

La entrevista motivacional: un tratamiento coste-efectivo en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2

Gema García Sacristán

MFyC en el Consultorio Local Fuentidueña de Tajo, EAP Villarejo de Salvanes (Madrid)

RESUMEN

Existe amplia evidencia de la correlación entre determinados estilos de vida saludables y la disminución de la morbi-mortalidad por las principales enfermedades crónicas. Una de las herramientas más coste-efectiva en el abordaje de la mejora en los estilos de vida y el cumplimiento terapéutico es la entrevista motivacional (EM). La EM es un estilo de comunicación colaborativo, orientado a reforzar el compromiso del paciente con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmósfera de aceptación y compasión. Con este caso clínico queremos mostrar cómo, mediante una serie de herramientas comunicacionales (preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva y resumen), podemos ir acompañando a la persona con diabetes que necesite mejorar su estilo de vida o su cumplimiento terapéutico, recorriendo cada uno de los procesos clave de una EM básica: vincular, enfocar, evocar y planificar. Veremos cómo la clave del cambio con frecuencia reside en que sea la propia persona con diabetes quien explore y exprese el cambio que necesita, es decir, que la labor del sanitario se convierte en ayudar a la persona con diabetes a sumergirse en sus propias necesidades, dificultades y deseos de cambio para mejorar su salud.

Palabras clave: entrevista motivacional, acompañamiento, relación de ayuda.

Keywords: motivational interview, support, helping relationship.

EL CASO CLÍNICO Y LA ENTREVISTA EN CONSULTA

Juliana tiene 75 años, es viuda desde hace seis, momento en que se vino a vivir al pueblo donde trabajó como médico de familia. Desde entonces está en su casa-cueva, una vivienda en la parte alta de un monte a la que se accede por una calle empinada que termina en escaleras. Vive sola, aunque algunos fines de semana viene alguno de sus hijos o de sus nietos. Tiene primos y más familia en el pueblo. Conoce a todos sus vecinos, aunque ahora no se relaciona mucho con ellos: parece que ha cambiado el buen humor que siempre le ha caracterizado.

Juliana tiene algunos problemas de salud: diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con retinopatía y neuropatía periférica, hipertensión arterial, dislipemia, gonartrosis, obesidad mórbida y apnea obstructiva del sueño para los que tiene pautados los siguientes tratamientos: dapagliflozina/metformina 5/1.000 mg cada 12 horas, dulaglutida 1,5 mg semanal e insulina glargina biosimilar U100 45 UI-0-0, candesartan 8 mg cada 24 h 1-0-0, atorvastatina 40 mg cada 24 0-0-1, tramadol/paracetamol 37,5/325 mg cada 8 h y paracetamol 650 mg a

demanda (máximo 3 al día separados por intervalos cada 6 h). El pasado mes de mayo, al revisar la medicación crónica, nos dimos cuenta de que no estaba retirando sus medicinas en la farmacia desde hacía tres meses.

Nos pusimos en contacto con el teléfono que constaba en su historia clínica electrónica y nos respondió su hija que vive en otro municipio. Nos contó que últimamente encontraba a su madre más desaliñada, despreocupada y con “algún kilo de más a los que ya le sobraban antes”. Le pedimos si era posible que viniesen juntas a consulta.

Unos días más tarde les atendimos en el consultorio. Transcribo a continuación la entrevista que pudo tener lugar ese primer día. Veréis que la EM es como un baile, a veces avanzamos y otras retrocedemos en esos procesos fundamentales que vamos recorriendo, siempre de la mano y al ritmo del paciente (la **J** corresponde a Juliana [persona con diabetes]; la **P** a mí misma [profesional]; y la **H** a la hija de Juliana. Señalo, además, las

herramientas comunicacionales que voy a desglosar después: **PA**: pregunta abierta; **A**: afirmación; **R**: reflejo o escucha reflexiva y **Re**: resumen. Con los números señalo el proceso de la EM: **4.1**: vincular; **4.2**: enfocar; **4.3**: evocar y **4.4**: planificar):

P: Buenos días, Juliana, ¿cómo estás? Parece que ha habido algunos cambios...

