que, en lugar de atribuir la resistencia y la escasa motivación al paciente, un estilo de entrevista de tipo confrontacional por parte del clínico podría potenciar y reforzar estos problemas. Dicho de otra forma, sugirió que el clínico podría utilizar la escucha empática para minimizar la resistencia y aumentar la motivación hacia el cambio en el paciente. Es aquí cuando la entrevista motivacional presenta una perspectiva totalmente diferente, donde es más probable que ocurra el progreso si se le da al paciente el espacio suficiente para ventilar sus dificultades, y si la motivación hacia el cambio no se le impone desde fuera, sino que surge de sí mismo, en una atmósfera libre de conflicto (6,7).

La creciente base empírica, su naturaleza a corto plazo, junto con las presiones ejercidas por el sistema y las empresas de salud para reducir costos, mejorar la retención de pacientes y los resultados de los tratamientos (8) han llevado a que la entrevista motivacional se haya convertido, en los últimos diez a quince años, en uno de los métodos

más populares para el tratamiento de problemas de alcohol; así mismo, ha sido investigado, revisado y ampliado para adaptarlo a otros grupos de pacientes (7,9). Por su perfil, comodidad, costos y efectividad sería de gran ayuda en ámbitos médicos con recursos escasos y tiempo limitado en las intervenciones.

Tabla 1. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, 2008

Sustancias	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Tabaco/cigarrillo	44,49	21,46	17,06
Alcohol	86,08	61,18	34,77
Tranquilizantes sin prescripción*	1,72	0,52	0,22
Estimulantes sin prescripción**	0,23	0,06	0,02
Marihuana	7,99	2,27	1,60
Cocaína	2,48	0,72	0,43
Bazuco	1,09	0,17	0,10
Éxtasis	0,91	0,28	0,11
Inhalables	0,76	0,22	0,09
Heroína	0,19	0,02	0,02
Hongos	0,57	***	***
LSD	0,07	***	***

* Diazepam, lorazepam, alprazolam, bromazepam, brotizolam, clonazepam, clobazam, flunitrazepam, midazolam, triazolam, clordiazepoxido.

** Metilfenidato, metanfetamina,

*** En el cuestionario del 2008 no se incluyeron preguntas para evaluar prevalencias de último año y último mes.

Definición y espíritu de la entrevista motivacional

La entrevista motivacional se ha descrito como una intervención directiva, con un estilo centrado en el paciente, para suscitar el cambio de comportamiento, al ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia que le genera su problema. Ésta se da en una at-

mósfera constructiva de conversación sobre el cambio de comportamiento, en la que el clínico inicialmente escucha de manera empática, para comprender la perspectiva del cliente y minimizar la resistencia de éste. Sobre dichas bases de colaboración respetuosa se implementan estrategias y técnicas, que se utilizan para estudiar los valores de la persona,

sus objetivos y su relación con el problema de adicción, y promover la motivación para el cambio proveniente del paciente.

El método, sin embargo, es confrontacional, pero, a diferencia de otros métodos, donde la confrontación surge entre las partes de la conversación, en la entrevista motivacional la confrontación está destinada a surgir dentro del paciente, esto aumenta la probabilidad del cambio y promover otras condiciones que lo van a soportar. Típicamente, esto implica alentar al paciente a analizar los conflictos y contradicciones, que son tan frecuentes en los problemas de adicciones, y, mediante un resumen periódico de lo entendido, y luego de darle tiempo para reflexionar, se supone que la motivación posterior hacia el cambio será mayor (10).

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente

Esto autores encontraron que en los pacientes el cambio seguía un modelo en espiral. De este modo, asumían que los individuos pueden recaer en el consumo a lo largo del proceso, sin implicar un retroceso al punto de partida inicial. El objetivo principal del modelo es describir y delimitar los elementos inherentes al proceso de cambio en las adicciones. Para ello, los autores hablan de un modelo tridimensional, en cuanto integra

tres áreas bien diferenciadas entre ellas (11):

1. Estadios de cambio
2. Procesos de cambio
3. Niveles de cambio

Afirman que es imprescindible adecuar las intervenciones terapéuticas en el estadio de cambio en que se encuentre el paciente, convirtiéndolas en estrictamente individuales y personalizadas.

