



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

### La entrevista motivacional en dermatología

### Motivational interviewing in dermatology



P. Lusilla-Palacios<sup>a,\*</sup> y E. Masferrer<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

En la práctica médica habitual, los dermatólogos disponemos de poco tiempo para visitar a nuestros pacientes. En el corto espacio de tiempo que dura la entrevista, debemos realizar una anamnesis, una exploración física, establecer una orientación diagnóstica, decidir un tratamiento y motivar al paciente a seguirlo. Parecería por tanto que apenas queda espacio para establecer una alianza terapéutica y descubrir los intereses e inquietudes del paciente con relación a su enfermedad, lo que puede comprometer el cumplimiento y la adherencia a los tratamientos.

La falta de adherencia es uno de los factores más importantes del fracaso terapéutico<sup>1</sup>. En dermatología la tasa de adherencia a los tratamientos se sitúa entre el 55-66%. Este porcentaje se reduce en el caso de los tratamientos tópicos<sup>2</sup> y en enfermedades crónicas, en las que además, a menudo, se requiere un cambio de hábitos de los pacientes. La adherencia varía en función de la enfermedad; se estima que para la urticaria crónica sería de un 70%<sup>3</sup>, siendo mucho menor en otras enfermedades como el acné, la dermatitis atópica o la psoriasis, en las que se estima que en ocasiones no supera el 30%<sup>4</sup>.

Las causas que subyacen a la falta de adherencia son, por un lado, las dudas que tiene el paciente sobre la necesidad del tratamiento y, por otro, la preocupación sobre las reacciones adversas<sup>5</sup>. Ambos factores pueden ser abordados si se establece una adecuada comunicación entre el paciente y su dermatólogo. En una encuesta realizada a 300 pacientes con psoriasis en placas, de moderada a grave, se objetivó que el 54,6% de los pacientes había consultado previamente a 3 o más dermatólogos antes de acudir a su centro de tratamiento habitual, y el 70% de estos pacientes había cambiado de facultativo por no estar satisfecho con el trato o los tratamientos prescritos<sup>6</sup>.

Existen algunas estrategias que han demostrado aumentar la adherencia en dermatología, como visitar más frecuentemente a los pacientes (la llamada «adherencia de bata blanca»), llevar un registro escrito de los tratamientos aplicados y finalmente realizar entrevistas personalizadas educativas de 2 h de duración, ya que las de 15 o 30 min no aumentaron la adherencia<sup>7</sup>. Todas estas estrategias son poco realistas en el contexto de la práctica clínica actual.

Para acabar de complicarnos la cosas, la expectativa actual de los pacientes, especialmente si sufren de un trastorno crónico, es la de sentirse escuchados y comprendidos por su médico, así como poder participar en la toma de decisiones de los tratamientos. En este sentido, la sentencia anglosajona «no decisions about me without me»<sup>8</sup> se ha

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [pilartusilla@gmail.com](mailto:pilartusilla@gmail.com), [plusilla@vhebron.net](mailto:plusilla@vhebron.net) (P. Lusilla-Palacios).

convertido en un afortunado eslogan de la atención centrada en el paciente que preconiza la medicina actual.

El dermatólogo, por tanto, se enfrenta al reto no solo de atender a los aspectos clínicos de exploración, diagnóstico y orientación terapéutica, sino también de tratar de incrementar la adherencia al tratamiento, estar al tanto de lo que le preocupa a su paciente y tener en cuenta las expectativas del mismo, y todo ello en un tiempo récord.

## ¿Qué aporta la entrevista motivacional a la dermatología?

Definimos la entrevista motivacional (EM) como un estilo de atención centrado en el paciente y basado en la colaboración, cuyo propósito es aumentar la motivación para el cambio a través de la resolución de la ambivalencia al mismo explorando los motivos personales para cambiar<sup>9</sup>.

La EM es una técnica que puede ayudar al dermatólogo a aumentar la adherencia a los tratamientos y a cambiar los hábitos que son perjudiciales para la lesión dermatológica. No es difícil de aprender, habiéndose desarrollado en diferentes países, incluido España, proyectos de formación que han sido acogidos con gran satisfacción por los dermatólogos<sup>10</sup>. Otro factor de éxito de este tipo de entrevista es que puede usarse como formato de intervención breve de entre 7 a 15 min, manteniendo su eficacia en aumentar la adherencia<sup>11</sup>.