J: Hola doctora, pues anda que usted, desde que no la veo, le ha cambiado hasta el color del pelo.

P: Es verdad, sí... Tu pelo también ha cambiado ¿eh? Ahora está más largo.

J: Y desarreglado, doctora, hace tanto que no voy a la peluquería...

P: Vaya, has dejado de ir a la peluquería y también al consultorio (**R**).

J: Es que no tengo muchas ganas de salir de casa, estoy bien allí.

P: Ummm... eso no suena muy bien (**R**). ¿Cómo te sientes? (**PA**) (**4.1**)

J: Bueno, un poco sola. No muy bien, la verdad.

P: Vaya, te encuentras sola (**R**)... quiero hablar contigo de eso, un poco más adelante. Ahora, si me permites (**pedir permiso**), me gustaría repasar contigo algunos de los problemas que hemos visto otras veces en consulta, ¿te parece?

J: Sí, claro, dígame.

P: Vamos a empezar por el peso, ¿utilizas la misma ropa que antes?

H: La misma de hace al menos diez años, sí...

J: Pues claro, está la vida como para andar comprando ropa nueva, me queda algo más justa pero no me importa, a estas alturas ya no me voy a echar novio.

P: Con que no te vas a echar novio... (**R**) La tensión y el azúcar ¿haces controles en casa? ¿cómo están?

J: No, hace ya mucho que no miro ninguna de las dos, de eso no sé cómo estaré. Pero no me duele ni tengo mucha sed ni orino mucho.

P: Y dormir, ¿qué tal duermes?

J: A todas horas, me da igual que sea de noche o de día. Tengo sueño siempre.

H: Sí, doctora, creo que a veces el sueño le coge en el sofá, por cómo está el sofá y la casa, parece que lo ha descuidado todo.

P: Y por las mañanas, ¿a qué hora te levantas?

J: ¡Uy! Si fuera por mí no me levantaba y me quedaba toda la mañana en la cama. La verdad es que no tengo ganas de

nada, ya no voy a los paseos ni al centro de mayores por la tarde.

H: Si me permite doctora, un problema nuevo que hemos visto es que parece que se le escapa el pis. El sofá está bastante sucio.

P: Bueno, Juliana, pues repasando un poco lo que nos cuentas, parece que sí tienes algún problema ¿eh? ¿Qué piensas tú de todo esto? (**PA**)

J: Vale, sí, he engordado, he dejado de pasear y salir con las amigas, no tengo ganas de levantarme de la cama y a la vez me duermo a cualquier hora, y a cualquier hora picoteo...

P: Además, los controles que te hemos hecho aquí no están bien: tu tensión está en 172/94 y el azúcar en 362. ¿Cómo lo ves tú? ¿Qué piensas que puedes cambiar? (**4.2**)

J: Bueno... todo eso es verdad... lo sé, pero... no sé por dónde empezar.

P: Así que, por un lado, ves los problemas, pero, por otro, no sabes cómo cambiar (**R**).

J: Más o menos eso...

P: Hace tiempo que nos conocemos y creo que no estás pasando un buen momento ¿verdad? (**R**) (**4.1**)

J: Estoy algo triste, no me apetece salir de casa, por eso paso tanto tiempo viendo la tele que me aburre un poco, el día se me hace largo y la noche más, aunque como le digo, duermo mucho.

P: Juliana creo que podemos ayudarte a encontrarte mejor, porque lo que tú y yo queremos ¿qué es? (**4.2**)

J: Creo que tú quieres reducir el peso y el azúcar, yo que me duelan menos las rodillas y las dos que me relacione más con mis vecinos como antes.