1. Estadios de cambio

a. Estadio de precontemplación: en este estadio no hay conciencia del problema y, por tanto, el sujeto no se plantea modificar su conducta adictiva, en cuanto ésta no representa un problema. En este estadio, los aspectos gratificantes obtenidos por medio de la sustancia resultan superiores a los aversivos (11).

b. Estadio de contemplación: se da en el momento en que aparece conciencia del problema y, en consecuencia, el sujeto se plantea la posibilidad de abandonar la conducta de adicción. En este momento comienzan a equilibrarse los aspectos gratificantes respecto a los aversivos obtenidos por medio de la sustancia, que irán aumentando progresivamente (11).

c. Estadio de preparación: en este estadio el sujeto se compromete a abandonar su conducta adictiva y

comienza a reducir progresivamente la dosis consumida, aunque no se alcance la abstinencia.

d. Estadio de acción: es el estadio que representa los cambios conductuales más relevantes (proceso de abstinencia y reevaluación personal), dirigidos a superar la adicción. Implica un compromiso firme hacia el tratamiento, a la vez que requiere una inversión clara de tiempo y energía (11).

e. Estadio de mantenimiento: estadio en que los objetivos están dirigidos a la conservación y consolidación de los cambios significativos alcanzados en el estadio anterior, así como la prevención de recaídas en el consumo (11).

2. Procesos de cambio

Los procesos de cambio explican “cómo” o de qué manera se producen estos cambios. Serán todas las actividades encubiertas o manifestadas que pone en práctica el individuo para modificar la conducta de adicción y que harán comprensibles todos los cambios comentados. Los procesos son:

a. Aumento del grado de conciencia: proceso cognitivo que implica intensificar el procesamiento de la información respecto a la problemática asociada con la conducta adictiva y los beneficios de modificarla. Un abordaje objetivo y personal dirigi-

do a las consecuencias negativas propuestas por el propio sujeto ayudará a incrementar la toma de conciencia (11).

b. Autorreevaluación: hace referencia a la valoración afectiva y cognitiva del sujeto respecto a cómo la conducta de adicción afecta los propios valores y su manera de comportarse. Implica, también, reconocer la mejora que representaría para su vida dejar el consumo (11).

c. Reevaluación ambiental: consiste en valorar el impacto que tiene la conducta adictiva hacia sus relaciones interpersonales y reconocer las consecuencias positivas que llevaría a su entorno modificar el hábito tóxico (11).

d. Relieve dramático: consiste en la experimentación y expresión de las reacciones emocionales del sujeto, generadas a partir de la observación de los aspectos negativos de la conducta adictiva (11).

e. Autoliberación: representa el compromiso personal y el aumento de la capacidad para decidir y elegir del individuo. Implica creer que uno mismo es realmente el elemento crucial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, en cuanto es capaz de adquirir las habilidades necesarias para cambiar (11).

f. Liberación social: hace referencia a la capacidad del sujeto para

decidir y elegir. En este caso, está favorecida por la toma de conciencia de lo que representa, en el ámbito social, la conducta de adicción, así como de la voluntad social de combatirla, al aumentar las alternativas adaptativas (11).

g. Manejo de contingencias: se considera un ingrediente fundamental en las terapias de autocontrol y consiste en la aplicación de refuerzos (autoaplicado/heteroaplicado) a una conducta concreta (11).

h. Relaciones de ayuda: hace referencia al apoyo social como elemento facilitador del proceso de cambio. Éste debe representar una ayuda incondicional por el sujeto (11).

i. Contracondicionamiento: consiste en modificar la respuesta cognitiva, motora y fisiológica provocada por los estímulos condicionados por el consumo, al generar otras conductas alternativas. El objetivo es potenciar el aprendizaje de nuevas habilidades que ayuden al sujeto a afrontar las situaciones de riesgo y el *craving* (11).

j. Control de estímulos: consiste en evitar la exposición a situaciones de riesgo que pueden provocar una recaída en el consumo. La reestructuración del ambiente será clave al inicio del proceso, para reducir al máximo las probabilidades de que se produzcan recaídas en el consumo (11).

