

Entrevista motivacional

Juan M Pérez-Franco / Alejandro Gómez Ch

Introducción

Las tareas de todo profesional de la salud van desde promover conductas saludables hasta el diagnóstico y la indicación de tratamientos. Por lo general estas tareas se enfrentan a través de la entrega de información, más o menos pormenorizada, a la persona que tiene que ser tratada, o a quien tiene que realizar un cambio en su estilo de vida. La premisa que está implícita en esta conducta es que basta con una entrega de información completa para que la persona (el paciente) haga lo que se le indicó, dado que con una información completa sobre los beneficios que le reportará el cambio o el tratamiento, sería absurdo que el paciente no se abocara de inmediato y por completo a cumplir esas indicaciones.

Sin embargo la experiencia compartida por la mayoría de los profesionales de la salud es que la simple entrega informativa no es en absoluto una garantía de que el paciente cumpla el tratamiento. Enfrentados al hecho de que los pacientes no cumplen las indicaciones, con las consecuencias esperadas de una cronificación o un agravamiento de la patología, los profesionales de la salud reaccionan con una esperable frustración, y no es raro que terminen por culpar de diversas maneras al propio paciente por su falta de compromiso.

Lo que suele faltar en esta manera de abordar el problema es que los profesionales no siempre consideran que las personas no van a cambiar una conducta a menos que tengan una real motivación para hacerlo (que tengan “ganas” de cambiar). Las motivaciones de una persona surgen de una compleja trama de gustos personales, condiciones históricas, tipos de personalidad, aspiraciones sociales, nivel educacional y muchos otros factores, entre los que destaca el resultado de intentos previos de hacer un cambio (es decir, lo que se conoce como “autoeficacia” o “autoconfianza”). Si no se toma en cuenta esta compleja red de ideas, afectos y conductas, es difícil que la simple entrega de información vaya a tener algún efecto evidenciable sobre la conducta de alguien.

Entrevista informativa y entrevista motivacional

Algunos autores (Lizárraga y Ayarra, 2001) han planteado que “no es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar beneficio”. Tampoco una persona va siquiera a intentar el inicio de un cambio si no estima que efectivamente podrá lograrlo (autoconfianza). Ellos han sugerido que existe una discrepancia entre lo que llaman el modelo de entrevista clínica “informativa” y el modelo de entrevista motivacional. El modelo “informativo” es el modelo

clásico que se emplea en la formación del personal de salud en las Escuelas de Medicina. Por este motivo, es difícil, al menos al comienzo, aproximarse a un modelo que en muchos aspectos es discrepante del modelo tradicional.

Modelo de entrevista informativa y sus problemas	
conducta	problema
Dar consejos expertos	La mayoría no los escucha
Intentar persuadir	Paciente asume posición contraria
Repetir los consejos	“Cansa”; paciente “ya los escuchó”; pierde legitimidad
Actuar con autoridad	Sirve sólo con algunos pacientes
Resultado es rápido	Efecto se diluye en el corto plazo

Los estadios de cambio

Prochaska y Diclemente, en un trabajo ya clásico, observaron que el proceso de cambio por el que pasa una persona tiene varias etapas, cada una con una manera particular de considerarse a sí misma, los problemas que tiene, las posibles metas y las posibilidades de llegar o no a conseguirlas. A esto le llamaron el Modelo de Estados de Cambio. No son etapas de tipo lineal, sino que se trata de estadios dentro de un ciclo que puede repetirse. Cada etapa significa una motivación por el cambio completamente distinta en el sujeto. El modelo permite ajustar la conducta del profesional (“facilitador”, podríamos llamarlo ahora) al nivel de motivación del paciente. Pensemos lo siguiente: un sujeto que llega a consultar con una alta motivación por realizar el cambio (por ejemplo, mejorar una diabetes, o abandonar los cigarrillos) va a requerir un esfuerzo de parte del profesional significativamente menor que un sujeto que no tenga en absoluto esa motivación (p.e. alguien que “es traído a la fuerza” a la consulta). En el primer caso podría esperarse que casi cualquier cosa que se le indique al

paciente va a ser realizada con enorme ímpetu y responsabilidad. En cambio en el segundo caso casi cualquier cosa que se le indique tal vez sea rechazada.

