



Entrevista motivacional. Enfoque personalizado al paciente periodontalmente comprometido

Emil Erazo Ortega,* Agustín Zerón**

RESUMEN

La participación del paciente en la higiene oral eficaz durante y después de la terapia periodontal es esencial para el éxito a largo plazo. La entrevista motivacional (EM) es un enfoque de orientación conductual documentado para influir positivamente en el cambio de comportamiento relacionado con el cumplimiento o adherencia a una medicación o para el control de enfermedades crónicas, particularmente el control del *biofilm*. Las nuevas evidencias sugieren que la EM tiene amplia utilidad para mejorar la salud oral y general del individuo. El objetivo de este trabajo es introducir al odontólogo y al especialista al uso de la entrevista motivacional para enfocar la atención personalizada y la motivación de cada sujeto para mejorar sus hábitos de higiene oral.

Palabras clave: Entrevista motivacional, educación, motivación, prevención, control de placa, biofilm, tratamiento periodontal, medicina personalizada.

«Doctor no es sólo el que cura, sino el que enseña a sus pacientes a no enfermarse.»

Aforismo de Agustín Zerón

INTRODUCCIÓN

La entrevista motivacional (EM) es un estilo terapéutico directivo centrado en el paciente para mejorar la preparación para el cambio, ayudándolo a explorar y resolver la ambivalencia existente y a comprometerse con él mismo, explorando los argumentos que exprese cada individuo; es así que el odontólogo o higienista, en su papel de entrevistador, será un educador terapeuta que buscará encontrar el deseo, habilidad, razones y necesidades que exprese el sujeto para alcanzar dicha modificación. Las llamadas «pláticas de cambio» son una forma

ABSTRACT

Patient involvement in effective oral hygiene during and after periodontal therapy is essential for long-term success. Motivational interviewing (MI) is a behaviorally oriented approach documented to positively influence behavior change related to compliance or medication adherence, or chronic disease control, particularly, biofilm control. New evidence suggests that MI has broad utility to improve oral and general health. The aim of this paper is to introduce the dentist and specialist to the use of motivational interviewing to focus the personalized attention and motivation of each patient to improve his/her oral hygiene behaviors.

Key words: Motivational interviewing, education, motivation, prevention, control of plaque, biofilm, periodontal treatment, personalized medicine.

de colaboración para provocar cambios y reforzar la modificación de hábitos o estilos de vida que generen un daño.

La EM provoca y exhorta a las motivaciones propias de la persona para el cambio, siendo un enfoque de orientación conductual para influir positivamente en la modificación de un comportamiento encaminado a promover mejores condiciones de salud. Puede ser común que los educadores y los pacientes caigan en desacuerdos sobre la naturaleza y el alcance de los problemas que el mismo individuo no siempre comprende, así como los alcances para recibir un tratamiento basado en cambios conductuales, lo que genera en el sujeto una actitud de negación o resistencia que denominaremos «ambivalencia».

Idealmente, se espera que las personas lleguen a consulta con la suficiente preparación motivacional para realizar un cambio; sin embargo, no es así. La EM se originó en el campo de las adicciones, pero ha demostrado ser eficaz para lograr actitudes de cambio en temas como la obesidad, uso de drogas, condición física, salud mental, control de la glucemia en diabéticos, tabaquismo, alcoholismo, VIH/SIDA, adherencia o cumplimiento a los tratamientos de medicación, trastornos alimenticios y adicción a los

* Miembro de la Generación 2010-2012 del Posgrado de Periodoncia, Universidad Intercontinental, México, D.F.

** Coordinador del Posgrado en Periodontología (2010-2014), Universidad Intercontinental.

juegos de azar.¹⁻³ A partir de la década de 1990, la EM comenzó a ser probada para aplicarla a otros problemas de salud, especialmente las enfermedades crónicas, en las que el cambio de comportamiento del paciente es la clave y la motivación es un reto común. Recientes evidencias sugieren también la utilidad de la EM para mejorar la salud oral.

Entrevista de motivación en el cuidado de la salud

La entrevista motivacional es un método complejo que requiere mucha habilidad para poder utilizarse; es un método sistemático y colaborativo para ayudar a las personas a explorar sus propios valores y motivaciones, y saber cómo pueden ser usados para servir en el cambio de actitudes que mejore su bienestar.³ Realmente, la EM requiere más de escuchar que de hablar u opinar. La entrevista motivacional es generalmente breve, siempre y cuando en una o dos sesiones se pueda suministrar como una intervención independiente al tratamiento odontológico. Dentro de la salud oral se han reportado varios estudios clínicos aleatorizados que apoyan la EM para reducir caries en pacientes pediátricos.⁴

Miller ha investigado el impacto de los comportamientos terapéuticos en la motivación de los individuos y la participación en el cambio de conducta. El desarrollo de la entrevista motivacional (EM) centrada en el paciente puede provocar un cambio de comportamiento al explorar y resolver la ambivalencia de salud.⁵ Simplemente, no basta cepillarse los dientes si no se comprende la intención del cepillado.

Un grupo interdisciplinario (Jönsson 2009) en Suecia y Noruega ha propuesto que un tratamiento periodontal debe ser hecho a la medida de cada persona para mejorar la higiene oral; incluso en individuos con enfermedades mentales graves ha demostrado favorecer las medidas clínicas de lesiones periodontales.^{6,7} Igualmente, el grupo escandinavo basado en una perspectiva social, enfocó una mejora en el tratamiento individual hecho a la medida para cada sujeto logrando incrementar el costo-beneficio del tratamiento periodontal no quirúrgico cuando se incluyeron estrategias motivacionales y educacionales que denominaron ITOHEP (*individually tailored oral health educational programme*). En su estudio longitudinal (Jönsson 2012), también probaron con su teoría ampliada a la acción razonada (TAR) que la participación directa e indirecta mejora las actitudes, creencias, normas subjetivas, autoeficacia y, sobre

todo, la intervención cognitivo-conductual que lleva a favorecer los hábitos de higiene oral en el adulto. Por lo tanto, con la teoría aplicada puede considerarse que la acción razonada puede ser un predictor importante en los cambios de comportamiento de cada paciente para incrementar su salud en general con mejoras en los hábitos de higiene oral.⁸

Dado el desafío de lograr y sostener el cambio de conducta en la salud, no es de extrañar que haya habido un interés considerable en la aplicación de la EM a una amplia variedad de campos y equipos interdisciplinarios. Se debe proporcionar al gremio odontológico una breve reseña sobre la entrevista motivacional e identificar y discutir las cuestiones clave que pueden surgir cuando la adaptación de la EM es para uso en el cuidado de la salud en la práctica privada y, especialmente, en los programas de salud pública.