3. Niveles de cambio

Hacen referencia a todos aquellos cambios que son necesarios para abandonar la conducta de adicción (11). Los niveles son:

- a. Síntoma/situacional
- b. Cogniciones desadaptadas
- c. Conflictos interpersonales actuales
- d. Conflictos familiares
- e. Conflictos intrapersonales

Conceptos útiles en la entrevista motivacional

Una vez conocidos los marcos conceptuales y teóricos propuestos por Prochaska y DiClemente, hay tres conceptos importantes que se manejan en la entrevista motivacional.

- La preparación: una forma útil de ver la motivación es como un estado de preparación al cambio, que fluctúa y puede ser influenciado por otros (3). Las etapas del modelo de cambio, propuestas por DiClemente y Prochaska, que surgieron casi simultáneamente con la entrevista motivacional, proveen un marco al concepto de preparación al cambio, lo que resultó útil para su comprensión y puesta en marcha dentro de las sesiones de entrevista motivacional. Estas etapas del modelo de cambio indican que

las personas tienen diferentes necesidades, dependiendo de su etapa de cambio, y que moverse en esas etapas durante el asesoramiento puede ser beneficioso (12).

La sensibilidad del clínico para estar alerta al cambio del estado de preparación del paciente tiene un valor incalculable para el adecuado uso de la entrevista motivacional, el deber del clínico es mantener el paso con el paciente; esta disposición es la que permite que la resistencia en el paciente se mantenga en el mínimo y la relación (*rapport*) se mantenga durante los momentos difíciles.

- La ambivalencia: este concepto fue ubicado en el centro de la entrevista motivacional, ya que proporciona un ancla conceptual para hacer frente a la incertidumbre sobre el cambio de comportamiento que prevalece en las sesiones de entrevista (9).

La ambivalencia es un estado normal, vivenciado por todos en algún momento; este inconveniente puede ser difícil de comprender desde la perspectiva del observador, sobre todo cuando el comportamiento es percibido por otros como algo problemático. Pero para la persona con el comportamien-

to “problemático”, el cambio puede ser duro y enervante, y exigir una reconfiguración de las creencias relativas a la función que cumple la conducta adictiva y el valor que se deriva de ello. En la interrelación de la ambivalencia sobre el cambio, los objetivos del paciente y sus valores fundamentales se encuentra la sustancia de la entrevista motivacional. Como consecuencia del aprovechamiento de la ambivalencia, es el paciente quien se anima a reconocer los problemas y a expresar su preocupación por éstos; es quien habla con determinación de hacer cambios, al expresarse con esperanza y optimismo de su propia habilidad para alcanzar sus metas (13).

- La resistencia: en la descripción de la entrevista motivacional, la resistencia es vista como la conducta observable que surge cuando el clínico pierde congruencia demostrable con el paciente. En la resistencia, el paciente está tratando de proteger su autoestima, sus valores personales o una opinión particular, que expresa una creencia central atesorada por el paciente. Responder constructivamente al *rapport* dañado por la mala comunicación y la confusión es particularmente importante en los estadios tempranos de la entrevista (9).

Dentro de las resistencias que tendremos que sortear con el paciente durante el proceso se encuentran:

- Pregunta-respuesta: significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo, y no facilita la reflexión y elaboración por parte del paciente (14).
- Confrontación-negación: cuanto más enfrentemos al paciente con su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio, con respuestas de tipo negativo o evitativo (15,16).
- Tomar posición de experto: ofrecer respuestas y soluciones que llevan a asumir un rol pasivo por parte del paciente.
- Etiquetar al paciente: poner una etiqueta al paciente por un hábito que tiene; éstas acarrean estigmatización y aumento de la resistencia (17,18).

