



ENTREVISTA MOTIVACIONAL

SERVICIO DE SALUD MENTAL
UNIDAD RESIDENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ DE MAIPO
SSMSO

Daniel Franz A.
Alejandro Riquelme B.



“Si tratas a una persona como es, permanecerá como es, pero si la tratas como si fuera, lo que debe y puede ser, se convertirá en lo que debe y puede ser”


¿Qué es motivación?

- La motivación es la **fuerza** que impulsa la conducta
- La motivación es un proceso **cambiante**
- Los intereses cambian con el tiempo y con ello los focos de motivación

Perspectiva contemporánea acerca de la motivación

(Viets, Walker y Miller, 2002)

- **La motivación es *modificable*.** Como comportamiento abierto, puede ser aumentada o disminuida a través de los principios de la naturaleza humana.
- **La motivación es un fenómeno *interpersonal*,** algo que ocurre y cambia dentro del contexto de relaciones humanas más que instalada en la persona.
- **La motivación es *probabilística*:** ¿cuán *probable* es que la persona inicie y persista en una acción particular? Tiene relación con el inicio y la dirección de la acción. Por lo tanto, las intervenciones para influenciar la motivación son aquellas que aumentan o disminuyen efectivamente la probabilidad de una acción.

- 
- **La motivación es a menudo muy *específica* para un curso de acción.** Una persona puede estar no motivada (probabilidad baja) para un tipo de tratamiento o cambio, pero muy dispuesta a participar en otro.
 - **La motivación es *INTERNA O EXTERNA*.** Aunque es posible obligar al cambio de comportamiento cuando uno tiene el control de las contingencias externas, es más probable que perdure el cambio motivado intrínsecamente.

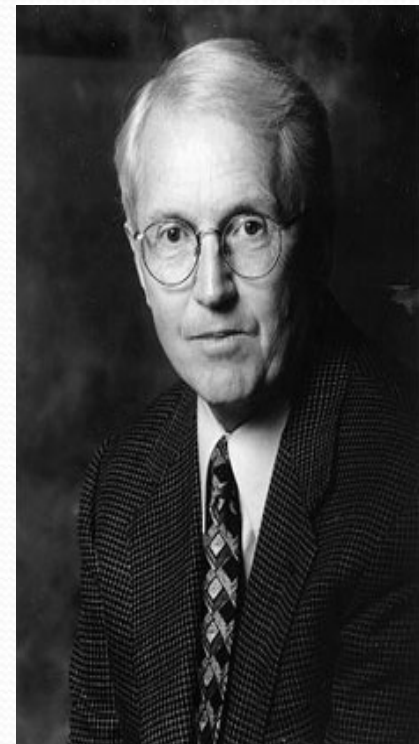


**Modelo Transteórico de
la Motivación para el
Cambio**

Entrevista Motivacional

Modelo Transteórico de la Motivación para el Cambio de James Prochaska y Carlo DiClemente (1984)