Es frecuente encontrar una gran variabilidad en los consentimientos informados sobre intervenciones médicas y odontológicas, que en la mayoría de las veces no exploran las condiciones motivacionales o las situaciones conductuales complejas en determinadas enfermedades y diferentes individuos. La eficacia de un tratamiento puede variar entre diversos estudios, grupos, sitios y equipos clínicos interdisciplinarios.⁹

Un factor que ha sido considerado una variable constante en el éxito o fracaso de un tratamiento médico es la fidelidad, apego o adherencia a la prescripción hecha o a las recomendaciones que se proporcionaron, por lo que se referirán más adelante. Una práctica motivacional de baja calidad se podría comparar con dosis parciales de un antibiótico o una vacuna: el plan terapéutico puede ser correcto, pero la fuerza o el impacto resultan insuficientes para promover significativas condiciones de salud y bienestar.

En el uso de la entrevista motivacional, Miller y Rollnick¹⁴ describen tres condiciones de calidad que deben estar presentes en un estudio clínico que sea considerado como un ensayo de intervención conductual:

1. El tratamiento debe contener claramente los componentes que son teórica o empíricamente relacionados con su eficacia.
2. Los proveedores de la entrevista deben estar capacitados para tener un criterio adecuado y específico sobre las competencias profesionales antes de tratar a los pacientes en los estudios clínicos.

3. La fidelidad y apego al tratamiento deben ser documentados mediante una codificación confiable durante la práctica de todo el estudio, e informados de una manera que permita la comparación con los niveles de habilidades en otros estudios.

No basta decirle a la persona cómo limpiar los dientes. Los autores escandinavos también han analizado los fracasos de intervenciones hechas de buena fe, a pesar de intentar usar una metodología del ensayo clínico, por lo que ofrecen una serie de recomendaciones para futuras investigaciones.⁹

Entrevista motivacional: una breve reseña

Fue desarrollada por especialistas en el campo del control de las adicciones, particularmente en problemas con el alcohol. En el tratamiento tradicional del alcoholismo, era común que los consejeros y pacientes cayeran en desacuerdos sobre la naturaleza y el alcance de los problemas del individuo, así como su tratamiento, lo que generaba en el sujeto una actitud de negación o resistencia.

William Richard Miller (1983) es el primer autor de la entrevista motivacional, método que desarrolló en respuesta a sus observaciones en relación con el tratamiento de personas con problemas de alcoholismo. Miller comenzó a examinar críticamente las causas de tales desacuerdos entre los enfermos y sus asesores. Utilizando un análisis más centrado en cada paciente, sugirió que la resistencia era en rea-

lidad producto de la interacción con un consejero que utilizaba un estilo de entrevista de confrontación.¹⁰

Miller¹⁴ sugirió que en lugar de tratar de convencer a los individuos de cambiar, los asesores serían más eficaces si utilizaran un estilo terapéutico empático, lo que indica que la confrontación puede tener un impacto perjudicial sobre la autoeficacia, mientras que un estilo empático puede apoyar y construir la autoeficacia y autocuidado (*Figura 1*).

Principios clave

La entrevista motivacional de Miller y Rollnick se define como una entrevista sobre el estilo del asesoramiento, que está centrada en el paciente para provocar un cambio de comportamiento al ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia entre las emociones y los sentimientos. La EM está guiada por una serie de principios generales:

- A. Atención mediante la escucha de forma reflexiva y retroalimentación objetiva.
- B. Benevolencia ante la discrepancia entre los objetivos del sujeto y el comportamiento actual.
- C. Cambiar la argumentación de que el individuo es el único responsable; al tener conocimientos se pueden tomar decisiones que mejoren su salud.
- D. Darle vuelta a la resistencia, en lugar de confrontar y oponerse a ella.
- E. Empatía para apoyar la autoeficacia y el optimismo por tener un cambio.

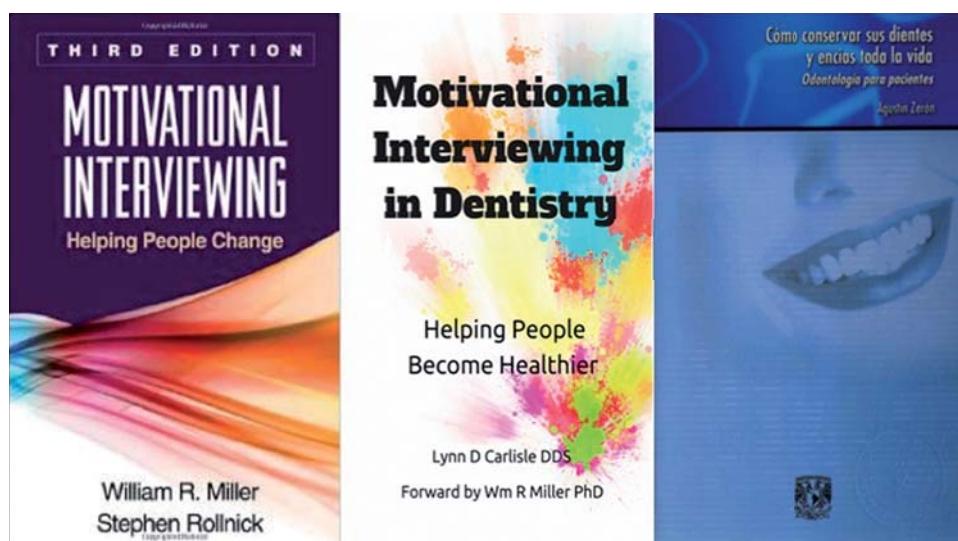


Figura 1.

Libros sobre prevención y entrevista motivacional.

Aunque la EM se basa en el uso de habilidades de asesoramiento no directivo, como el escuchar de forma reflexiva, el terapeuta dirige el debate para centrarse en la ambivalencia y su resolución. Los aspectos técnicos incluyen habilidades que se utilizan para animar a la persona a explorar la ambivalencia sobre el cambio, tomar sus propias decisiones acerca de qué y cómo proceder, y asegurar que su resistencia se minimice. Una buena relación se logra evitando discutir y cambiar el enfoque ante la reformulación, lo que permite al terapeuta llevar a cabo una conversación constructiva sobre el cambio.