Principios de la entrevista motivacional

- Expresar empatía: la escucha empática es el principio fundamental que asegura que el clínico se mantenga en sintonía con las necesidades y aspiraciones del paciente. Su práctica, reforzada considerablemente por el uso de la escucha reflexiva, implica tanto comentarios de resumen, diseñados para garantizar la paridad con el cliente, como de enunciados más complejos, que permiten al clínico resaltar elementos del dilema del paciente que llevarán a la resolución de la ambivalencia (9).
- Evidenciar las discrepancias: en la exploración de los valores personales del cliente y las aspiraciones para el futuro, puede surgir un estado particular de malestar, a éste se le denomina *discrepancia*. Puede generarse del contraste entre lo que la persona quiere de la vida y la naturaleza autodestructiva de la problemática de las adicciones. En la entrevista motivacional, este tipo de situación no es vista como un problema que debe evitarse, sino como algo que puede ser un catalizador para el cambio, que le permite ver a los pacientes cómo el problema puede estar en contravía con lo que es importante para ellos y sus esperanzas para el futuro (9).
- Avanzar con las resistencias: este principio pone de relieve la necesidad de evitar las argumentaciones no constructivas, que se asemejan a una batalla de voluntades. Respetar las decisiones del paciente y, al mismo tiempo, aceptarlas, es una forma de mostrarle respeto. En ningún momento le serán

- impuestas al paciente otras soluciones que él no haya contemplado (9).
- Fomentar la autoeficacia: el concepto *autoeficacia* está directamente relacionado con la autoestima; consiste en creer en las capacidades o habilidades propias para llevar a cabo una tarea de forma exitosa. Enfatizar y creer en la responsabilidad de uno mismo ante el propio cambio ayuda a fomentar la autoeficacia. Potenciar el sentimiento de autoeficacia y la actitud de cambio en el paciente es fundamental en la entrevista motivacional (9).
- El método de la entrevista motivacional**
- Habilidades para una escucha empática: estas habilidades son la base de la entrevista motivacional; dentro de éstas, la escucha reflexiva es el principal vehículo para transmitir la empatía con el paciente y la más susceptible de ser usada hábilmente. Una pauta sugerida por los expertos es tratar de aumentar la proporción y exactitud de las declaraciones que indican una escucha reflexiva y disminuir la proporción de preguntas hechas al paciente. Entre más reflexivo y comprensivo es el clínico, más probable es que el paciente se torne más contemplativo y, al hacerlo, realice nuevas conexiones (9,10).
 - Promover las declaraciones automotivadoras: esto no es solamente una cuestión técnica de provocar declaraciones e ignorar los argumentos en contra del cambio, sino de dar al paciente el tiempo para expresar la ambivalencia, libre de distracciones, en una atmósfera en la que la principal tarea del clínico es escuchar y comprender. El objetivo en todo momento es ayudar al sujeto a que resuelva su ambivalencia (10).
 - Responder a las resistencias: responder de forma constructiva a la resistencia, que puede ser vista como un *rapport* dañado, es particularmente importante en las primeras etapas de un encuentro, cuando las posibilidades de una mala comunicación son muy comunes. Uno de los errores más comunes de los clínicos es asumir que el paciente tiene una mayor disposición al cambio de la que experimenta realmente y, como consecuencia de esta asunción, reforzar la resistencia (9).

Responder a esta resistencia no es solamente una cuestión de técnica. La actitud del clínico debe reflejar el reconocimiento de las necesidades del cliente de mantener su dignidad,

su autoestima y la de ser escuchado y reconocido. Esto se reflejará en las declaraciones de carácter reflexivo que le hará al paciente. Las declaraciones provenientes de la escucha reflexiva ayudan al clínico a ampliar, resaltar e incluso reorientar el foco de la discusión. En el uso de estas declaraciones reflexivas se añade un elemento directivo a la entrevista. El cuándo y cómo se utilizan estas declaraciones depende de las circunstancias específicas y la calidad del *rapport* que haya entre los participantes (10).