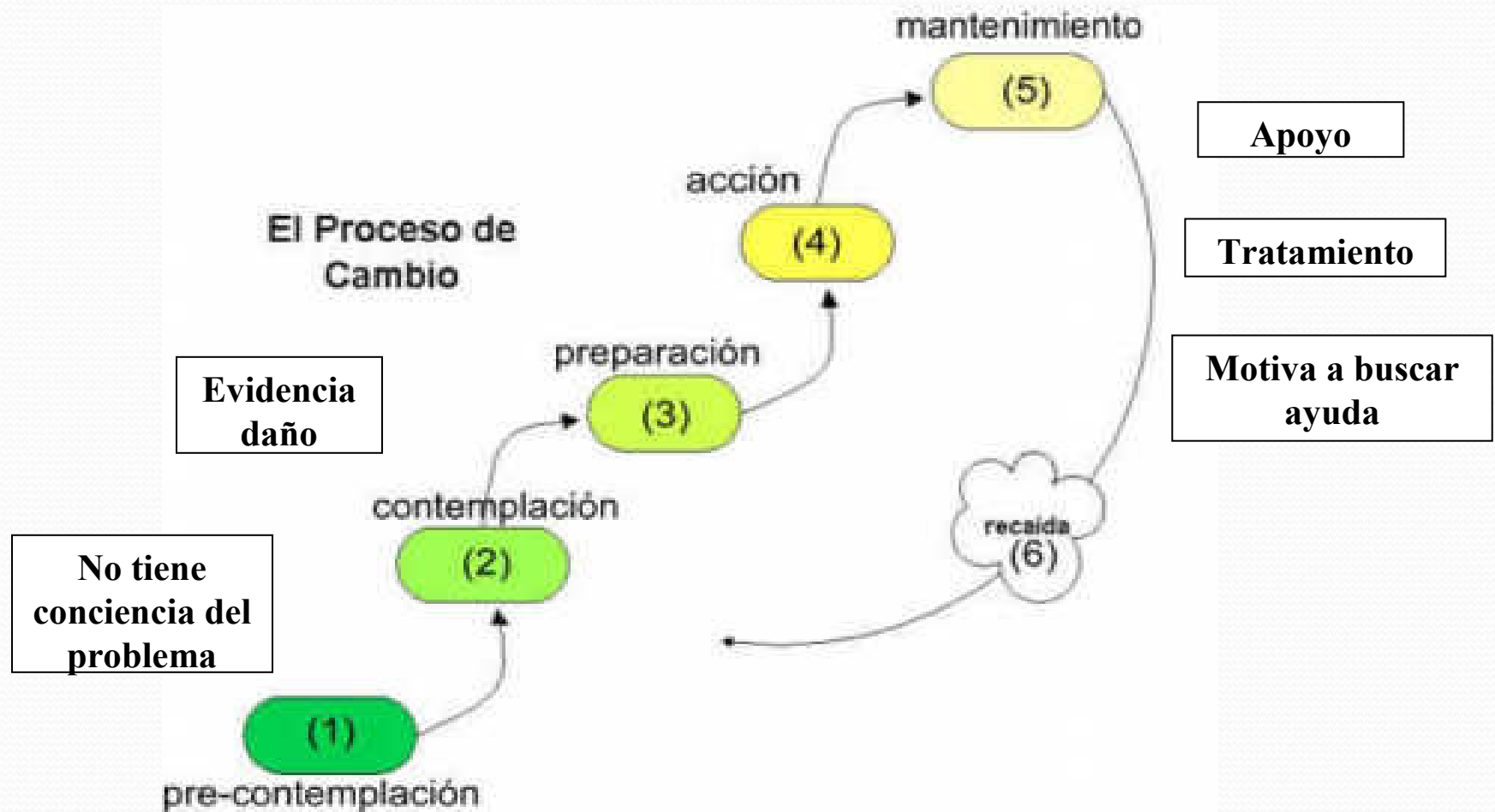
- **Modelo global, tridimensional, es aplicable a las diversas conductas adictivas y a otros problemas de salud mental y conductas de autocuidado.**
- **Da cuenta de los procesos de cambio de quienes participan en tratamientos formales o en ausencia de tratamiento.**



- Transteórico Trasciende al enfoque de tratamiento específico, e integrativo a nivel teórico.



PROCHASKA Y DICLEMENTE (1992)