P: Y de todas ellas ¿tú por cuál crees que podríamos empezar a trabajar juntas? (**4.2**)

J: En realidad, ahora que vamos hacia el buen tiempo me gustaría volver a salir por las tardes y que el día se pase algo más entretenido, pero ya no puedo hacerlo porque, como dice mi hija, ahora se me escapa el pis y me da vergüenza ir a ningún sitio... y además desde que dejé de caminar, me duelen más las rodillas, bajo peor las escaleras y estoy ganando peso día sí y día también, así que donde menos mal estoy es en mi sofá (**discurso de mantenimiento**).

P: Parece que no te apetece salir de casa por pereza y un poco por vergüenza si tienes que ir al baño, pero al tiempo te gustaría moverte con menos dificultad. (**mostrar la ambivalencia**) (**Re**) ¿Qué necesitas para poder moverte con más facilidad? Porque según me dices eso te ayudaría a sentirte mejor contigo misma ¿es así? (**R**)

- J:** Si me lo planteo, creo que volver a caminar. Eso puedo hacerlo **(A)**.
- P:** ¡Genial! ¡Así que te ves con fuerza! **(A)**
- J:** Bueno doctora, lo voy a intentar, aunque yo no le aseguro que sea capaz, quizá necesite ayuda.
- P:** Bien, para eso estamos nosotras aquí, Valeria, la enfermera y yo misma. Recuerda que hace tres años, cuando tuviste la subida de azúcar tras la pandemia, hicimos un plan de ejercicio además de quitar el pan de las comidas y... ¿qué pasó? **(4.3) (buscando sus recursos)**.
- J:** Que perdí 3 o 4 kilos y mejoró no solo el azúcar ¡sino la tensión! **(A)**
- P:** ¡Vaya! Parece que cuando te propones algo, lo consigues **(A y R)**. ¿Qué ejercicio hacías para moverte mejor? **(PA)**
- J:** Bueno, lo primero que hice fue caminar, y para eso siempre hay tiempo, creo que eso sí puedo hacerlo **(A) (discurso de cambio)**.
- P:** Genial, vamos a empezar por caminar para mejorar tus rodillas y la relación con tu entorno **(Re) (4.4)**. ¿Podrías venir por la mañana al consultorio para retomar el tratamiento con insulina?
- J:** Sí, puedo empezar el paseo por el consultorio.
- P:** Gracias Juliana, a ti Viviana, por estar hoy aquí. Estaremos en contacto. Empezamos a trabajar en este plan que vamos a ir siguiendo paso a paso.

Acordamos con Juliana y su hija este plan de acción inicial: salir a caminar a diario en la mañana y en la tarde. De momento le pondríamos la insulina cada día a primera hora en el consultorio. De este modo, los cinco minutos diarios de consulta durante dos semanas nos proporcionaron el modo de seguir enfocando el problema y evocando propuestas de cambio, y a Juliana, que se sentía sola, el primer momento de charla del día con la que ya daba el paseo con otro ánimo.

Después trabajamos el tratamiento de la incontinencia, del uso de la ropa más adecuada a su peso, con lo que mejoró su imagen, y sus hijos contrataron a una vecina para que le ayudase con el autocontrol de glucemias y la administración del tratamiento inyectable porque, entre la retinopatía y el trastorno depresivo, Juliana no se veía capaz de ponérselo.

A lo largo de las distintas entrevistas que tuvimos con ella, fuimos viendo que los recursos motivacionales eran los que más nos acercaban a una colaboración eficaz en el cambio de las rutinas diarias y en la mejora del cumplimiento terapéutico de su tratamiento anterior (antidiabéticos, antihipertensivos y estatinas), al que añadimos un antidepresivo.

EVIDENCIAS DE LA EM

El incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a las personas con diabetes, independientemente de su edad y de su situación clínica. En primer lugar, reduce la posibilidad de alcanzar el control metabólico adecuado aumentando la morbimortalidad, lo que ya ha sido demostrado en otros estudios: un incremento de la adherencia a los antidiabéticos orales del 10 % supone un descenso de la HbA1c del 0,1 %. Este mal control se asocia a un aumento de las hospitalizaciones debidas a complicaciones y reduce la calidad de vida¹.