La metodología de la entrevista motivacional es enriquecida por aportes de la técnica narrativa de Carl Rogers; él afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente proporciona la atmósfera óptima para el cambio, al permitirle un análisis de sí mismo en un ambiente seguro (19). Existen cinco técnicas que ayudan a que el paciente pueda sentirse entendido y aceptado, y que pueda verse a sí mismo y la situación en que se encuentra:

1. Preguntas abiertas: son aquellas que no pueden contestarse con una o dos palabras, a diferencia de las preguntas cerradas. Este tipo de preguntas le permiten al paciente aumentar su percepción del problema. Le permiten al sujeto, además, extenderse en su respuesta. Le ofrecen la posibilidad de des-
2. Escucha reflexiva: es una de las habilidades fundamentales de la entrevista motivacional. Se trata de averiguar lo que intenta transmitir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Responder de manera reflexiva consiste en plantearnos una pregunta en la que uno debe plantearse: “qué me quiere decir el paciente”. El sujeto tiene claro qué nos quiere comunicar con su discurso, pero a menudo lo hace de manera indefinida o poco específica. La tarea del terapeuta es escuchar de manera cuidadosa para decodificar el mensaje, elaborar la pregunta y, finalmente, devolver la información al paciente (21,22).
3. Reestructuración positiva: se basa en dar seguridad y apoyar al paciente, al destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él, mediante comentarios y frases comprensivas. Sirve para aumentar su autoestima y autoconfianza, aumenta el control sobre sí mismo y su sensación de poder (23).
4. Resumir: esta estrategia ayuda a relacionar el contenido de los mensajes y la información que va apareciendo a lo largo de

cribir su problema o situación personal sin límite. Escucharlo activamente facilitará su discurso y le animará a expresarse de forma sincera (20).

- la sesión. Resumir periódicamente demuestra que estamos escuchando atentamente y que seguimos el discurso; de este modo, potenciamos la motivación del paciente hacia su propio proceso.
5. Afirmaciones de automotivación: hay que favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras, que pueden darse sobre diferentes aspectos de su vida y su conducta.

Evidencia clínica de la efectividad de la entrevista motivacional

Los teóricos han postulado diversos factores, se correlacionan e influencian en el cambio final del comportamiento de los pacientes que son manejados con la entrevista motivacional (7); algunos son dependientes del terapeuta, otros son dependientes del paciente. Éstos factores son:

1. El entrenamiento del terapeuta en entrevista motivacional.
2. La empatía del terapeuta y el espíritu de la entrevista motivacional (10,24,25).
3. El uso consistente de métodos de entrevista motivacional por parte del terapeuta.
4. El discurso preparatorio y de cambio que realiza el paciente y la disminución de la resistencia (26).

5. El compromiso al cambio del comportamiento.

Estos factores han sido estudiados extensamente, con miras a aclarar la efectividad de la entrevista motivacional y en qué áreas se presenta. Al día de hoy, la evidencia más significativa se ha encontrado en las siguientes áreas:

- La entrevista motivacional influencia el discurso de cambio en el paciente: se considera que el cambio en el discurso del paciente es un factor que favorecerá posteriormente el cambio del comportamiento de éste; ello ha sido corroborado por varios estudios de análisis psicolingüístico, donde el uso de la entrevista motivacional de forma consistente y entrena da (27,28) aumenta de forma significativa la frecuencia y la fortaleza del cambio de discurso (29,30).
- El discurso de cambio predice el cambio del comportamiento: se predice que el cambio en el comportamiento estará directamente relacionado con el discurso de cambio que presente el paciente durante la entrevista motivacional. Tratando de evaluar esto, en los estudios lingüísticos del discurso se ha encontrado que la categoría que de forma más directa y robusta

podría predecir el cambio de comportamiento es el lenguaje que expresa un fuerte compromiso; sin embargo, sólo se encontró una asociación positiva con la abstinencia durante el año siguiente a la intervención y cuando este tipo de lenguaje se presentaba al final de las sesiones, pero no se encontró una relación directa con el cambio de comportamiento (31). Sin embargo, esto da una pauta para pensar que entre más se presente el discurso de cambio, es más probable que el cambio de comportamiento se dé.