En los análisis psicolingüísticos de sesiones de EM con personas dependientes de drogas, se encontró que la fuerza del lenguaje enfocado al compromiso predijo la abstinencia de drogas. Decir que uno quiere, puede y tiene motivos para cambiar no es lo mismo que hacer un compromiso o declarar la intención de cambiar. Por lo tanto, la EM se diferencia en dos fases: la primera se centra en el aumento de la motivación para el cambio, y la segunda, en la consolidación de compromiso.¹¹

Los enfoques tradicionales ponen al asesor en un papel de «experto» y al individuo en la posición pasiva de aceptar los consejos que se imparten o resistirse a ellos, ya sea directa o indirectamente a través de la falta de cumplimiento a las recomendaciones. En contraste, el enfoque de la EM coloca al sujeto en el papel de experto, en el que debe decidir cómo interpretar e integrar la información que se recibe, y si es o no relevante para su propia situación.

Componentes críticos

Aunque la EM fue conceptualizada con varios componentes técnicos clave, Rollnick y Miller han argumentado que la calidad de la interacción paciente-terapeuta puede ser la clave para el cambio de comportamiento. Rollnick y Miller sostienen que es inadecuado pensar en la EM como una técnica que se aplica a un grupo de personas. Más bien, es un estilo interpersonal, conformado por los principios rectores de lo que desencadena el proceso de cambio de comportamiento en cada individuo.

Una distinción clave entre la EM y otros enfoques clínicos es que la EM no va a funcionar bien si se concibe como un conjunto de técnicas aplicadas a sujetos. La cuestión más importante es el método que permite a los pacientes expresar sus propios argumentos para lograr el cambio.

Adaptación de la EM a centros de atención médica

El interés de la EM puede deberse a los importantes retos planteados por los esfuerzos de cambio de comportamiento en los entornos de atención a la salud, tales como clínicas de salud pública, donde los recursos son mínimos y el individuo requiere de un cambio.

Aunque la EM tiene un gran potencial para su uso dentro de los entornos de salud, este programa sirve para los individuos que están interesados y motivados para cambiar sus conductas de salud y buscan programas de intervención.

Hacer frente a las limitaciones de tiempo

Los requisitos para breves aplicaciones varían considerablemente entre las distintas áreas. Por ejemplo, un médico en una sala de emergencia puede tener sólo de uno a dos minutos para abordar el problema de alcoholismo o el consumo de drogas. Un médico familiar puede tener de siete a 10 minutos, con la posibilidad de establecer nuevos contactos en las semanas posteriores. Una enfermera o dietista en un entorno médico-paciente podrían tener una hora disponible para una consulta durante la estancia hospitalaria. En contraste con un ajuste de asesoramiento especializado en la que los educadores terapeutas ven a sus pacientes durante un periodo más prolongado, la mayoría de los encuentros en los centros de salud pública o privada son muy breves, y se requieren diferentes formas para desarrollar la EM.

Breves adaptaciones de la EM para centros de atención médica

Rollnick ha desarrollado una intervención para fumadores de cinco a 10 minutos que se basa en el espíritu de la EM y se centra en la evaluación rápida de la importancia de dejar de fumar y la confianza para tener éxito. El médico utiliza una escala de calificación de diez puntos para provocar verbalmente juicios numéricos del individuo de acuerdo con la importancia y la confianza. Luego se dirige a más preguntas y estrategias con una dimensión más relevante. Rollnick argumenta que para que alguien esté listo para cambiar, primero debe sentir confianza en que el cambio es benéfico para sí.

Estrategias adyuvantes para complementar la EM en odontología

Enfoques más breves pueden ser fortalecidos desde la primera cita con la provisión de materiales complementarios como impresos o videos, que proporcionarán un apoyo continuo.

El control y la gestión de muchas condiciones de salud oral dependen en gran medida de la práctica del autocuidado diario y el cumplimiento de las medidas preventivas y curativas. La educación convencional (EC), que se centra en la difusión de información y el asesoramiento normativo, no es suficiente para lograr cambios de comportamiento sostenidos. Un enfoque de asesoramiento, la entrevista motivacional (EM), es potencialmente útil en el cambio de comportamientos de salud oral.

Dos posibles comportamientos que presentan relevancia en el control de la salud periodontal son la higiene oral y la reducción en el consumo del cigarrillo. Ambas medidas también tienen un importante papel en la detención de la progresión de la enfermedad periodontal; es decir, si un sujeto no presenta cambio a estas dos medidas, ningún plan de tratamiento periodontal –por más meticuloso que sea– podrá ser efectivo.

La EM es una «técnica directiva» centrada en el paciente para la mejora de la motivación intrínseca para cambiar mediante la exploración y la resolución de la ambivalencia. En la EM los individuos evalúan sus propias conductas, argumentos actuales para el cambio, y eligen un comportamiento en el cual enfocarse, mientras que el terapeuta ayuda a crear, por el cuestionamiento y la reflexión hábil, una resolución aceptable que desencadene el cambio conductual.¹²

Este enfoque centrado en el paciente está en claro contraste con la EC, en el que los profesionales son los participantes activos en la presentación de los problemas y oferta de soluciones, mientras que los individuos normalmente están excluidos de la definición del problema y toma de decisiones.¹³

Miller y Rollnick (2009)¹⁶ han sido enfáticos en afirmar que la entrevista motivacional no es una técnica, sino un enfoque terapéutico en el cual subyace una filosofía personalizada para mejorar conductas. Es importante saber también que la entrevista motivacional no va a ser la panacea en todos los tratamientos orales; por eso hay que hacer mención que una entrevista motivacional: (1) no es el modelo transteórico de cambio; (2) no es una

forma de engañar a la gente para que haga lo que uno quiere que haga; (3) no es una técnica; (4) no es un balance decisional; (5) no es la regeneración de evaluación; (6) no es terapia cognitivo-conductual; (7) no es terapia centrada en el paciente; (8) no es un procedimiento fácil de aprender; (9) no es una práctica de costumbres, y (10) no es una panacea.