El problema, entonces, no es del paciente, sino que el profesional tiene que saber “leer” correctamente en qué nivel de cambio se encuentra el paciente, y ajustar su propia conducta si desea realizar una intervención con un mínimo nivel de éxito.

Los estadios de cambio son:

Precontemplativo: en esta fase la persona no cree tener algún problema, y por eso “no contempla” el cambio en su horizonte. El paciente suele decir frases como “cuando quiero lo dejo” (en referencia al cigarrillo o al alcohol), “de algo hay que morir”, y en general tiende a minimizar el problema.

Contemplativo: en este estadio la persona sí contempla la posibilidad de cambio. Tiene algunas dudas sobre lo que le ocurre, y empieza a preocuparse por las consecuencias de sus actos. Piensa que sería bueno dejar de fumar, pero no ve todavía con claridad sus beneficios. Es frecuente que, a pesar de contemplar el cambio, sienta que no posee métodos efectivos para afrontarlo (“me gustaría, pero es muy difícil”; “no sabría cómo”).

Determinación: la persona toma la determinación de hacer el cambio, y se plantea algunas condiciones. Por ejemplo, “en cuanto pase este período difícil”, “después de mi cumpleaños”.

Acción: la persona pone en práctica lo decidido. Es frecuente que los pacientes con problemas de uso de sustancias lleguen a pedir ayuda en esta etapa. Es característico que el sujeto no ponga condiciones y que inicie el cambio con gran optimismo. (“Lo que Ud. diga, doctor”).

Mantención: la persona tiene que mantenerse en su nueva conducta, ya que existen miles de situaciones donde podría “fallar” (“tentaciones”).

Consolidación: después de un período en mantención, podría llegar a esta etapa, donde se ha adoptado una nueva conducta con relativa naturalidad.

Sin embargo, no es raro que después de un tiempo el sujeto sienta que ya se mejoró, y contemple la posibilidad de diversas maneras de volver a la conducta problema. En este caso el sujeto ha vuelto a la etapa precontemplativa.

La función del profesional (“facilitador”) es proveer ayuda para que el sujeto tenga avances y pueda pasar de un estadio a otro. La única manera es que el facilitador conozca la motivación del propio paciente y junto a este identifique y resuelva en conjunto los obstáculos para llegar al cambio. El conocimiento del estadio de cambio del paciente:

- Permite que las estrategias se adapten creativamente y de modo realista al estadio particular, y el trabajo se vuelva más eficaz.
- Un trabajo así no necesita ir hasta la meta final en una sola etapa definitiva, sino que sienta las bases para la obtención de pequeños cambios, que incluyen avances y retrocesos.
- Permite conceptualizar de otra forma la recaída, y no verla como un simple fracaso, sino que solo como parte normal del proceso. Debe recordarse que la recaída puede ser un excelente momento para explorar los

motivos para beber o fumar. Cada momento de recaída es diferente.

La motivación para cambiar

Como se dijo más atrás, las motivaciones para que una persona cambie surgen de una compleja trama donde coexisten ideas muy personales, gustos y deseos, condiciones históricas particulares, valores, y la experiencia que tenga la propia persona con el control de sus acciones. Sin embargo, dentro de esa complejidad, existen algunos principios que permiten favorecer el proceso de cambio.