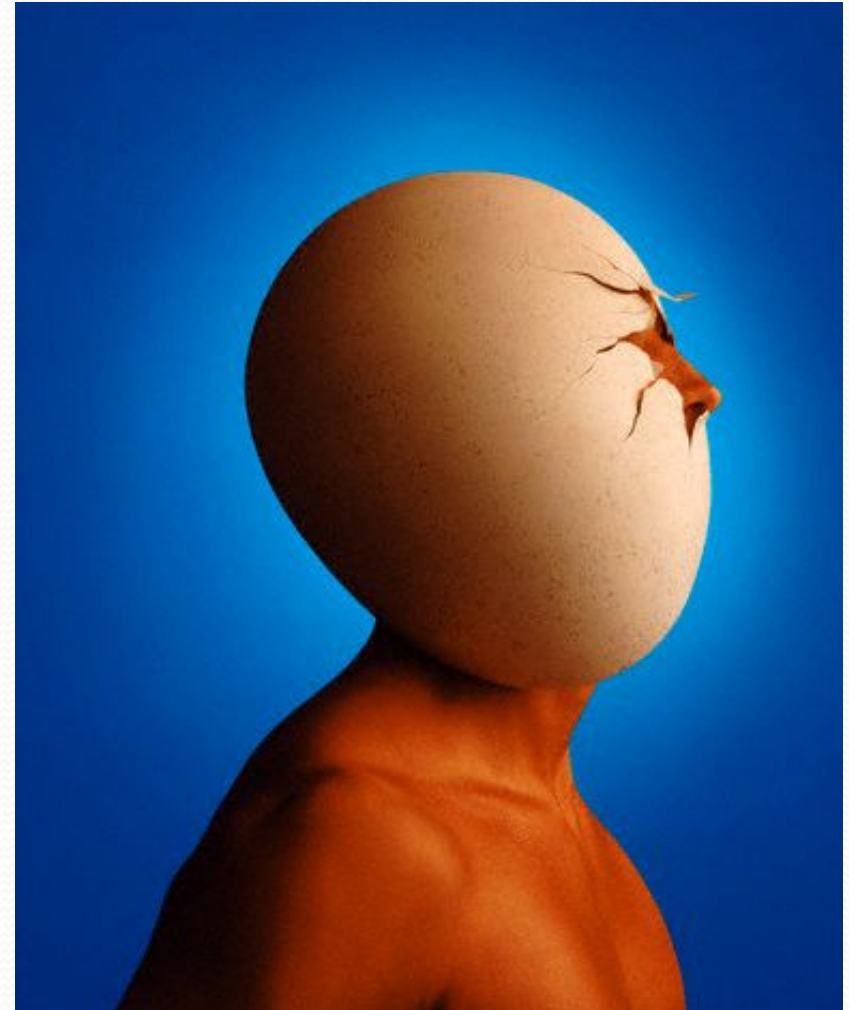
PRECONTEMPLATIVOS

No ven el problema

Es necesario:

- Evitar etiquetar y confrontar
- Dar opinión profesional
- Invitar a controlar el consumo
- Eventual nueva citación con familiar
- “Dejar la puerta abierta”

“EXCEPTO SI HAY RIESGO VITAL”



PACIENTES CONTEMPLATIVOS

“Contemplan el problema pero aún no han hecho nada”

Es necesario:

- Motivar para actuar
- Acordar cierto tipo de tareas
- Trabajar con familiares
- Apoyar el inicio de la abstinencia
- Acordar seguimiento



PACIENTES EN DECISION O PREPARACION

“A parte de contemplar el problema deciden tomar cartas en el asunto, y comienzan a preparar estrategias mentales para el cambio”

Es Necesario:

- Aprovechar momento para hacer llegar la motivación al óptimo.
- Acordar plan de tratamiento.
- Reforzar consecuencias positivas de la abstinencia.
- Trabajar en conjunto con la familia.



PACIENTES EN ACCION

Inician acciones concretas para el cambio en forma voluntaria.

Es necesario:

- Apoyar la abstinencia
- Comenzar prevención de recaídas
- Comenzar integración a la red social de apoyo (familiares , amigos , etc..)
- Farmacoterapia y Psicoterapia.
- Grupos de autoayuda y seguimiento.



PACIENTES EN MANTENCION

Han logrado la abstinencia”

Es necesario:

- Entrar de lleno en prevención de recaídas
- Resolución de conflictos
- Terapia y apoyo familiar
- Activación de redes
- Grupos de autoayuda, de seguimiento.
- Promover desarrollo y crecimiento personal , más allá del corte del consumo.



PACIENTES EN RECAIDA

- La recaída es distinta a un desliz
- La recaída es parte del proceso
- El paciente debe aprender de la recaída
- Es necesario:
 - Trabajar con la recaída
 - Incitar al paciente a que aprenda de su recaída
 - Apoyar afectivamente al paciente para así contener la culpa.

“ EL CAMBIO ES UN PROCESO DE EVOLUCION MEDIANTE LAS RECAIDAS”.



ENTREVISTA MOTIVACIONAL

William R. Miller



Stephen Rollnick



¿Qué es la Entrevista Motivacional?

► Forma concreta de **ayudar** a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. En especial con aquellas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio.

► **Resolver** la ambivalencia y hacer que la persona progrese a lo largo del camino del cambio.



► **Movilizar** hacia la recuperación de sus propias habilidades y recursos que pudieran encontrarse estancadas.



► **Aumentar** la motivación intrínseca del paciente. Que el cambio surja desde adentro, más que una imposición externa.



En la entrevista motivacional...