CUMPLIMIENTO

En periodoncia estamos a menudo obstaculizados porque la mayoría de las enfermedades que tratamos son crónicas, y los individuos no perciben su padecimiento tan severo como en realidad podría ser. Sin embargo, como especialistas, debemos educar y medir el cumplimiento o apego al tratamiento, y cuantificar con precisión sus efectos en múltiples situaciones. Por ejemplo, sabemos cuando un sujeto con algún tipo de enfermedad periodontal cumple con los programas de mantenimiento sugeridos; aunque la mayoría lo hacen bien, muchos regresan a sus malos hábitos con los mismos defectos.

En una revisión clásica de Wilson (1987) sobre las aplicaciones del cumplimiento al tratamiento periodontal se afirma que la adherencia, el cumplimiento y la alianza al tratamiento son pasos en el desarrollo del autocuidado.

Los que observamos el cumplimiento de la persona siempre nos preguntamos:

- ¿Los pacientes cumplen con las instrucciones de control e higiene?
- ¿Vendrán a sus citas de mantenimiento?
- Si no es así, ¿cuáles son las consecuencias del incumplimiento?

También sabemos que los individuos tratados periodontalmente y que aprenden bien las técnicas de higiene oral controlan el crecimiento bacteriano y pierden menos soporte periodontal que los que no lo hacen. Es posible medir la eficiencia de la higiene oral mediante los índices del control de placa, y evaluar la eficacia mediante la disminución del sangrado al sondeo, disminución de la profundidad sondable y midiendo la estabilidad en los niveles de inserción clínica.

1. En la medicina y en la odontología, el cumplimiento tiende a ser deficiente en los sujetos que

tienen enfermedades crónicas que ellos perciben como amenazantes.

2. Incluso en los estudios más optimistas, la tasa total de cumplimiento de la higiene oral sugerida es de menos de 50%; otras investigaciones muestran que es mucho más baja. En los trabajos que se centran en el uso de productos de limpieza interproximal, el cumplimiento es aún más pobre.
3. Las personas en programas universitarios han tenido una tasa de abandono (incumplimiento) de 11 a 45%. En un estudio de una práctica periodontal privada, se observó un cumplimiento completo en 16% de los pacientes, incumplimiento en alrededor del 35% y cumplimiento errático en el resto.
4. En los estudios sobre el efecto de la terapia periodontal, sería beneficioso registrar los resultados del tratamiento incluso en aquellos que abandonan la terapia para determinar a largo plazo la efectividad del mantenimiento.
5. Los individuos no cumplen por muchas razones, incluyendo el comportamiento, el miedo, los factores económicos, situaciones autodestructivas, las creencias y la indiferencia percibida por el dentista.
6. El cumplimiento puede mejorarse en la mayoría de los sujetos.
7. Dado que el cumplimiento con el mantenimiento y la higiene oral sí afecta el resultado del tratamiento activo, las personas que presentan diferentes niveles de incumplimiento pueden requerir distintas formas de tratamiento y secuencias de mantenimiento.
8. En la actualidad, no tenemos una manera fiable de predecir el cumplimiento antes de comenzar la terapia periodontal.
9. Dado que la predicción y la modificación del cumplimiento en los pacientes periodontales está todavía en su infancia, hay una necesidad de más estudios para mejorar nuestra comprensión del problema y proporcionar las mejores soluciones.¹⁴

ADHESIÓN

La adhesión del individuo a las instrucciones de higiene oral es importante para el éxito del tratamiento periodontal; sin embargo, hay muchas definiciones y medidas de lo que constituye la adhesión. La adhesión del sujeto al tratamiento periodontal ha sido definida como la disposición a seguir las

recomendaciones de prevención o tratamiento (Blinkhorn 1993).¹⁵

La no adherencia o falta de cumplimiento a los hábitos de higiene oral puede ser un factor de riesgo conductual para la progresión de la enfermedad periodontal (Bakdash 1994). Con la no adherencia a los tratamientos es probable ser dependiente de factores sociales y psicológicos que pueden interactuar con los factores biológicos y microbianos (Friedman y Di Matteo 1989).

Las razones dadas para la no adherencia al tratamiento periodontal incluyen falta de voluntad para realizar el autocuidado oral (Weinstein 1983), acontecimientos vitales estresantes (Becker 1988), falta de comprensión de los consejos, mala percepción de los problemas de salud oral (Berndsen 1993), falta de motivación (Alcouffe 1988), nivel socioeconómico bajo (Tedesco 1992), malas creencias sobre la salud (Kuhner y Raetzke 1989) y valores desfavorables de la salud dental (Camner 1994).

Varios modelos de comportamiento de la salud se han desarrollado para ayudar a entender y mejorar la adherencia y cumplimiento de la persona. Entre ellos están el modelo de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y la teoría del aprendizaje social (que incluye las construcciones de autoeficacia y *locus de control*). Los modelos se han reformulado con el tiempo y hay cierta superposición entre ellos. Sin embargo, todos los autores afirman que los individuos se sienten motivados a maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas cuando perciben que están en control (Martea 1995; Inglehart y Tedesco 1995).

De acuerdo con la teoría de la acción razonada (TAR), la intención (que se determina más por las creencias y actitudes con respecto a la conducta) es el mejor predictor de la mayoría de las conductas voluntarias (Ajzen 1988). Las personas suponen que se comportan de forma razonada y deliberada, y consideran las implicaciones sociales como una norma subjetiva de sus acciones antes de decidir si desean o no participar en un comportamiento particular. Este modelo ha tenido algo de éxito en la predicción del apego o cumplimiento a la terapia periodontal a corto plazo (Tedesco 1992). El cambio a largo plazo bien podría estar regulado por un conjunto diferente de principios (Weinstein 1989; Camner 1994).

La teoría del aprendizaje social de Bandura (TAS) sugiere que la autoeficacia positiva (que se refiere a la creencia de una persona en su capacidad

de realizar una conducta) combinada con la expectativa de resultado positivo aumentará la probabilidad para que un individuo se involucre en una conducta en particular (Bandura 1982).

El modelo de creencias de salud (MCS) de Becker y Rosenstock (1984) es uno de los más ampliamente investigados y su teoría aceptada.