La mejora pasa por promover la responsabilidad del paciente e involucrarlo en el tratamiento y control de su enfermedad². Los enfermos perciben que cuando pueden discutir abiertamente con los profesionales sus preocupaciones, temores y dificultades para la adherencia a la terapia, expresando su perspectiva y opinión, es más fácil desempeñar un rol activo y participativo que aumente la adherencia a la terapia³.

Con frecuencia experimentamos en la consulta que la información, aun siendo adecuada, no es suficiente. A lo largo de muchos años, los profesionales sanitarios han animado a los pacientes a realizar cambios mediante el consejo informativo⁴: “para mejorar el peso y el control del azúcar, le ayudará hacer ejercicio”. Aunque este abordaje ha demostrado su eficacia, es frecuente recibir respuestas del tipo “lo sé, pero...”, en lugar de “tiene razón, no era consciente de la importancia del ejercicio para mi enfermedad, lo haré”. Si pensamos que alguien va por la “dirección equivocada”, con frecuencia nuestro reflejo, de forma automática, es corregir para llevarlo al buen camino. Cuando argumentamos a favor del cambio, el paciente se resiste y discute en su contra, es que nos hemos posicionado en el lado equivocado. Suele ser más eficaz responder, tras reflexionar, con empatía, sin emitir juicios de valor e intentar clarificar lo que quiere transmitir la persona con diabetes.

Ofrecer información y consejo debería ser una transacción bidireccional, en la que el profesional también recibe información a considerar e incluir en la conversación. Con frecuencia, resulta fácil sobreestimar cuanta información y consejo necesitan nuestros pacientes. Una estrategia sencilla para el intercambio de información es Preguntar-Informar-Preguntar (PIP) en la que reconocemos la experiencia y autonomía de la persona con diabetes.

Veamos a continuación algunos principios de buena práctica al compartir información (Tabla 1):

Tabla 1. Principios de buena práctica en el intercambio de información.

- Yo dispongo de conocimiento experto y los pacientes son los máximos expertos en sí mismos.
- Averiguo qué información desea y necesita el paciente.
- Adapto la información a las necesidades y recursos del paciente.
- Los pacientes pueden decirme qué tipo de información les es útil.
- Son útiles los consejos que defienden las necesidades y autonomía del paciente.

Fuente: modificada de Miller⁵.

Un buen ejemplo de este tipo de intervenciones bidireccionales lo encontramos en el tema central de este caso clínico: la EM. Se trata de un estilo de relación del profesional con el paciente centrado en la experiencia de la persona, bajo un clima de empatía, tolerancia y cooperación mutua, en el que se respetan siempre las últimas decisiones del paciente. Un método clínico definido como una forma de guiar, colaborativa y centrada en la persona, con el objetivo de evocar y fortalecer la motivación para el cambio^{4,5,6}.

Hace más de treinta años, Kaplan⁷ y, unos años después, Putnam⁸ describieron que cuando a los pacientes se les proporciona información sobre sus enfermedades y son entrenados para hacer preguntas al médico, participan más en la discusión durante la visita y tienen mejores resultados de la atención; por ejemplo, un mejor control de presión arterial y diabetes.

Un metaanálisis llevado a cabo en 2010 por Lundahl *et al.*⁹ nos ofrece varias conclusiones a cerca de la EM: es superior al no tratamiento (muestra ventaja en 11 de los 14 comportamientos específicos analizados al ser comparada con «tratamientos débiles» como entrega de material escrito o tratamiento habitual inespecífico); y es coste-efectiva, es decir, produce los mismos efectos que otros tratamientos activos y específicos sin consumir más recursos, pudiendo incluso requerir menos tiempo para lograr resultados similares. En otras palabras, puede dar lugar a un menor uso de fármacos, evitando sus efectos secundarios y su coste económico¹⁰. Estos efectos, además, son duraderos: no hubo diferencias en los resultados medidos inmediatamente después del tratamiento y hasta un año después de concluir, por lo que más tiempo de tratamiento parece relacionarse, incluso, con mejores resultados.