- El espíritu de la entrevista motivacional y los resultados: Rollnick y Miller describieron un espíritu subyacente a la entrevista motivacional como uno de los componentes cruciales de su eficacia. Este espíritu tiene tres puntos fundamentales: 1. es colaborativo, en vez de autoritario; 2. evoca la propia motivación del paciente, en vez de tratar de instalarla; 3. hace honor a la autonomía del paciente.
- Un estudio realizado por Miller, en 1993 (32), encontró evidencia a favor del vínculo entre el espíritu de la entrevista motivacional, el discurso de cambio en el paciente y los resultados favorables. Adicionalmente, la hipótesis relacional de la eficacia de la entrevista motivacional predice una relación directa entre el estilo del terapeuta y los resultados en el paciente. En un estudio realizado se encontró que las habilidades clínicas interpersonales se correlacionan de forma significativa con las medidas de participación del paciente (33).
- Entrenamiento en entrevista motivacional: idealmente, en entrenamiento clínico en entrevista motivacional debería cambiar el comportamiento práctico y mejorar los resultados del paciente. Se encontró que a corto plazo lo que hizo el entrenamiento fue convencer a los clínicos de que habían adquirido más destreza, pero su práctica actual no cambió lo suficiente para hacer alguna diferencia en sus pacientes (34). En otro estudio se identificaron dos posibles ayudas que podrían mejorar el entrenamiento de los clínicos: la retroalimentación individual progresiva y el seguimiento por parte de un supervisor. La retroalimentación y la supervisión, tanto individual como combinada, mejoraron la competencia en entrevista motivacional de los participantes; la mejora se demostró en las escalas globales que valoraban el espíritu de la entrevista motivacional y la empatía, así como en habilidades técnicas específicas (29,31).

- La entrevista motivacional en otros tratamientos activos: tres ensayos clínicos evaluaron la entrevista motivacional como preludio a un tratamiento. En los tres, los pacientes que recibieron manejo con la entrevista motivacional (intrahospitalarios, ambulatorios, adultos y adolescentes) mostraron tasas de abstinencia total dos veces mayores, a tres y seis meses, que aquellos que recibieron el mismo tratamiento, pero sin el uso de la entrevista motivacional inicial (35,36).
 - Nuevos campos: en la literatura se reportan más de 200 experimentos clínicos de entrevista motivacional; se reportan hallazgos positivos en diversos problemas, entre los cuales se encuentran la rehabilitación cardiovascular, el manejo de la diabetes, los cambios dietarios, la hipertensión, la reducción en el riesgo de infección, el manejo de enfermedades mentales crónicas, el juego patológico, el tabaquismo. Se encontró que el tamaño del efecto fue más grande y duradero cuando la entrevista motivacional se añadía a otro tratamiento activo (37,38). Esto sugiere un efecto sinérgico de la entrevista motivacional con otros métodos. Recientemente se han incluido nuevas aplicaciones para la entrevista motivacional en el campo del cuidado médico (39) y los servicios psicológicos (40).
 - Hallazgos mixtos: no todos los experimentos han sido positivos. Algunos han arrojado resultados nulos para la entrevista motivacional, como en el caso de los trastornos de la alimentación (41), algunos en abuso de drogas y dependencia (42), tabaquismo (43), alcoholismo (44). Incluso en experimentos multicéntricos, bien controlados, la entrevista motivacional ha funcionado en algunos sitios, pero en otros no (45). Aparentemente, esto se debe a que algunos clínicos son más efectivos que otros para administrar el mismo tratamiento basado en la entrevista motivacional; incluso en ensayos con resultados positivos, una proporción de pacientes no responde a la entrevista motivacional.
- La efectividad de la entrevista motivacional también puede variar en diferentes poblaciones. En un metaanálisis se encontró que el tamaño del efecto de la entrevista motivacional era el doble cuando se usaba en una minoría, en comparación con la población blanca no hispana (38). Otro estudio mostró alguna evidencia del beneficio de la entrevista motivacional en mujeres embarazadas consumidoras de drogas y pertenecientes a una minoría (46).