Un problema importante con el MCS y la TAR ha sido la falta de cuestionarios estandarizados. El enfoque de Rotter a la TAS postula que, en general, el potencial de que se produzca un comportamiento se ve afectado conjuntamente por la esperanza de que el mismo dará lugar a un resultado particular y el valor colocado en el producto de determinada situación (Rotter 1966).

Locus de control (LC) es una expectativa generalizada y se ocupa de las creencias de un individuo sobre el *locus* o lugar de la percepción de control sobre los resultados. Estas creencias también pueden medirse mediante cuestionarios. Wallston y colaboradores (1978) desarrollaron el *locus* de control multidimensional de salud (MHLC, por sus siglas: *Multi-dimensional Health Locus of Control*) para escalar con las tres dimensiones siguientes: interioridad (IHLC - *Internality Health Locus of Control*), que mide el grado en que una persona cree que su salud puede ser controlada por su propio comportamiento; posible exterioridad (*Chance Externality* - CHLC), mide la creencia de que el destino, la suerte o el azar determinan los resultados personales de salud; y otras dimensiones poderosas de exterioridad (*Powerful Externality* - PHLC), que miden la creencia de que el control sobre su salud está en manos de factores externos poderosos, en particular, los que manejan los profesionales de la salud.

El papel de la MHLC se ha estudiado en pacientes ambulatorios y dentales (Ludenia Donham 1983), el apego a la higiene oral en pacientes de mantenimiento periodontal (Galgut 1987), y la predicción a corto plazo en el cumplimiento del uso del hilo dental (Bagley y Graff Low 1992). Los resultados no han sido concluyentes. Aunque específica a la salud, la SLMC sigue siendo una medida de observación bastante generalizada.

La escala de adaptación de creencias dentales (Wolfe 1996) se ha utilizado para medir los cambios en las creencias dentales sobre un control percibido hacia las enfermedades periodontales y la caries. El estado de ánimo psicológico también podría

tener un papel que desempeñar en la adherencia y cumplimiento del individuo. Se ha sugerido que los niveles intermedios de ansiedad pueden ser óptimos en términos de predecir el cumplimiento del sujeto. Si la ansiedad es demasiado baja, las personas podrían no estar lo suficientemente interesadas en llevar a cabo lo que les diga. Por el contrario, si es demasiado alta, los pacientes podrían sentir tanto miedo que podrían no interpretar correctamente el asesoramiento prestado (Friedman y Di Matteo 1989). La depresión podría reducir la sensación de control percibido sobre los resultados conductuales (Peterson 1988). Un estudio reciente encontró una correlación positiva baja pero estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la cantidad de placa bacteriana, y sugirió que la ansiedad podría aumentar la respuesta inflamatoria gingival (Kurer 1995).

Preguntas de interioridad (IHLC)

1. Creo que los dientes deben durar toda la vida.
2. Creo que cepillarme los dientes ayuda a prevenir la enfermedad de las encías.
3. Yo soy directamente responsable de mi salud oral.
4. Creo que puedo ayudarme a prevenir la enfermedad de las encías.
5. Creo que el hilo dental puede prevenir la enfermedad de las encías.
6. Yo soy directamente responsable de prevenir la pérdida de los dientes.
7. Creo que si me cepillo y uso el hilo dental todos los días estoy menos susceptible a la caries y la enfermedad de las encías.

Preguntas de exterioridad (CHLC)

1. Soy propenso a contraer enfermedad de las encías en el próximo año o dos.
2. Una vez que la enfermedad de las encías ha comenzado, es casi imposible de parar.
3. Creo que la pérdida de dientes es una parte normal del envejecimiento.
4. Soy propenso a perder un diente en uno o dos años.
5. No hay mucha gente que pueda prevenir los problemas dentales.
6. Me parece que no se puede hacer mucho para cuidar de mis dientes.

7. Creo que el cepillado y uso de hilo dental es importante y podría prevenir la enfermedad de las encías y pérdida de dientes; sin embargo, yo no quiero tomar el tiempo hoy para algo que puede suceder en cinco a 10 años a partir de ahora.

Preguntas de externabilidad (PHLC)

1. Es importante para mí que mis amigos piensen que mis dientes están sanos.
2. Cada vez que tengo problemas con mis encías debería consultar a un odontólogo.
3. Las visitas regulares al odontólogo son la mejor manera para evitar enfermedad de las encías.
4. El destino de mis dientes se encuentra en manos del odontólogo.
5. Si mis padres tienen problemas en los dientes, el cepillado y uso de hilo dental nos ayudará a evitar dientes enfermos.
6. Sólo el odontólogo o el periodontólogo pueden prevenir las enfermedades de las encías.
7. El cepillado y uso de hilo dental diario aunado a visitas frecuentes con el especialista es mejor que sólo ir al dentista con problemas continuos.
8. Los cepillos interdentales tienen mayor eficacia en la reducción de placa e inflamación, pero no los consigo fácilmente.

Valores de salud

1. No hay nada más importante para mí que la buena salud.
2. Lo más importante es tener una buena sonrisa para reír y una buena mordida para comer.
3. La buena salud es sólo de menor importancia en ser feliz.
4. Hay muchas cosas que me importan más que mi salud.
5. Sin salud no se tiene nada.

Intención de adhesión

1. Espero que sea fácil para mí seguir los consejos del odontólogo.
2. Tengo la intención de seguir las instrucciones del dentista.
3. Puede ser difícil para mí hacer exactamente lo que me dijo el dentista.
4. No estoy seguro de que el tratamiento del dentista valga la pena.

Cambio de comportamiento y la entrevista de motivación

La entrevista motivacional en general ha sido descrita como un espíritu de colaboración, evocadora, que honra la autonomía del individuo. Existen tres características que describen el «espíritu» de la EM, y es la mentalidad con la que un educador en salud se acerca a las conversaciones con los sujetos sobre el cambio de comportamiento.