- La motivación es intrínseca: no es posible “motivar” a una persona; lo que se puede hacer es ayudar a una persona a comparar las diferentes consecuencias de sus acciones y que desde esa comparación surja un deseo personal de cambio.
- La motivación es mayor cuando hay elección de lo que se hace. Una decisión personal está por sobre el consejo de cualquier experto.
- La autoconfianza. Una persona que cree en sus capacidades para cambiar sus conductas tendrá una mayor motivación para hacer un intento.
- La relación terapéutica: muchos trabajos han demostrado que una buena relación terapéutica es el elemento clave para los procesos de cambio, de manera independiente a los métodos de terapia empleados.

La entrevista motivacional

Es una técnica sencilla de trabajo que puede ser utilizada como preparación para que un paciente ingrese en un plan de rehabilitación, pero puede ser utilizada *por sí misma* como un tratamiento probadamente efectivo, incluso con una sesión única. Su uso está indicado en todo tipo de pacientes, pero especialmente en aquellos que no parecen listos al momento presente para dejar la sustancia.

La EM explora las ideas, sentimientos, creencias y valores en torno al uso de las sustancias problema, con el propósito de hacer evidente cualquier ambivalencia que tenga el paciente acerca de ese uso.

Conductas recomendadas y no recomendadas en la entrevista motivacional	
Conductas ‘prohibidas’	Conductas recomendadas
Confrontar	Explorar discrepancia
Enjuiciar	Ser empático y apoyador
Hacer preguntas cerradas	Hacer preguntas abiertas
Aconsejar – sermonear	Explorar soluciones
Insistir en el cambio	“Rodar” con la resistencia
Indicar metas	Explorar metas
Afirmar	Preguntar

Una vez que se ha hecho explícita la ambivalencia, el clínico elicit, apoya y fortalece las “conversaciones de cambio” (por ejemplo, razones, ideas, necesidad de eliminar o controlar el uso de la o las sustancias), así como el uso de “expresiones de compromiso” (p.e. la intención de realizar acciones para cambiar esas conductas, como no fumar dentro de la casa). Las investigaciones en torno a la EM han demostrado que es mucho más efectivo utilizar las propias palabras del paciente para comprometerse a una acción, que cualquier exhortación, lección o argumento del clínico, que sólo contribuye a aumentar la resistencia del paciente al cambio, y no a disminuirla.

La EM asume que los pacientes tienen motivaciones conflictivas para cambiar (desean el cambio, pero creyendo que la situación está bajo su control, por lo que no es tan necesario cambiar), y esas motivaciones conflictivas tienden a paralizarlos.

Dada esta ambigüedad fundamental, no es adecuado intentar persuadir al paciente para que cambie, porque esto implica tomar partido por una de las ideas en conflicto (cambiar), y el paciente con seguridad va a defender la idea contraria (no cambiar), con lo que sólo se hará más conflictiva la situación. Es posible “perder” al paciente.

La entrevista motivacional (EM) es un método que, aunque centrado en el paciente, es intencionalmente directivo, y busca aumentar la motivación de cambiar a través de la *exploración y resolución de la ambivalencia*. El rol del profesional no es persuadir, convencer o forzar el cambio, sino clarificar las motivaciones que tiene el paciente, focalizar el trabajo sobre esas motivaciones, entregar apoyo, información y sugerir otras formas de entender el problema y sobre los modos de cambiar.

La EM es intencionalmente directiva porque responde de manera diferencial y reforzadora a cierto tipo de expresiones del paciente, y no a otras. Esta respuesta diferencial es *estratégica*.

La EM parece ser mucho más eficaz precisamente en aquellos pacientes renuentes a cambiar, aquellos menos motivados, y que parecen más molestos y opositoristas. En este tipo de pacientes los consejos directivos con una meta de cambio conductual son menos efectivos, y suelen provocar una fuerte resistencia.

Por el contrario, en los pacientes más motivados es poco efectiva, e incluso podría ser contraproducente.