Una de las claves de este tipo de entrevista es que permite al dermatólogo identificar rápidamente el estado del cambio en que se encuentra el paciente y su actitud hacia el tratamiento. Esto permite un ahorro de tiempo y energía al no dedicar esfuerzos innecesarios explicando el tratamiento a alguien no dispuesto a seguirlo o hablando de las consecuencias de no realizar el tratamiento a quien ya ha decidido realizarlo.

Cambiar es difícil, sin embargo, en la Facultad de Medicina el médico en general y el dermatólogo en particular son educados para solucionar con rapidez los problemas de sus pacientes y conseguir que cambien sus conductas no saludables diciéndoles cómo y por qué tienen que hacerlo (a esto se le llama «reflejo de corrección»). Casi todo el mundo sabe que el tabaco es perjudicial para la salud, pero solo por repetírselo a nuestro paciente no hará que abandone el hábito. En lo que se refiere a la cumplimentación de los tratamientos, los pacientes quieren sentirse bien, por supuesto, pero también están ambivalentes de tomarlos ya sea porque temen los efectos secundarios o porque su percepción acerca de la necesidad, especialmente para los trastornos crónicos, no coincide con la percepción que tiene el médico. Si ante un paciente ambivalente el dermatólogo insiste en la necesidad del tratamiento, lo más normal es que la respuesta que obtenga sea un «Sí, pero...» que borra nuestras explicaciones previas.

El tema es bien simple: un corto diálogo en el que el dermatólogo se muestra empático mostrando interés y comprensión por las reticencias de su paciente es más eficaz que una brillante prescripción sobre la que el paciente tiene serias dudas. En este sentido hay estudios que demuestran que la empatía por parte del médico incrementa la adherencia al tratamiento, mientras que una baja empatía y un estilo

confrontativo se asocian a una débil alianza terapéutica y a una mayor tasa de abandonos y recaídas<sup>12</sup>.

En contraposición al estilo directivo tradicional, en el que el profesional educa y persuade al paciente sobre lo que debe hacer, la EM utiliza un estilo de comunicación de tipo «guía». El papel del dermatólogo-guía consiste en escuchar al paciente y orientarlo, dándole al mismo tiempo soporte y ofreciendo información de experto cuando es necesario, colaborando activamente con el paciente en la elaboración del plan del tratamiento<sup>13</sup>.

## ¿Cuál es la evidencia científica de la entrevista motivacional?

Aunque la evidencia más abundante se encuentra para las conductas adictivas, que es en donde esta técnica se gestó, se ha extendido rápidamente hasta otros ámbitos de la medicina. Actualmente hay publicados alrededor del 200 ensayos clínicos aleatorizados sobre la efectividad de la EM. Una revisión sistemática del 2005 encontró un efecto clínico significativo en 3 de cada 4 estudios, y funcionó mejor que el método tradicional de consejo médico en el 80% de los estudios. Igualmente, en sesiones breves de menos de 15 min la EM fue eficaz en el 64% de los estudios<sup>14</sup>.

Recientemente, una revisión sistemática del 2013 encontró, de forma global y significativa para diversos *settings* médicos diferentes de las adicciones, una ventaja de la EM en comparación con las intervenciones tradicionales. La técnica fue eficaz en mejorar la adherencia a las recomendaciones terapéuticas además de reducir conductas sedentarias, mejorar la dieta o incrementar la actividad física<sup>15</sup>.

## ¿Por qué funciona la entrevista motivacional?

Por 2 motivos: 1) porque fomenta la autonomía y el compromiso con las decisiones tomadas gracias a que la persona es reforzada y apoyada por el profesional sanitario<sup>16</sup>, y 2) porque ayuda al paciente a hablar de que el cambio es posible (es algo que debe pronunciar el paciente y no el dermatólogo), y cuando los paciente se escuchan a sí mismos hablando sobre el cambio su motivación mejora y los resultados son mejores<sup>17</sup>.

## ¿Cuál es el método de la entrevista motivacional?

La EM se desarrolla en 4 procesos secuenciales y recurrentes: *vincular*, *enfocar*, *evocar* y *planificar*. Es como subir una escalera con 4 escalones, de uno en uno. Cada proceso parte del escalón anterior y conduce al siguiente, y como en una escalera podemos, a lo largo de nuestra entrevista con el paciente, volver al escalón anterior si requiere más atención.