- **Colaborativa.** La EM se basa en una asociación de cooperación y colaboración entre el paciente y el clínico. La EM aborda la situación específica en que se necesita un cambio de comportamiento de la persona. En lugar de una relación de poder desigual en la que el clínico dirige al individuo pasivo en lo que debe hacer, hay una conversación de colaboración activa y un proceso de toma de decisiones conjunta. Esto es particularmente importante en el cambio de comportamiento de salud, porque en última instancia es sólo la persona que puede promulgar dicho cambio.
- **Evocadora.** A menudo, la atención de salud parece dar a los sujetos aquello que les falta, ya sea medicación, conocimiento, comprensión o habilidades; es decir, busca activar su propia motivación y recursos para el cambio. Un paciente puede no estar motivado para hacer lo que desea, pero cada persona tiene metas personales, valores, aspiraciones y sueños. Parte del arte de la EM está en conectar el cambio de comportamiento de salud con los propios valores y preocupaciones de los individuos. Esto se puede hacer sólo mediante la comprensión de las perspectivas de los sujetos, al evocar sus propias buenas razones y argumentos para el cambio.
- **Honrar la autonomía de la persona.** La EM también requiere un cierto grado de desapego de los resultados; no una ausencia de preocupación, sino más bien una aceptación de que las personas pueden y deben tomar decisiones sobre el curso de sus vidas. Los médicos pueden informar, asesorar, incluso advertir, pero en última instancia es el paciente quien decide lo que va a hacer. Reconocer y honrar esta autonomía es también un elemento clave en la empatía para facilitar el cambio de comportamiento de salud.

Resistir, entender, escuchar y potenciar

La práctica de la EM tiene cuatro principios rectores: (1) resistir el reflejo de incorporación, (2) comprender y explorar las propias motivaciones del individuo, (3) escuchar con empatía, y (4) potenciar al sujeto, fomentando esperanza y optimismo. Estos cuatro principios pueden ser recordados por el acrónimo REEP (*Figura 2*).

La EM trata de utilizar los argumentos de la persona, que significa en primer lugar lo que puede parecer y lo que hay que hacer como reflejo de incorporación.

PRACTICANDO LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional debe cumplir ciertos requisitos para ser una buena guía:

1. Preguntar a dónde quiere llegar la persona y conocerla un poco más.
2. Informar al individuo acerca de las diferentes opciones de tratamiento y observar cuál tiene más sentido para él.
3. Escuchar y respetar lo que el sujeto quiere hacerse y ofrecerle ayuda acorde a sus requerimientos.

El estilo de esta guía de la EM trabaja en el mejoramiento del compromiso para cambiar y adherirse a los tratamientos; una clave para entender estos cambios es conocer el fenómeno de ambivalencia.

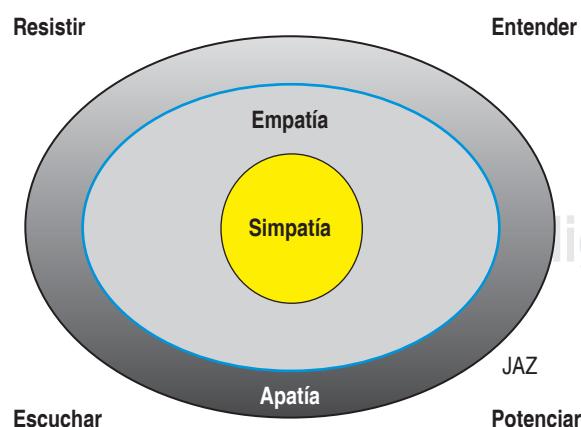


Figura 2. Principios rectores: resistir el reflejo de incorporación, comprender y explorar las propias motivaciones del individuo, escuchar con empatía, y potenciar al paciente.

Ambivalencia

La ambivalencia es un estado de ánimo, transitorio o permanente, en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos. Las personas usualmente sienten ambivalencia con respecto al cambio; esto sucede particularmente cuando un paciente está dispuesto a cambiar cosas que mejoren su salud y tiene las intenciones de hacerlo, pero está también conforme con sus rutinas familiares y en desventaja para hacer algún cambio. En ocasiones, los individuos saben de las buenas razones para realizar un cambio que el clínico ya tiene en mente, como dejar de fumar, higienizarse más seguido, el uso del hilo o cepillos interdentales, o acudir frecuentemente a sus citas de mantenimiento; sin embargo, si el sujeto se siente cómodo en su *status quo* –como el tabaquismo, el sedentarismo, la falta de ejercicio, los hábitos de higiene deficientes, la alimentación desbalanceada–, se hace una situación desventajosa para lograr un cambio.

Algunos ejemplos de ambivalencia del paciente:

- Necesito perder peso, **pero** odio hacer ejercicio.
- Debería dejar de fumar, **pero** no puedo.
- Realmente sé que debo usar el hilo, **pero** nunca me da tiempo.
- Creo que tengo mal sabor o mal olor de boca, **pero** odio ir al dentista, mejor me compro otro enjuague.
- Quisiera lavarme los dientes como me indicó mi dentista, **pero** no tengo la habilidad de hacerlo.

Una característica común de una persona ambivalente es la conjunción «pero» en medio de la oración. Los individuos pueden quedar estancados en ese estado ambivalente cuando ambos argumentos de la oración se cancelan entre sí.

Sin embargo, existen experiencias que pueden hacer que los sujetos se alejen o se apeguen a los tratamientos; a veces un simple diagnóstico o un poco de información pueden hacer que la persona haga un cambio significativo en su estilo de vida. A pesar de ello, es común que los pacientes tengan un proceso interno de deliberación –consciente o no– en que valoren los pros y contras del cambio en el estilo de vida, lo que hace que regresen a su estado ambivalente.

En ocasiones, la consulta puede dejar a los individuos totalmente desmotivados; por ejemplo,

«le he explicado varias veces las técnicas de cepillado, pero sigue haciéndolo mal». Esto se debe a que cuando se emplea un estilo de dirigir en vez de una plática más reflexiva, los sujetos se niegan al mismo cambio, en vez de asimilarlo por sí mismos. Un ejemplo de una técnica directiva es: «Tienes que usar el hilo dental; tienes que cepillarte mejor; tienes que usar estas técnicas de cepillado», mientras que una técnica más reflexiva es cuando se le dice a la persona: «Recuerda que una mala técnica de cepillado puede generarte mala higiene y acúmulo de bacterias; recuerda que dejar el cigarro puede mejorar tu calidad de vida y puedes disminuir el riesgo de reactivar la enfermedad periodontal.»

Escuchar una plática de cambio

El primer paso para ayudar a los pacientes a que cambien sus argumentos es tener la habilidad de reconocer si hay una plática de cambio cuando están hablando. Es decir, qué patrones se manifiestan en la forma en que el individuo se comunica con nosotros; es así como empieza esta plática de cambio.