El estilo de relación autónomo se ha asociado consistentemente con cambios de comportamiento y resultados positivos de atención médica en las personas con DM2¹. De esto nos

hablan Rubak *et al.*¹¹ mediante un estudio que tiene como objetivo evaluar si la EM tiene efectos beneficiosos añadidos al tratamiento intensivo con polifarmacia en personas con DM2 detectados mediante cribado. Entre sus conclusiones afirman que la EM mejoró la comprensión de la diabetes por parte de las personas con DM2, también sus creencias con respecto a los aspectos del tratamiento, su contemplación y motivación para el cambio de comportamiento.

Existe amplia evidencia¹⁰ de la correlación entre determinados estilos de vida saludables y la disminución de la morbimortalidad por las principales enfermedades crónicas. Se estima que el 80 % de las enfermedades cardiovasculares, el 90 % de las DM2 y el 30 % de los cánceres se podrían prevenir siguiendo una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y el abandono del tabaco.

Desde hace años, la Asociación Americana de Diabetes (ADA), en su publicación anual *Standards of Care in Diabetes 2024*¹², nos recuerda que la EM es una de las herramientas, junto con la activación del paciente, en el establecimiento de objetivos y el plan de acción, que permite trabajar en la mejora del estilo de vida de la persona con diabetes.

Hablar de EM en Atención Primaria es hablar, sobre todo, de manejo de enfermedades crónicas y de cambios en los estilos de vida, particularmente en el abordaje de los factores de riesgo cardiovascular.

HABILIDADES COMUNICACIONALES EN LA EM

Antes de desgranar cómo llevar a cabo la EM propiamente dicha vamos a detenernos en las cuatro herramientas comunicacionales que más nos van a ayudar en este tipo de entrevista (Tabla 2):

Tabla 2. Habilidades comunicacionales en la entrevista motivacional.

Tipos de habilidades comunicacionales en la EM: O-A-R-S	Traducción en español: P-A-R-R
Open Question	Pregunta abierta
Affirmation	Afirmación
Reflection	Reflejo
Summary	Resumen

Fuente: elaboración propia.

¿Por qué utilizar preguntas abiertas?

Usamos este tipo de preguntas, que podríamos definir como aquellas que no se pueden responder con un monosílabo, porque invitan a la persona a reflexionar y elaborar respuestas¹³, es decir, a entender su propio marco de pensamiento interno a lo largo de toda la entrevista. Por ejemplo: *¿qué piensas tú de todo esto?* o *¿cómo te sientes?*

Otras utilidades son al inicio de la entrevista reforzar la relación, en el avance buscar una dirección de cambio y, en el último proceso, explorar el plan de acción concreto.

Uso de la afirmación. ¿Cómo se formula?

La base de la EM son los recursos, esfuerzos y fortalezas personales del paciente. Con las frases afirmativas, ya sea por parte del entrevistado o del entrevistador en referencia a este, lo que conseguimos es respetar y acentuar la autonomía del paciente, como agente capacitado para llevar a cabo el cambio acordado. Por ejemplo: “Parece que cuando te propones algo, lo consigues”. O también: “¡Así que te ves con fuerzas!”.

Nuestra tarea es favorecer el aumento en el ritmo de “declaraciones de automotivación” (expresiones del paciente que expresan interés y/o intención de cambiar) porque se asocia positivamente con cambio de comportamiento¹⁴. Como decía el matemático Blaise Pascal, “generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren por sí mismas que por las que les explican los demás”, así que, dicho de otro modo, nuestro trabajo es acompañar a la persona para que descubra y exprese sus propias razones para el cambio.