Estrategias de la entrevista motivacional	
Expresar empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar preguntas abiertas para explorar: <ul style="list-style-type: none"> - La importancia de considerar el uso de la sustancia (p.e. “¿Cuán importante sería para Ud. dejar el cigarrillo?”) - Intereses y beneficios de abandonar/controlar la sustancia (p.e. “¿Qué pasaría si dejara de usar cocaína?”) • Utilizar la escucha refleja para compartir lo entendido: <ul style="list-style-type: none"> - Reflejar palabras o significados (p.e., “Así que Ud. siente que fumar le ayudaría a controlar el peso”). - Resumir (p.e., “Lo que entiendo hasta aquí es que a Ud. le gusta fumar. Por otro lado, a su marido no le gusta que Ud. fume, y además Ud. está preocupada por tener una enfermedad grave”). • Normalizar sentimientos y preocupaciones (p.e., “Muchas personas se complican de pensar cómo van a estar sin fumar”). • Apoyar la autonomía del paciente y su derecho a aceptar o rechazar el cambio (p.e., “Me doy cuenta que no se siente lista todavía para dejar de fumar. Pero quiero que sepa que estoy aquí para cuando Ud. sí se sienta lista”).
Trabajar las inconsistencias	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar la discrepancia entre la conducta actual del paciente y las prioridades, valores y metas que ha mencionado (p.e., “Ud. parece muy dedicado a su familia. ¿Cómo cree Ud. que podría afectarle a sus hijos que Ud. esté tomando/fumando?”). • Reforzar y apoyar las “conversaciones de cambio” y expresiones de “compromiso”: <ul style="list-style-type: none"> - “Así, Ud. se da cuenta de que fumar le está afectando la respiración, y le hace difícil el estar junto a sus hijos”. - “Qué bueno que haya pensado en dejarlo cuando termine este período de trabajo pesado”. • Construir y profundizar compromisos de cambio: <ul style="list-style-type: none"> - “Hay tratamientos efectivos que disminuyen los problemas de dejar el trago, por ejemplo, estas mismas conversaciones”. - “Nos gustaría ayudarlo a evitar que Ud. tuviera una hemorragia cerebral, tal como la que tuvo su padre”.
Rodar con la resistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Retroceder y utilizar la escucha refleja cuando el paciente exprese resistencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Da la impresión de que se sintiera presionado por dejar de fumar”. • Expresar empatía: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Veo que le preocupa qué podría hacer con la abstinencia”. • Pedir permiso para entregar información: <ul style="list-style-type: none"> ○ “¿Le gustaría conversar sobre algunas cosas que podría hacer y que le ayudaran a afrontar sus preocupaciones para cuando deje de tomar?”
Apoyar la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar y aprovechar sus éxitos pasados: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Así que le resultó bastante bien la última vez que trató de dejarlo”. • Ofrecer opciones de pequeños pasos hacia el cambio que sea verdaderamente posible de hacer. <ul style="list-style-type: none"> ○ Buscar información. ○ Leer acerca de los beneficios de dejar el trago, o el cigarrillo. ○ Cambiar patrones de uso (p.e. no fumar dentro de la casa). ○ Pedirle al paciente que comparta lo que se le ocurre como estrategias para dejar el trago (o el cigarrillo, u otro).

Principios de la entrevista motivacional

- Expresar empatía
- Trabajar las inconsistencias
- Apoyar la autoeficacia
- Evitar las discusiones (rodar con la resistencia)

Principios de la entrevista motivacional

Expresar empatía. Esto significa percibir, pensar y sentir “como el paciente”. Esto lo hace más receptivo hacia los posibles cuestionamientos, facilita su apertura hacia experiencias novedosas y al cambio, y permite al operador entender la ambivalencia del paciente adelantándose a los obstáculos. Esto no significa que necesariamente se apruebe todo lo que el paciente haga, pero sí intentar comprenderlo a partir de su propia experiencia. La empatía se expresa en frases tales como “eso debe ser doloroso para Ud.”, “claro, no es fácil intentar eso”, u otras similares. El profesional tiene que hacerse preguntas del tipo: “¿Cómo me sentiría yo si me hubiera pasado eso?” “¿Sentiría yo algo parecido en esas circunstancias?”. Lo más relevante es que sólo desde una postura empática será posible ingresar junto al paciente a territorios de conflicto, como el dejar o no de consumir una sustancia.