Dentro de una plática de cambio, existen seis tipos diferentes de temas que se pueden escuchar, y cada uno explica lo que está implícito en la motivación del sujeto:

- Deseo.** Algunos de los verbos más utilizados en la plática de cambio incluyen «quiero», «deseo», «me gustaría». Estas declaraciones nos dirán sobre las preferencias de la persona para lograr el cambio o mantener el *status quo*.
- Habilidad.** Este tema nos indica la capacidad del paciente de realizar un cambio y el verbo más utilizado es «puedo». Se tiene que resaltar que es un signo motivacional bastante fuerte y que nos brinda más confianza el «yo puedo» que el «tal vez pueda». «Ya puedo limpiar mejor mis dientes y encías.»
- Razones.** En este ámbito se encuentran los motivos por los cuales el individuo busca un cambio; no tiene verbos específicos, ya que puede usar verbos de deseo. «Deseo conservar todos mis dientes para verme mejor.»
- Necesidad.** Un lenguaje imperativo resalta la necesidad del sujeto de un cambio; los verbos utilizados comúnmente son «necesito», «tengo que», «voy a», «debo». «Necesito tener una agradable sonrisa.»



Figura 3. Estos cuatro tipos motivacionales tienen algo en común: todas estas formas son un precompromiso hacia la plática de cambio; es decir, nos guían en la dirección del cambio positivo, pero por sí solas no desencadenan un comportamiento de cambio; lo que se necesita es una quinta forma de plática de cambio, el compromiso.

La ambivalencia en ocasiones conflictúa estos cuatro temas motivacionales: (DHRN) deseo, habilidad, razones y necesidad; esto se debe a que una frase indicará el cambio, mientras que la frase complementaria favorecería el *status quo* (*Figura 3*).

- Compromiso.** El verbo esencial en esta forma de plática es «voy a», pero el compromiso tiene diferentes grados de apego –de menor a mayor– y es indispensable saber identificarlos. Por ejemplo, no es lo mismo «ahora sí voy a lavarme los dientes» que «te garantizo que voy a lavarme mejor», «intentaré usar hilo dental a diario», «estoy listo para tener mejor control de placa» o «prometo que usaré limpiadores interdentales». Todas estas oraciones suenan bastante similares, pero qué pasa si les quitamos un poco de compromiso: «consideraré cepillarme mejor», «planeo usar cepillo e hilo dental», «espero limpiarme mejor» o «trataré de dejar mis dientes más limpios». Aunque estas oraciones son parecidas, son sólo parte del compromiso de la persona e indican dudas respecto a la habilidad para lograr el cambio.
- Adopción de medidas.** Esta sexta y última medida de cambio se puede encontrar particularmente en pacientes que se ven de manera

consecutiva a lo largo del tiempo y han logrado cambiar en algún grado; sin embargo, el cambio es intermitente, adoptando medidas preventivas y adquiriendo compromisos motivacionales, y al faltar las medidas iniciales, pueden regresar a los antiguos hábitos.

- «Empecé a lavarme mejor, pero ahora no tengo cepillos interdentales.»
- «Estuve haciendo las técnicas de higiene que me indicó; sin embargo, últimamente no he tenido tiempo de hacerlo.»

Esta clase de declaraciones desencadena cierto escepticismo de si realmente hubo un cambio en los hábitos o estilo de vida, lo que puede llevar a realizar este tipo de preguntas simples:

- ¿Cuáles fueron las razones por las que no usó el hilo dental?
- ¿No le gustaría dedicar al menos cinco minutos al día para realizar su cepillado y limpieza interdental?

Lo que es realmente importante no es clasificar a los individuos sobre el tipo de situaciones que dicen que cambiaron; más bien es poder identificar con cada persona las verdaderas modificaciones y mejorías en el control de su enfermedad en respuesta al tratamiento que incluyó.

Estas seis formas de cambio encajan entre sí debido a este proceso que comienza con los tipos de compromiso (DHRN). El sujeto primero habla de lo que quiere hacer (deseo), por qué quiere cambiar (razones), cómo podría hacerlo (capacidad), y lo importante que es (la necesidad). Cuando el clínico evoca el propio deseo de un paciente, la capacidad, los motivos y la necesidad de cambio, éstos alimentan los motores humanos del cambio; estas motivaciones DHRN fortalecen gradualmente el compromiso y el individuo puede tomar pasos iniciales hacia el cambio. Es el compromiso y las medidas que se tomen lo que predice el cambio del comportamiento a largo plazo. Las declaraciones DHRN en sí mismas no pueden desencadenar el cambio, pero predicen el fortalecimiento del compromiso.

Vale la pena señalar que cuando se exploran los DHRN, se está indagando en los valores y aspiraciones del sujeto. Es decir, cuando el odontólogo escucha

los DHRN, está aprendiendo algo sobre lo que sus pacientes esperan, lo que les importa; es así como da alguna clave de los valores más profundamente arraigados.

Una persona que dice: «no quiero perder todos mis dientes como mis papás» o «no me gusta tener mal aliento porque a mi esposa le desagrada» nos está comunicando la importancia de la familia dentro de sus prioridades.

Éstos son temas importantes que vale la pena explorar un poco más en lugar de limitarse a escuchar. La razón es que un valor profundamente arraigado puede ser una poderosa motivación para el cambio. Hay que ayudar a los individuos hablando de cómo un cambio de comportamiento es consistente con lo que les importa. Cuando una conducta como fumar realmente se interpone con un valor profundamente arraigado, puede dar como resultado el verdadero cambio y beneficio. Esa es una razón por la cual hacer preguntas DHRN puede desencadenar el cambio.

- Deseo: las declaraciones sobre la preferencia para el cambio.
 - «Quiero...»
 - «Me gustaría...»
 - «Yo deseo...»
- Capacidad: las declaraciones acerca de la capacidad.
 - «Pude...»
 - «No puedo...»
 - «Yo podría ser capaz de hacerlo...»
- Razones: argumentos específicos para el cambio.
 - «Probablemente me sentiría mejor si...»
 - «Necesito tener mejor dentadura para comer mejor.»
- Necesidad: las declaraciones acerca de sentirse obligado a cambiar.
 - «Yo debería...»
 - «Tengo que...»
 - «Realmente debo...»
- Compromiso: las declaraciones acerca de la posibilidad de cambio.
 - «Voy a...»
 - «Lo haré...»
 - «Tengo la intención...»
- La adopción de medidas: las declaraciones acerca de las medidas adoptadas.
 - «De hecho, me fui a...»
 - «Esta semana empecé...»