Conclusión

La entrevista motivacional, desde su creación y con el paso del tiempo, ha demostrado su efectividad en el manejo de pacientes, predominantemente en problemas relacionados con las adicciones a sustancias psicoactivas, como lo soporta la evidencia presentada; así, es un factor contribuyente en mejorar el pronóstico para estos pacientes de tan difícil manejo. Su enfoque centrado en los intereses del paciente, y no en los del terapeuta, rescata elementos psicoterapéuticos que son la base en cualquier intervención y que, con el tiempo, se han llegado a perder; por la necesidad de resultados en corto tiempo y a gran escala, esta necesidad ha llegado a desplazar los intereses, el ritmo y la individualidad del paciente, por los conceptos y directivas del clínico, lo que entorpece el proceso hacia la mejoría.

Finalmente, este modelo resultaría muy útil en atención primaria, especialmente en Colombia, por varias razones:

- Promueve un trabajo más realista y eficiente, al poder realizar un diagnóstico motivacional y utilizar estrategias adaptadas a cada estadio de cambio del individuo.
- Se da una ayuda continuada, con avances pequeños, pero constantes, sin caer en el todo o nada que habitualmente se utiliza en salud. Intervenciones breves, pero pertinentes y repetidas a lo largo de un periodo, pueden ser eficaces y gratificantes.
- La recaída no se considera un fracaso del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Cada recaída no es la misma y representa un avance hacia el éxito del cambio, ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.
- Por su relativa sencillez y pocos requerimientos, es propicio para ámbitos como el sistema de salud colombiano, donde la escasez de los recursos y personal obligan a buscar estrategias alternativas para el manejo de esta población (47).
- Este tipo de intervención no requiere encuadres a largo plazo, ni ámbitos especiales, por lo cual se puede implementar en los servicios de urgencias y unidades de atención básicos en el país (48).
- Puede ser implementado por el personal de enfermería, psicología y medicina, con un entrenamiento corto y sencillo,

de bajo costo, y optimizar, así, el recurso humano que actualmente poseemos (49).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la entrevista motivacional no es compatible con una simple comunicación lineal de una política pública para la prevención, y, por su carácter individualizado, pueden entrar en conflicto los valores y objetivos del individuo y las aspiraciones de las políticas públicas generales. A pesar de ello, este conflicto puede ser minimizado por una clara definición de los objetivos, en términos de la reducción del daño y la individualización de los objetivos de la intervención (50), con una política clara, bien diseñada y dirigida, que pueda beneficiar a nuestros pacientes en el ámbito de salud colombiano.

Referencias

1. Pérez A. Sustancias psicoactivas: historia del consumo en Colombia. Bogotá: Presencia; 1994.
2. Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia: Informe Final. Bogotá: DNE; 2008.
3. DuPont RL. Implications for prevention policy: a commentary. In: Bukoski WJ, Evans RL, editors. Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: implications for programming and policy. NIDA Monograph. No 176. Rockville: NIDA; 1998. p. 214-21.
4. Coggans N, Cheyne B, McKellar S. The life skills training drug education programme: a review of research. Edinburgh: Effective intervention unit; 2003. Disponible en: http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu_lifeskl.pdf.
5. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytical review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002;97(3):279-92.
6. Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviours*. 2nd Ed. New York: Plenum; 1998.
7. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*. 1983;11:147-72.
8. Carroll K, Ball S, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Dependence*. 2006;81(3): 301-12.
9. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York: Guilford; 1991.
10. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995; 23:325-34.
11. DiClemente CC, Prochaska JO. Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982;7(2):133-42.
12. Prochaska J, DiClemente C. Comments, criteria and creating better models: in response to Davidson. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviours*. 2nd Ed. New York: Plenum; 1998.
13. Miller WR, Rollnick S, Moyers T. *Motivational Interviewing. Professional training video-tape series*. Albuquerque: University of New Mexico, 1998.
14. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999.
15. Freixa N. La entrevista con el enfermo alcohólico. *Estrategias motivacionales*. Jano. 2000; 59:1383-4.
16. McIlvain H, Bobo JK, Leed-Kelly A, Sitorius MA. Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics. *Am Fam Physician*. 1998;57(8):1869-82.