- ✓ Paciente como protagonista del cambio.
- ✓ Énfasis en la elección personal.
- ✓ Terapeuta perturbador estratégico. (mover hacia la conciencia sus propias preocupaciones y obstáculos).
- ✓ Resistencia, patrón conductual que es influida por relación con el terapeuta. (se reflexiona).
- ✓ Objetivos, negociados en la diada terapéutica.



- ✓La estrategia esta dirigida a crear la motivación para el cambio.
- ✓Analiza y devuelve las percepciones (no etiqueta, ni corrige).
- ✓Provoca estrategias posibles. El proceso de resolución de problemas surgen del propio paciente.
- ✓La elección del método de cambio queda en manos del paciente.



- ✓ Busca en forma sistemática el camino hacia la motivación.
- ✓ Ofrece consejo y feedback cuando es necesario y adecuado.
- ✓ Reflexión empática, es selectiva, reforzar ciertas partes del proceso. (timing).
- ✓ Amplifica los conflictos para evidenciar la discrepancia con el fin de aumentar la motivación al cambio.





“Se requieren dos para hablar la verdad – uno para hablar y otro para escuchar”

Henry David Thoreau

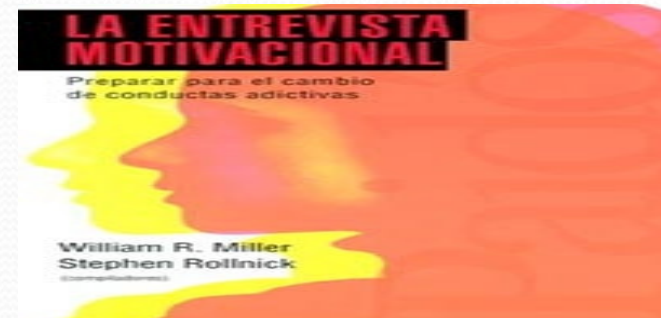
Primera Fase de la Entrevista Motivacional

La primera fase de la entrevista motivacional involucra construir la motivación para el cambio.

Esto toma más tiempo con algunos usuarios que con otros.

En el lenguaje de Prochaska & DiClemente, algunos clientes están en precontemplación y otros en contemplación.

Otros ingresan a tratamiento ya dispuestos y determinados al cambio sin necesidad de construir motivación al cambio.



Sobre la primera sesión:

- Algunos elementos:
 - 1) La cantidad de tiempo.
 - 2) Una explicación de su rol y sus objetivos.
 - 3) Una descripción del rol del paciente.
 - 4) Un comentario de los aspectos que se trataran.
 - 5) Una pregunta abierta.
 - 6) Reconocer problemas o trampas.



- **Ejemplo:**

“Disponemos de una hora que pasaremos juntos, y en este momento quiero poder llegar a una primera comprensión de que es lo que lo ha traído aquí. Probablemente pasare gran parte del tiempo escuchándole, de manera de que pueda comprender como ve usted las cosas y cuales son sus preocupaciones. También debe usted tener algunas expectativas sobre lo que va a ocurrir y lo que no va ocurrir aquí y me gustaría poderlas escuchar. Hacia el final de esta hora le pediré alguna información concreta que necesito, pero empecemos ya de una vez. ¿Qué es lo que esta pensando ahora? Entiendo que esta preocupado por la forma en que está bebiendo ...”

Trampas

Trampa de las preguntas - respuestas

Trampa confrontación - negación

Trampa del experto



Trampa del etiquetaje

Trampa del énfasis prematuro

Trampa de la culpa

Trampa pregunta - respuesta

- Elaborar preguntas cerradas:

T: pregunta, P: responde Sí o No,

T: mantiene el control, P: Comodidad, pasivo.

- P. no analiza su situación, no elabora frases.
- Responder antes cuestionario de información específica.



Trampa confrontación - negación

- Si inicia el dialogo inadecuadamente, se establece un patrón.
- T: se inclina por una parte del conflicto, P: decanta por otro.
- Puede ocurrir en cualquier parte de la terapia.



Trampa del Experto

- Tener respuesta para todo.
- P: rol pasivo, receptor del consejo, T: aconseja desde el experto.
- Solo en momentos se debe recurrir a la opinión del experto.