DISCUSIÓN

La entrevista motivacional se basa en fomentar el cambio dentro de una relación de trabajo constructiva entre paciente y odontólogo. Hay claramente variaciones en la adaptación de la EM para los diversos entornos en los servicios de atención a la salud.

El proceso de evocar el cambio en la EM se inicia desde la primera conversación, apoyándonos en lo que el sujeto necesita, y eso mismo nos refiere al motivo de la consulta. Para reconocer el principal punto de motivación no se requiere mucho tiempo; puede obtenerse un cambio significativo en unos pocos minutos de conversación, principalmente cuando el odontólogo muestra empatía en las motivaciones expresadas en la primera entrevista.

Para reforzar los motivos iniciales y extender las motivaciones subsecuentes, se tendrán otras oportunidades cuando se vea a la persona en futuras consultas y en las citas de mantenimiento. El cambio de comportamiento de la salud a largo plazo puede aparecer de forma gradual en el tiempo con suficiente apoyo y adecuada orientación. El éxito en la evocación de un cambio de comportamiento tiene más que ver con la habilidad en el estilo de vida que con la cantidad de tiempo que se le invierte a la entrevista.

Escuchar la conversación de cambio ofrece una ventaja importante: es la forma en que se aprende a mejorar en la orientación; es decir, siempre que se trate el estilo de orientación, se obtendrá una respuesta inmediata. Si se escucha más la conversación de cambio, la orientación se está haciendo bien, pero cuando se provocan argumentos en contra del cambio, es momento de intentar un enfoque diferente.

En México no existe una carrera profesional para formar higienistas dentales, columna estructural y mano derecha de la odontología preventiva. Por ello, el odontólogo debe adquirir mayores conocimientos relacionados con la psicología conductual y aprender a dirigir una entrevista motivacional. Los planes curriculares ya deben incluir contenidos temáticos que promuevan competencias profesionales relacionadas con el tratamiento personalizado de cada paciente, particularmente en las medidas de prevención, educación, y en la capacidad para entender cómo el perfil de riesgo del individuo puede influir para darle suficientes instrucciones, con mejor definición y mayor precisión.

CONCLUSIONES

Para el odontólogo, la adaptación de la entrevista motivacional se complica aún más por la necesidad de aprender a realizar una intervención estandarizada que requiere un patrón moral y profesional de evaluación. La intervención es la base de una relación terapéutica y debe ser evaluada en dos niveles: la adquisición de habilidades de los profesionales y el cambio de comportamiento de las personas.

La entrevista motivacional es un estilo de consejería y un medio para mejorar la salud y la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bakdash B. Oral hygiene and compliance as risk factors in periodontitis. *J Periodontol.* 1994; 65 (5 Suppl): 539-544.
2. Blinkhorn AS. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. *Int Dent J.* 1993; 43: 294-298.
3. Borkowska ED, Watts TLP, Weinman J. The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behavior. *J Clin Periodontol.* 1998; 25: 187-193.
4. Brand VS, Bray KK, McNeill S, Catley D, Williams K. Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy. *Int J Dent Hyg.* 2013; 11 (2): 134-141.
5. Carlisle LD. Motivational interviewing in dentistry: helping people become healthier. Kindle Edition, 272 pages. Published October 2014 by Adujvant New Media.
6. Emmons K, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings: opportunities and limitations. *Am J Prev Med.* 2001; 201: 68-74.
7. Gao X, Lo EC, Kot SC, Chan KC. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol.* 2014; 85: 426-437.
8. Harrison R, Benton T, Everson-Stewart S, Weinstein P. Effect of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. *Pediatr Dent.* 2007; 29: 16-22.
9. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1: 91-111.
10. Jönsson B, Baker SR, Lindberg P, Oscarson N, Ohrn K. Factors influencing oral hygiene behavior and gingival outcomes 3 and 12 months after initial periodontal treatment: an exploratory test of an extended Theory of Reasoned Action. *J Clin Periodontol.* 2012; 39 (2): 138-144.
11. Jönsson B, Ohrn K, Lindberg P, Oscarson N. Cost-effectiveness of an individually tailored oral health educational programme based on cognitive behavioral strategies in non-surgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol.* 2012; 39 (7): 659-665.
12. Jönsson B, Ohrn K, Oscarson N, Lindberg P. An individually tailored treatment programmed for improved oral hygiene; introduction of a new course of action in health education for patients with periodontitis. *Int J Dent Hyg.* 2009; 7: 166-175.
13. Jönsson B, Ohrn K, Oscarson N, Lindberg P. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme

- on oral hygiene behavior in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *J Clin Periodontol.* 2009; 36: 1025-1034.
14. Miller WR, Rollnick S. The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemp Clin Trials.* 2014; 37 (2): 234-241.
15. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol.* 2009; 64 (6): 527-537.
16. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother.* 2009; 37: 129-140.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Godard A, Dufour T, Jeanne S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol.* 2011; 38: 1099-1105.
- Miller WR. Motivational Interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy.* 1983; 11: 147-172.
- Nalini HE, Punithavathy R. Motivational interviewing in improving oral hygiene behavior-a review of literature with possible application in periodontics. *JIADS.* 2010; 1 (1): 12-15.
- Rollnick S, Miller W. What is motivational interviewing? *Behav Cognitive Psychother.* 1995; 23: 325-334.
- Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care. *Helping patients change behavior.* New York, NY, USA: Guilford Press; 2008.
- Tedesco LA, Keffer MA, Davis EL, Christersson LA. Effect of a social cognitive intervention on oral health status, behavior reports, and cognitions. *J Periodontol.* 1992; 63: 567-575.
- Tedesco LA. Issues in dental curriculum development and change. *J Dent Educ.* 1995; 59 (1): 97-147.
- Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr.* 1978; 6 (2): 160-170.
- Wallston KA. The validity of the multidimensional health locus of control scales. *J Health Psychol.* 2005; 10 (5): 623-631.
- Wilson TG Jr. Compliance. A review of the literature with possible applications to periodontics. *J Periodontol.* 1987; 58 (10): 706-714.

Correspondencia:

Dr. Agustín Zerón

E-mail: periodontologia@hotmail.com