La escucha reflexiva

Consiste en devolver la información que expresa el paciente con sus mismas u otras palabras. Es decir, cambiar nuestro

modelo frecuente de entrevista del “Yo hablo y tu escuchas” al “Yo pregunto, tú hablas, yo escucho y reflejo”.

La función principal de este tipo de escucha y respuesta es ayudarnos a comprobar si hemos entendido la información que la persona con diabetes ha expresado, ahondando en la comprensión de su postura, al tiempo que le transmitimos que hemos estado escuchando de forma atenta. Por ejemplo: “Creo que no estás pasando un buen momento”.

Otro beneficio que aporta es que el hecho de que la persona vuelva a escuchar lo que ha expresado, ya sean ideas o emociones, le permite volver a reflexionar sobre ellas, y esto promueve que siga hablando, explorando y profundizando sobre su situación. Hemos usado: “Según me dices eso te ayudaría a sentirte mejor contigo misma”.

¿Por qué resumir? ¿Cómo hacerlo?

El resumen recoge las reflexiones que ha verbalizado el paciente y se las muestra, es como un “ramillete de las flores” que la persona con diabetes nos ha ido ofreciendo. Al enunciarlas de nuevo, afianzamos los deseos de cambio y la percepción de capacidad o confianza expresada por ella misma si nos muestra su deseo de intentarlo. Si lo que expresa son dudas, enunciemos primero lo negativo para reforzar al final su deseo de cambio. Por ejemplo: “Parece que no te apetece salir de casa por pereza y un poco por vergüenza si tienes que ir al baño, pero al tiempo te gustaría moverte con menos dificultad”.

Pueden servir para ahondar en esas reflexiones, si decimos “¿Y qué más?” o como forma de cambiar a otra tarea, “entonces con todo esto que me dices, ¿cómo podemos pasar a...?”.

LOS CUATRO PROCESOS FUNDAMENTALES EN LA EM

Siguiendo a Miller y Rollnick⁵ vamos a ir dando los pasos de los cuatro procesos fundamentales y desgranando cómo lo fuimos llevando a cabo en la entrevista de nuestro caso clínico.

Antes de iniciar el primero de ellos, conviene destacar que una de las herramientas que nos abre la puerta a este tipo de estilo de relación colaborativa es pedir permiso⁵: “Si me permites, me gustaría repasar contigo algunos de los problemas que hemos visto otras veces en consulta ¿te parece?”. Otra fórmula con la que podemos pedir permiso es “Si quieres, podemos empezar por...”.

De esta manera favorecemos que el paciente aumente su disponibilidad a hablar con nosotros, a darnos información de cómo está e indagar cómo quiere estar. Esa apertura nos ayuda a avanzar hacia la generación de un vínculo o establecer una relación, primer paso o proceso de la EM.

Veamos en la Figura 1 los cuatro procesos fundamentales de la EM⁵. Se ilustra como una escalera en la que podemos avanzar o retroceder en cada uno de esos procesos:

Figura 1. Los cuatro procesos básicos en los que se fundamenta la EM.



Fuente: modificada de Miller⁵.

Vincular

El primer proceso consiste en vincular, es decir, generar una relación terapéutica y de colaboración. El vínculo es el grado en que la persona con diabetes se siente cómoda y participante activo durante la consulta. Es bidireccional: cómo nos sentimos nosotros afecta a la conexión con la persona a la que intentamos ayudar. Un buen vínculo desarrolla una alianza terapéutica que predice adhesión y resultado.

En el caso de Juliana, la pregunta abierta con la que más buscamos la vinculación fue “Ummm eso no suena muy bien,

¿cómo te sientes?”. En otro momento hemos utilizado una técnica que facilita la narración del paciente, un señalamiento: “Hace tiempo que nos conocemos y creo que no estás pasando un buen momento ¿verdad?”.

Podríamos haber utilizado estas otras: “¿Qué cosas son las que te han resultado más difíciles en este tiempo? ¿Qué piensas que te perjudica en las rutinas del día a día?”.