Trampa del Etiquetaje

- Algunos creen que el hecho de aceptar la etiqueta es importante para el paciente.
- “Usted es alcohólico” “Usted esta negando algo”.
- Acarrear estigma en la gente.
- La insistencia provoca resistencia.
- A los que lo aceptan no desalentarlos.
- No oponerse.



Trampa énfasis prematuro

- Centrarse rápidamente en “el problema” (adicción), (lucha grado atención “yo o el problema”).
- P: en su mente quizás no cree que sus preocupaciones están relacionadas con un problema específico.



Trampa de la culpa

- P: preocupado de quien es la culpa, a quien se debe culpar.



- La culpa es irrelevante.
- Aclaración breve y estructurada al inicio del tratamiento.

Principios de la Fase I

- ▶ Expresar Empatía.
- ▶ Crear una Discrepancia.
- ▶ Evitar la Discusión.
- ▶ Darle un giro a la Resistencia.
- ▶ Fomentar la Autoeficacia.



En la Fase I, los clientes no son enfrentados con lo que tienen que hacer, sino más bien son consultados respecto de lo que desean hacer.

Expresar la Empatía

La aceptación facilita el cambio

Aceptación \neq Acuerdo, Aprobación

La ambivalencia es normal



Una escucha reflexiva adecuada es fundamental

Responder los puntos de vista:
Compresiva, Global, Válida

Crear Discrepancia

Tomar conciencia de las consecuencias

Crear una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que se persiguen



El paciente debe presentar sus propias razones para cambiar

Donde está y donde querría estar

Cambiar la percepción de lo que la persona tiene como hábito

Evitar la Discusión

Las discusiones son contraproducentes

Evitar discutir y las confrontaciones cara a cara

La resistencia es una señal para cambiar la estrategia



Defender un argumento provoca defensividad

No es necesario usar etiquetas

Darle un giro a la Resistencia

Obtener el mayor beneficio del momento. (Aventajarse de la Resistencia)

Los nuevos puntos de vista se sugieren no se imponen

El paciente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones



Resistencia, Ambivalencia=Natural
Se invita a nueva información
“Tome lo que quiera y deje el resto”

Las percepciones se pueden cambiar

Generar preguntas o problemas al paciente, “Si, pero...”

Fase II de entrevista Motivacional “Fortaleciendo el compromiso de cambio”



Llega un momento en que es necesario un cambio de estrategia, cuando la meta cambia de la construcción de la motivación (fase I) al fortalecimiento de compromiso (fase II).

Reconociendo la disposición al cambio

En esta etapa el cliente **está listo para cambiar**, pero no ha tomado la decisión o establecido el compromiso de cambio.



Aquí el **apoyo** del terapeuta consiste en ayudar a la persona a confirmar y justificar la decisión.

El saber exactamente **cuando cambiar** de estrategias es una de las habilidades que separan a los terapeutas experimentados de los que no lo son.

Signos de disposición al cambio

- 1.-Resistencia disminuida:** El cliente deja de argumentar, interrumpir, negar, u objetar.
- 2.-Disminución de preguntas acerca del problema:** El paciente parece tener suficiente información acerca de su problema y deja de hacer preguntas.
- 3.-Resolución:** El cliente parece haber tomado una resolución y puede parecer más pacífico, relajado, calmado, tranquilo. A menudo ocurre después de un período de angustia y desesperación.

4.-Aseveraciones automotivantes:

El usuario emite aseveraciones espontáneamente orientadas a motivar el cambio, “creo que esto es serio”, o de preocupación “esto verdaderamente me preocupa”, o de disposición al cambio “necesito hacer algo al respecto”, o de optimismo “voy a ganarle a esto”



5.-Aumento de preguntas acerca del cambio:

El paciente pregunta qué es lo que debería hacer acerca del problema, o cómo las personas cambian cuando toman la decisión.



6.-“Envisioning”:

El cliente comienza a hablar acerca de cómo la vida podría ser después del cambio, o anticipa posibles dificultades si el cambio se lograra.

Peligros de la fase II

1.-Entendiendo la Ambivalencia:

Es muy tentador asumir que una vez que el cliente muestra signos de estar listo para el cambio, la decisión ya ha sido tomada por lo que todo es ahora “cuesta abajo”.

2.-Sobreprescripción:

Este es el peligro de prescribir un plan que es inaceptable para el cliente. Puede existir la tendencia a decir “ahora que estas listo para el cambio, esto es lo que vamos a hacer”. Esto viola el tono “centrado en el cliente” de esta estrategia.