El primer escalón que el dermatólogo ha de subir es el de la *vinculación*. Generar el vínculo o alianza terapéutica no es exclusivo de la EM, pero es el primer paso en la creación de una relación médico-paciente de confianza y puede surgir de forma rápida tras una primera impresión positiva o a lo largo de diferentes encuentros. Generar el vínculo

va más allá de ser simpático o amigable y más bien significa «conectar» con el paciente y asegurar que se siente cómodo y comprendido.

El segundo escalón es el de *enfocar*, que consiste en establecer con el acuerdo del paciente la dirección de la conversación sobre el cambio. Aquí, la EM puede ahorrar tiempo al dermatólogo ya que le ayuda a evitar el error común de precipitarse a «dirigir» un cambio de conducta antes de averiguar si el paciente se siente suficientemente preparado. Para ello resulta muy útil pensar en el modelo de la «rueda del cambio»<sup>18</sup>, que son las etapas por las que atraviesa una persona antes de decidirse a cambiar algo.

Tomemos el ejemplo de las conductas adictivas. Imaginemos a un paciente afecto de psoriasis que tiene un consumo de riesgo de alcohol y aún no ha notado por ello ningún efecto en su salud; no piensa que tenga ningún problema con el alcohol y por tanto no buscará en la consulta ninguna solución. Está en la llamada etapa «precontemplativa». Cuando empiece a notar algún problema, puede que se plantee que «debería dejar de beber», pero experimenta una gran ambivalencia entre su afición por la bebida y su preocupación por alguno de los efectos que nota. Esta es la etapa de la «contemplación». Si el clínico enfoca los aspectos perjudiciales del alcohol, el paciente valorará lo contrario (sus aspectos positivos). Resuelta la ambivalencia el paciente toma la «determinación» de cambiar (siguiente etapa), y si consigue mantener el cambio entra en la etapa del «mantenimiento». La «recaída» es considerada también como una etapa normal del proceso del cambio que no debe desanimarnos a volver a dar la vuelta a la rueda. Enfocar es, pues, adaptarse a la etapa en la que está nuestro paciente.

El tercer escalón que debemos subir es el de *evocar*. El proceso de evocar involucra sacar a la luz las propias motivaciones del paciente para un cambio en particular y es necesario haber consolidado el escalón anterior: solo si sabemos cuál es el objetivo del cambio podremos explorar motivaciones, ideas y soluciones para conseguirlo. El objetivo en este escalón es animar al paciente a dialogar sobre cómo podría llevar a cabo el cambio y qué le ayudaría a conseguirlo. Este proceso es fundamental en la EM y quizá el más diferente del enfoque de consulta tradicional.

A veces podemos alcanzar el último escalón, *planificar*, rápidamente cuando el paciente entra en la consulta dispuesto a cambiar y pidiendo consejo sobre cómo proceder, pero si no es así, es importante identificar si nuestro paciente ya está «preparado» para el plan. Hay una serie de señales inequívocas: la persona habla más de las ventajas del cambio que de los inconvenientes y empieza a visualizar cómo serían las cosas si hubiera conseguido su objetivo.

El clínico puede ayudar entonces al paciente proporcionándole información y sugerencias sin dejar de tener en cuenta las propias ideas y soluciones del paciente.

A lo largo de todos los procesos de entrevista, el dermatólogo encontrará muy útil el uso de unas habilidades de comunicación básicas cuyo aprendizaje está estandarizado y ha demostrado, en un reciente metaanálisis<sup>19</sup>, que con el entrenamiento adecuado y la práctica puede desarrollar pericia en la técnica sin necesidad de ser un profesional de la psicología. Estas estrategias de comunicación son sencillas y fáciles de aprender; muy brevemente se las conoce con el acrónimo «PROSA»<sup>20</sup> e incluyen preguntas abiertas, reflejos,

cómo ofrecer información y consejo, sumario y afirmaciones. Todas ellas encaminadas a obtener la colaboración del paciente y fomentar su motivación.