Es frecuente que la persona con diabetes que precisa un cambio sea uno de nuestros pacientes habituales; quizás, pues, esa relación o vínculo del que hablamos está realizado, es decir, que el primer proceso puede que ya lo hayamos establecido.

Una vez sentadas las bases para la vinculación, el siguiente proceso es ir definiendo la meta hacia la que entrevistador y entrevistado van a avanzar juntos¹¹; es decir, enfocar.

Enfocar

Este es un proceso continuado de búsqueda y mantenimiento de dirección o, dicho de otro modo, de objetivo, con frecuencia uno de los más costosos de la entrevista.

En la consulta pueden aflorar, si indagamos con el paciente, sus esperanzas, miedos, expectativas, preocupaciones, intentos previos de cambio, etc. En este momento de la entrevista, nuestro trabajo consiste en ayudar al paciente a expresar todos esos pensamientos de modo que podamos trabajar en una “agenda” común que nos lleve en la misma dirección. Si las necesidades de cambio parten solo del profesional es muy probable que no caminemos hacia una modificación real de estilos de vida o el cumplimiento terapéutico que deseamos mejorar. En nuestro caso, lo que utilizamos para ayudar a Juliana a ir buscando esa dirección de cambio fue: “Y de todas ellas ¿tú por cuál crees que podríamos empezar a trabajar juntas?”.

A veces es útil explorar logros pasados: “Recuerdas hace tres años cuando (...) ¿qué pasó?”, porque es una fuente que despierta la confianza en conseguir el cambio o la afirmación que sigue a ese cambio anterior: “¡Vaya! Parece que cuando te propones algo, lo consigues”.

Evocar

Evocar es el momento del proceso en el que la persona puede expresar dudas o ambivalencias, o bien comienza a identificar y verbalizar un discurso de cambio; en cualquiera de estas dos situaciones, nuestro trabajo es profundizar en ellos, con

las herramientas comunicacionales descritas. En el caso de Juliana le decimos con una pregunta abierta que hace referencia al reflejo de lo que ella ha expresado previamente: “¿Qué necesitas para poder moverte con más facilidad?, porque según me dices eso te ayudaría a sentirte mejor contigo misma”.

Cuando no es así, nuestra tarea consistirá en explorar para despertar ese discurso de cambio: “Quizá haya alguna otra cosa que te resulte más fácil para empezar...”.

A veces el deseo de cambio se magnifica a través de potenciar la ambivalencia, como le dijimos a Juliana: “Así que, por un lado, ves el problema, pero, por otro, no sabes cómo cambiar”; y en otro momento de la entrevista: “Parece que no te apetece salir de casa por pereza y un poco por vergüenza si tienes que ir al baño, pero al tiempo te gustaría moverte con menos dificultad”.

Con frecuencia, la persona con diabetes quiere encontrarse mejor, tener más vitalidad, estar en mejor forma física, sufrir menos limitaciones en las comidas y, al mismo tiempo, no tiene ganas de hacer más ejercicio físico o ajustar más su dieta y esta ambivalencia, el “quiero pero no quiero”, es decir, “quiero estar mejor pero no quiero que sea a costa de más ejercicio o menos comida” es una oportunidad que debemos explorar más

en profundidad para dar el primer paso hacia el proceso del cambio. ¿Cómo lo hacemos?

La ambivalencia es una etapa normal en este camino. Es habitual que cuanto más nos acercamos a una de las opciones posibles, más claros nos parecen sus inconvenientes y más nos atrae la alternativa, pero en este momento está expresando argumentos tanto a favor como en contra. Si somos capaces de destacar y poner sobre la mesa todas sus reflexiones a favor del cambio, habremos empezado ya a hacerlo posible. Y para ello el recurso principal es el resumen. En nuestro caso hemos utilizado: “Entonces quizá para ti en este momento lo más importante sería poder moverte con menos dificultad y sentirte mejor contigo misma ¿Es así? ¿Crees que podemos empezar por estos dos objetivos?”.