17. Cebriá J, Bosch JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. FMC. 2000;7(4):233-6.
18. Cebriá J, Bosch JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. FMC. 1999;6:393-5.
19. Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós; 1986.
20. Cebriá J, Bosch JM. ¿Médico o abogado del diablo? FMC. 2000;7:320-2.
21. Bosch JM, Cebriá J. La Sra Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria (II). FMC. 2000;7:39-42.
22. Bosch JM, Cebriá J. Reactancia psicológica: "Fumar es un placer". FMC. 1999;6:59-61.
23. Rogers C. El poder de la persona. México: El manual moderno; 1980.
24. Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch S, editor. Psychology: the study of a science. Formulations of the person and the social contexts. New York: McGraw-Hill; 1959. p. 184-256.
25. Truax CB, Carkhuff RR. Toward effective counseling and psychotherapy. Chicago: Aldine; 1967.
26. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2002.
27. Moyers TB, Martin T. Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions: support for a potential causal mechanism. *J Subst Abuse Treat.* 2006;30(3):245-51.
28. Moyers TB, Martin T, Christopher PJ, Houck JM, Tonigan JS, Amrhein PC. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(S3):40-7.
29. Amrhein PC, Miller WR, Yahne C, Knupsky A, Hochstein D. Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interviewing. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(5):74A.
30. Houck JM, Moyers TB. What you do matters: Therapist influence on client behavior during motivational inter- viewing sessions. Paper presented at the International Addiction Summit. Melbourne, Australia. 2008.
31. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(5):862-78.
32. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(3):455-61.
33. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(6):1050-62.
34. Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behav Cogn Psychother.* 2001;29(4):457-71.
35. Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychol Addict Behav.* 1993;7(4):211-8.
36. Bien TH, Miller WR, Boroughs JM. Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behav Cogn Psychother.* 1993;21:347-56.
37. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(5):843-61.
38. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:91-111.
39. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care. New York: Guilford; 2008.
40. Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational interviewing in treating psychological problems. New York: Guilford; 2008.
41. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N, Todd G, de Silva P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivational enhancement therapy and

- cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther.* 1998;37(5):405-18.
42. Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):754-63.
 43. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry.* 2006;163(11):1934-42.
 44. Kuchipudi V, Hobein K, Fleckinger A, Iber FL. Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *J Stud Alcohol.* 1990;51(4):356-60.
 45. Ball SA, Martino S, Nich C, Frankforter TL, Van Horn D, Crits-Christoph P, et al. Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(4):556-67.
 46. Winhusen T, Kropp F, Babcock D, Hague D, Erickson SJ, Renz C, et al. Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *J Subst Abuse Treat.* 2008;35(2):161-73.
 47. Saltini A, Del Piccolo L. Patient-centered interviews in general practice. *Recenti Prog Med.* 2000;91(1):38-42.
 48. Bosch JM, Cebriá J, Massons J, Casals R. Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica "la motivación para el cambio". Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC. Madrid: SEMFYC; 1994. p. 285-94.
 49. Peterson PL, Baer JS, Wells E, Ginzler JA, Garrett SB. Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psych Addict Behav.* 2006;20(3):254-64.
 50. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction.* 2004;99(1):39-52.

Conflictivo de interés: el autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 1º de mayo del 2010

Aceptado para publicación: 4 de agosto del 2010

Correspondencia

Germán A. Torres C.

Hospital Universitario de San Ignacio

Departamento de Psiquiatría, Unidad de Salud Mental

Pontificia Universidad Javeriana

Carrera 7^a No. 40-62

Bogotá, Colombia

germantorr@gmail.com