3.-Dirección insuficiente:

El riesgo opuesto consiste en proveer al cliente con muy poca dirección y orientación. La pregunta de “qué es lo que puedo hacer?” es mejor respondida con alternativas que con reflexión.

Etapas Fase II

A.-Recapitulación

Un primer paso en la transición a la Fase II es el resumir una vez más la situación actual del cliente. Esto pretende llevar la Fase I a un cierre.

La recapitulación debe incluir la mayor cantidad de los siguientes puntos:

1. Un **resumen** de las **percepciones** del propio cliente acerca del problema.
2. Un **resumen** de las **ambivalencias** del cliente, incluyendo lo que permanece siendo atractivo del consumo.
3. Una **revisión** de la evidencia objetiva que se ha obtenido respecto de la presencia de riesgos y problemas.
4. Un **replanteamiento** de cualquier indicación del cliente de querer, intentar o planear cambiar.
5. Su **propia evaluación** de la situación en la que el cliente se encuentra.

B.-Preguntas clave

Las preguntas son **abiertas**.

Deben llevar al cliente a pensar y hablar a cerca del cambio.

¿Qué crees que debería cambiar?

¿Qué podrías hacer?,

¿Cuáles son tus opciones?

Parece que las cosas no pueden permanecer de la manera en que están, ¿qué es lo que vas a hacer?, ¿Qué ocurrirá ahora?, ¿Hacia adonde nos movemos ahora?, ¿Cómo te gustaría que las cosas resultaran, idealmente?

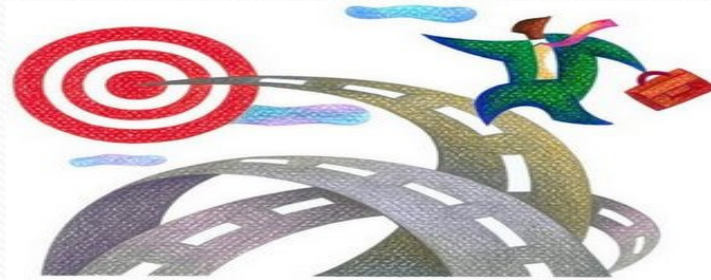


C.-Información y consejo

A menudo durante esta Fase, el paciente consultará por información e ideas. Es muy apropiado en estas circunstancias ofrecer el mejor consejo. Hay que tener cuidado de no caer en la trampa del “si, pero...”, que no es más que una variación de la vieja trampa de la confrontación-negación.

D.-Negociación de un plan

A través de las respuestas del cliente a las preguntas clave y la información y orientación entregada por el terapeuta, un plan de cambio puede comenzar a emerger.



El desarrollo de este plan es un proceso de negociación que incluye:

- 1.-Establecer metas
- 2.-Considerar opciones de cambio
- 3.-consolidar un plan

E.-Endgame

Propiciar el compromiso

Aquí se pretende obtener la aprobación y el compromiso del paciente para el plan establecido. Es importante decidir los pasos inmediatos a seguir. Un acuerdo verbal producto de una pregunta tan fácil como “¿es eso lo que deseas hacer?”.

Transición a la etapa de acción

El compromiso también se refleja en la acción. Es posible planear los pasos inmediatos a seguir para implementar (y consolidar) el plan.





“Cada persona posee un potencial poderoso para el cambio”





“Facilitar los procesos naturales del cambio”

“Tratar al paciente
con respeto y como
un aliado”





“Ayudar a las personas a liberarse de la ambivalencia que las atrapa”

“E.M. una forma de ser con el paciente, intenta desbloquear a la persona para permitirle que surja el deseo de cambiar”



¿Por qué bebes? pregúntole el principito.

-Para olvidar -respondió el bebedor.

-¿Para olvidar qué? -inquirió el principito, que ya le compadecía.

-Para olvidar que tengo vergüenza -confesó el bebedor bajando la cabeza.

-¿Vergüenza de qué? -indagó el principito que deseaba socorrerle.

-¡Vergüenza de beber! -terminó el bebedor, que se encerró definitivamente en el silencio.

Y el principito se alejó perplejo.....Las personas grandes son decididamente muy pero muy extrañas, se decía a sí mismo....

“El Principito”. Antoinede Saint Exupery





gracias