Trabajar las inconsistencias. Examen de las discrepancias entre la conducta actual y la deseada. El paciente gradualmente percibe que su conducta problema está en contradicción con sus propios principios o valores (ejemplo: un paciente bebe y percibe que así “se pierde como persona”), o que beber es un obstáculo para una meta que desea (p.e., volver con su pareja), lo que se ha denominado también “disonancia cognitiva”. Lo que se busca es que el paciente *umente* su nivel de conflicto consigo mismo, a propósito de la conducta problema. Si logramos que el paciente tenga alguna duda sobre su conducta, o que tome conciencia de su disonancia cognitiva, este puede ser un poderoso motor que impulse el cambio.

Apoyar la autoconfianza. Un factor motivador clave es la confianza en la propia capacidad para alcanzar el cambio deseado, y a eso se le ha llamado “autoeficacia” o “autoconfianza”. Quiere decir que una persona confía en que lo que hace “sirve”, y tiene reales consecuencias. El sentido de autoconfianza puede fortalecerse buscando ejemplos en el propio paciente que demuestren que en el pasado logró controlar su consumo, aunque haya sido algo transitorio (“¿Y cómo fue que el año pasado le resultó ‘chantarse’ por un mes? ¿Qué le resultó más? ¿Qué le ayudaría más? ¿Qué dificultades cree que tendría ahora?”). En general, la inmensa mayoría de los pacientes tienen experiencias exitosas de control de su consumo, pero tienen al mismo tiempo la tendencia a desvalorizar lo que lograron (“Sí, pero fue un puro mes, no más”). La autoconfianza puede también fortalecerse buscando (junto al paciente) ejemplos prácticos de otras personas (“¿Conoce Ud. alguien que haya dejado/controlado el trago? ¿Le gustaría hablar de eso?”), ejemplos de otros

pacientes, que incluso se pueden inventar (por ejemplo, relatando un “caso” que tiene similares características al propio paciente).

Evitar las discusiones. (“Rodar con la resistencia”). La “resistencia” que presente un paciente ante las intervenciones del profesional (“ya, claro... pero...”) se deben muy probablemente a la incompatibilidad entre las sugerencias que se le hacen y el nivel de estado de cambio (lo que está dispuesto a hacer). En la EM la “resistencia” no es más que una manera que tiene el paciente de hablar, con la que defiende y expresa su compromiso con el *status quo*; en otras palabras, refleja el otro lado de su ambivalencia. Por lo general los argumentos directos o el intento de convencerlo de algo, o de “demostrarle” algo desde la perspectiva del profesional, lo más probable es que se traduzca en una oposición. Por eso no es adecuado confrontar directamente las resistencias del paciente, porque así solamente se logra su focalización y amplificación. En cambio, el entrevistador las reconoce y “rueda” con ellas. Las resistencias sirven más bien para explorar en profundidad sus puntos de vista, evitando las discusiones. Hay que recordar que es más fácil para el paciente (y para cualquier persona) tomar una decisión desde su libertad.

Técnicas para una intervención exitosa

La EM utiliza de manera destacada el enfoque rogeriano de terapia (o “centrado en el cliente”), una modalidad teórica y práctica desarrollada por Carl Rogers. El enfoque rogeriano o centrado en el cliente se basa en tres principios: la *empatía*, la *aceptación incondicional* y la *congruencia*. El trabajo del facilitador, o del terapeuta o médico, es ayudar a clarificar lo que le ocurre al paciente, de modo que tome conciencia y se le acepte sin cuestionarlo. El respeto por el paciente es básico: las intervenciones siempre son hechas como una pregunta o como una posibilidad, nunca como una afirmación. En este ambiente es el propio paciente el que se abre al cambio, y no es algo impuesto por el médico.