La fuerza de voluntad para cambiar un hábito o conducta insano es la motivación que se tiene para desear ese cambio, y su mayor motor está en la incomodidad de la persona entre lo que hace y lo que desearía hacer¹⁵.

Una dificultad habitual que nos encontramos en este proceso, si ya ha expresado que comprende la importancia del cambio, se suele manifestar mediante la palabra “pero” que con frecuencia va asociada a la falta de esperanza y/o confianza en

Tabla 3. Algunas preguntas clave en cada proceso de la EM.

<p>1. Vincular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Entiendo el punto de vista y las preocupaciones de esta persona? • ¿Cuán cómodo percibo al paciente conmigo? • ¿Cuán cómodo me siento yo en la conversación? <p>2. Enfocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los verdaderos objetivos de cambio de esta persona? • ¿Tengo claro hacia dónde vamos? • ¿Me recuerda a un baile o a un combate? <p>3. Evocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los motivos para el cambio de esta persona? • ¿Qué discurso de cambio escucho? • ¿Estoy empujando demasiado en una dirección concreta? <p>4. Planificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál sería un siguiente paso razonable hacia el cambio? • ¿Qué ayudaría a esta persona a avanzar? • ¿Me centro en evocar un plan en lugar de prescribirlo?

Fuente: modificada de Miller⁵.

la propia capacidad para llevarlo a cabo. De este modo, una de nuestras tareas es reforzar la confianza de la persona en sí misma. Nos serviremos de las afirmaciones para hacerle ver los recursos con los que cuenta o que le han servido en otros momentos, como describimos en el proceso de enfocar.

Planificar

Las probabilidades de que la persona lleve a cabo el cambio aumentan si cuenta con un plan de acción específico y lo verbaliza ante otra persona, que podemos ser nosotros. Esta es la esencia de este momento: pasar de hablar de la importancia de cambiar a expresar un plan de cambio concreto. Pero ¿cómo sabemos que está preparado para hablar no solo del por qué cambiar sino del cómo?; seguramente a medida que va expresando pequeños pasos u objetivos concretos.

La pregunta clave que nos permitirá iniciar la planificación puede ser “Entonces ¿qué cree que hará ahora?”, seguida de un silencio permitirá a la persona verbalizar sus reflexiones, y valorar si está preparado para ejecutar el cambio, que empieza por acordar ese plan específico. Si llegamos a este punto, estaremos preparados para programar la primera visita de revisión y consolidación del plan de cambio.

Y esta fue la propuesta acordada de objetivo y plan con Juliana: “Genial, vamos a empezar por caminar para mejorar tus rodillas y la relación con tu entorno”.

En la Tabla 3 se recogen algunas preguntas que podemos interiorizar para reflexionar en cada proceso sobre cómo vamos acompañando a la persona con diabetes en su camino hacia el cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orozco Beltrán D, Mata Cases, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria* 2016;48(6):406-420.
2. Serrano Martín R. Entrevistando al nuevo diabético. *Diabetes Práctica* 2011;2(4):176-181.
3. Bolaños E, Sarría Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003;32(4):195-202.
4. Ruiz Moral R. Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica. Médica Panamericana, 2021.
5. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. 3.ª ed. Madrid: Paidós, 2015.
6. Bosh Fontcuberta JM, Bauzá Nadal M. Evidencia de la entrevista motivacional en el abordaje de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica* 2020;11(01):13-19.
7. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JEJ. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 1989;27:S110-127.
8. Putnam SM. Changing health behaviors through the medical interview. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002; 11(4):218-225.
9. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*. 2010;20(2):137-60.
10. 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. *Aten Primaria* 2013;45:486-95.
11. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(3):172-9.
12. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024 Jan 1;47(Suppl 1):S158-S178.
13. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Semfyc ediciones, 2004.
14. Treasure J. Motivational interview. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004;10:331-337.
15. Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra* 2001; 24(Suplem 2):43-53.