Las *preguntas abiertas* en contraposición a las cerradas son aquellas que no pueden contestarse con un «sí» o un «no» y permiten al paciente reflexionar y expresarse abiertamente sobre sus inquietudes, con lo que rápidamente nos podemos hacer una idea de qué le preocupa. Los *reflejos* son una potente estrategia que construye una vía rápida de entendimiento mutuo y cuyo objetivo es permitir la reflexión del paciente sin interferencias y a partir de sentirse fielmente comprendido. Además, es una estrategia que nos permite dar una dirección según los aspectos del discurso del paciente que se vayan reflejando. La siguiente habilidad de comunicación que supone un cambio con respecto al enfoque tradicional es la forma en cómo se *ofrece la información y el consejo*. Hay momentos en que el paciente pide directamente el consejo y, por supuesto, entonces hay que darlo. Otras intuimos que el paciente ya tiene algo de información, en este caso inquirir sobre lo que ya sabe nos ahorrará esfuerzos y nos dará oportunidad de corregir la información errónea o ampliarla si es escasa. Por último, cuando el paciente no solicita consejo y consideramos que puede ser necesario orientarlo, pedirle permiso sobre si quiere que le informemos antes de ofrecerle nuestras explicaciones incrementará las posibilidades de que seamos escuchados. Los *sumarios o resúmenes* permiten clarificar y ordenar los aspectos más importantes de la entrevista pudiendo incorporar elementos de anteriores conversaciones, demuestran al paciente que le hemos escuchado atentamente y facilitan que pondere lo que es mejor para él. Por último, la *afirmación* es una estrategia muy motivadora que aumenta la confianza de nuestro paciente en que puede cumplir sus objetivos. Nadie cambia cuando se le hace sentir mal.

## Conclusiones

La EM es un método que puede ser incorporado a la consulta de dermatología de forma análoga a como se ha ido incorporando a otras disciplinas de la medicina. La evidencia de su uso en intervenciones breves ahorrando tiempo en la consulta, a la par que facilitando la colaboración con el paciente y mejorando tanto la adherencia al tratamiento como la adquisición de hábitos saludables redundará sin duda en la satisfacción con los resultados, tanto para los dermatólogos como para sus pacientes. La clave consiste en sacar a la luz y fortalecer con unas estrategias sencillas de aprender y fáciles de aplicar la motivación que ya existe en nuestros pacientes, aunque al principio se nos aparezca oculta. Parafraseando a Blaise Pascal, «Generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas que no por las que les explican los demás».

## Bibliografía

1. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. [consultado 14 Mar 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
2. Jones-Caballero M, Pedrosa E, Peñas PF. Self-reported adherence to treatment and quality of life in mild to moderate acne. *Dermatology*. 2008;217:309-14.

3. Heng JK, Koh LJ, Toh MP, Aw DC. A study of treatment adherence and quality of life among adults with chronic urticaria in Singapore. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:e191-2.
4. Augustin M, Holland B, Dartsch D, Langenbruch A, Radtke MA. Adherence in the treatment of psoriasis: A systematic review. *Dermatology*. 2011;222:363-74.
5. Clifford S, Barber N, Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the necessity-concerns framework. *J Psychosom Res*. 2008;64:41-6.
6. Linder D, Dall'olio E, Gisondi P, Berardesca E, Gennaro ED, Pennella AR, et al. Perception of disease and doctor-patient relationship experienced by patients with psoriasis: A questionnaire-based study. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10:325-30.
7. Bass AM, Anderson KL, Feldman SR. Interventions to increase treatment adherence in pediatric atopic dermatitis: A systematic review. *J Clin Med*. 2015;4:231-42.
8. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. The King's Fund. London, 2011. [consultado 17 Sep 2015]. Disponible en: [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011\\_0.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf)
9. Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Barcelona: Paidós; 2015.
10. Langley R. Derm Connect. Optimizing the patient and health-care professional dynamic. Proceedings of the 3rd. International Derm Connect Faculty Meeting; 5-6 Junio, Praga, 2014.
11. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings opportunities and limitations. *Am J Prev Med*. 2001;20:68-74.
12. Moyers T, Miller W. Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav*. 2013;27:878-84.
13. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;27:c1900.
14. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55:305-12.
15. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2013;93:157-68.
16. Deci E, Ryan R, editores. Handbook of self-determination research. Rochester, NY: University of Rochester Press; 2002.
17. Morgenstern J, Kuerbis A, Amrhein P, Hail L, Lynch K, McKay JR. Motivational interviewing: A pilot test of active ingredients and mechanisms of change. *Psychol Addict Behav*. 2012;26:859-69.
18. Prochaska JO, di Clemente CC. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow/Jones Irwing; 1984.
19. Schwalbe CS, Oh HY, Zweben A. Sustaining motivational interviewing: A meta-analysis of training studies. *Addiction*. 2014;109:1287-94.
20. Lusilla Palacios P. EM 3.0: ¿Qué ha cambiado en la entrevista motivacional? Proceedings of the XL Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol; 18-20 Abril, Murcia, 2013.