Existen varias técnicas rogerianas que son aplicables a la EM.

A. Hacer preguntas abiertas. Una pregunta cerrada sólo exige del paciente que conteste “sí” o “no”, o con una o dos palabras (“¿Desea Ud. controlar lo que toma?”). En cambio, las preguntas abiertas permiten (obligan, en realidad) a una reflexión de parte del paciente y aumentan la posibilidad de que tome conciencia del problema. Por ejemplo, “¿Hay algo de su salud que le esté preocupando ahora?”, puede ser una buena pregunta. O, si el paciente ya expresó que está fumando una cierta cantidad diaria, se le puede preguntar “Y esta forma de fumar ¿le afecta en su vida?”. Sin embargo, una buena entrevista no puede quedarse sólo en este nivel, porque el paciente podría en realidad no reflexionar dado que se encuentra en una etapa en que no considera que su conducta sea un problema. En estos casos es mejor elaborar con el paciente una lista de los posibles problemas que le trae el consumo. Una manera es utilizar la escala EBBA y de ahí profundizar con algunas preguntas (“¿Le ha ocurrido que

lo critiquen por lo que toma? ¿Qué piensa de eso? ¿Cómo le afecta esa crítica?”).

B. Escucha refleja. (O escucha reflexiva). Es un método que utiliza lo que dice el paciente (o suponemos que intenta decir), y se le “devuelve” a través de afirmaciones (no preguntas) que son de varios tipos:

– Repitiendo alguna palabra dicha por el paciente y que parece importante (“Así que Ud. no quisiera *convertirse en un cacho* para su familia”).

– Refraseo. Es una frase o idea del paciente que se repite con alguna alteración ligera, como el uso de sinónimos.

– Parfraseo. Una frase o idea del paciente se transforma utilizando palabras diferentes, porque se intuye que el original ha tenido una intención diferente.

– Señalamiento emocional. Son frases que destacan la posible emoción que tiene el paciente, lo que provoca una reflexión y toma de conciencia de lo que le ocurre: “Me pareció que esto lo emocionaba, ¿es así?”; “Esto parece difícil, por lo que veo, como si le diera rabia”; “Parece que esto le provocara tristeza”.

– Silencios. Los silencios son muy útiles porque permiten la reflexión en el paciente, y también son una indicación de respeto y aceptación.

Todas estas formas de escucha refleja buscan clarificar lo que el paciente quiere decir y que puede haber quedado confuso en un comienzo.

C. Reestructuración positiva. Es frecuente que los pacientes con abuso de sustancias tengan baja autoestima y escasa autoconfianza. Una manera de abordar este problema es a través de la reestructuración positiva, que es una forma de apoyo que destaca los aspectos positivos y logros a través de comentarios y exclamaciones (“Debe ser difícil para Ud. mantenerse sin cocaína”; “Parece una persona bastante optimista”; “¡Ahh! Así que estuvo casi un mes entero sin consumir”). A la larga, el paciente logra aceptar que efectivamente tiene logros y mejora su capacidad para resolver problemas.

D. Provocar la automotivación. Hay variadas preguntas que inducen la reflexión, lo que a su vez favorece la automotivación. Por ejemplo:

- Reconocimiento del problema: ¿Qué importancia ha tenido para Ud. esto que me ha contado? (Razones de la importancia son al mismo tiempo buenos motivos para hacer algo).
- Expresión de preocupación: ¿Cómo se siente tomando así? (El paciente nota la empatía y procura tomar conciencia de “cómo se siente al tomar así”, lo que facilita la motivación).
- Intención de cambio: ¿Qué razones tendría Ud. para cambiar? (El paciente busca sus razones, que así se convierten en motivos de cambio bien fundados).
- Optimismo por el cambio: Expresar ideas como: “Por lo general, cambiar es pura cuestión de método”. Con esto el cambio se ve como algo pragmático.

E. Resumir. Es muy útil que cada cierto tiempo hagamos un resumen de lo que hemos entendido. El resumen tiene varios objetivos:

- sirve para que tanto paciente como profesional tengan claridad sobre lo ya analizado;

- permite tomar conciencia de las discrepancias entre el paciente y el profesional (que estén entendiendo cosas distintas y corregirlas);
- muestra al paciente que el profesional tiene verdadero control de la situación (“sabe lo que hace”), lo que aumenta la confianza del paciente.

Entre otros métodos prácticos que son útiles está el balance de consecuencias (negativas y positivas) de la conducta, tanto la actual como la futura. Esto puede hacerse con “tablas de doble entrada”.

Es importante que en el balance estén las consecuencias positivas de “seguir tomando” (o la conducta problemática que sea), y las consecuencias negativas de dejar de tomar, porque de esa manera el paciente tiene una base realista con la que contrastar su ganancia futura.

	Consecuencias negativas	Consecuencias positivas
Seguir tomando		
Dejar de tomar (o controlar el trago)		

Ejemplo de Tabla de Doble Entrada, en la que se confronta las ventajas y desventajas de “seguir tomando” contra “dejar de tomar (o controlar el trago)”.

Es siempre adecuado invitar a la acción desde una posición colaborativa (“¿Y qué *podríamos* hacer?”), estimulando la participación activa del paciente. El énfasis está siempre puesto en las elecciones y el control del propio paciente. Hay que proporcionar confianza ante lo que puede venir, enfatizando logros (grandes o pequeños) del pasado (“¿qué cosas le han ayudado? ¿qué podríamos sacar de todo eso? ¿y de otras personas?”). También es adecuado proporcionar información precisa (pidiendo siempre autorización: “¿Le gustaría conocer algo más acerca de los problemas que le causa fumar?”) y establecer objetivos negociados y colaborativos, consistentes con el estado en que se encuentra el paciente.

Establecer objetivos

Los objetivos del tratamiento *siempre son del paciente* y tienen que ser consistentes con su estado de cambio. Por este motivo siempre deben *negociarse* con el paciente y tienen que formularse en términos *acotados y concretos*. Un objetivo siempre tiene que ser algo que pueda *observarse* fácilmente por cualquier persona. Normalmente se trata de una conducta (y no de una idea, por muy buena que sea).

En una primera sesión es importante no apresurarse en establecer objetivos muy definidos con el paciente. Lo más relevante en ese caso es simplemente establecer una relación de confianza, y “preparar el terreno” para establecer objetivos a futuro.

Ejemplo de objetivos

Acotados – concretos	Ambiguos - indefinidos
Pasar una semana sin tomar	No tomar nunca más
Tomar máximo 3 tragos en la próxima fiesta	No curarse
Tomar siempre con comida	Saber tomar

La EM es una estrategia útil para promover motivación y adherencia al tratamiento. Sin embargo su mayor importancia es que *podría constituir por sí misma el tratamiento*.

La EM se ha utilizado principalmente con trastornos por uso de sustancias, pero ha sido utilizada con éxito en lograr la adherencia al tratamiento en otras patologías crónicas. Ha sido particularmente útil en el trabajo con diabéticos.

Por último, hay que considerar que muchos trabajos de investigación han demostrado que el factor más relevante en la rehabilitación es *la buena relación que se establece entre el paciente y el profesional*.

Referencias

- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:91–111
- Lizárraga S, Ayarra M, *Anales SIS San Navarra* 2001; 24 (Supl. 2):43-53.
- Ministerio de Salud. Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema. *Publicación de Salud Mental*. 1993.

Juan M Pérez Franco

Médico psiquiatra

Alejandro Gómez Ch

Médico psiquiatra

Apuntes con exclusivo fin de docencia

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur

Universidad de Chile

2009