



La Entrevista Motivacional: una valiosa herramienta de Promoción de la Salud

Autor: Verónica Vega Toca

Directora: Carmen Ortego Maté

Junio 2012

Trabajo final de Grado

Departamento de Enfermería

Universidad de Cantabria

Resumen

El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población. Por ello, las actividades de promoción de la salud dirigidas a fomentar comportamientos más saludables son prioritarias. Desde la Atención Primaria, los profesionales ocupan un papel clave para ayudar a los pacientes a modificar sus hábitos.

La Entrevista Motivacional (EM) se presenta como una prometedora intervención para facilitar este cambio de comportamientos. Se basa en una serie de principios y estrategias y, además, se guía por un espíritu o estilo característico, esencial para su aplicación y eficacia.

Hasta la fecha, la evidencia indica que es una intervención efectiva para fomentar cambios positivos en los comportamientos de salud. En particular, supone una herramienta valiosa para las enfermeras de Atención Primaria ya que mejora su capacidad de motivar a los pacientes. Por otro lado, contribuye a un mayor sentimiento de satisfacción de los pacientes y profesionales y, aunque aún existen dudas sobre su mecanismo de acción, no hay ningún estudio que haya demostrado daño ni efectos adversos relacionados con su aplicación. Se considera, por lo tanto, una prometedora herramienta para Promoción de la Salud que, con una mayor clarificación, puede ser difundida y desarrollada en Atención Primaria.

Palabras clave: entrevista, motivación, estilo de vida, comportamiento, Promoción de la Salud, Atención Primaria de Salud, Enfermería.

Abstract

Lifestyle is one of the greatest constraints on health population. That is why health promotion activities aimed to promote healthier behaviours are priority. Primary care practitioners occupy a key role to help patients change their habits.

At this point, Motivational Interviewing (MI) is presented as a promising intervention to facilitate behaviour change. It is based on a series of principles and strategies and it is guided by a spirit or distinctive style, essential for its implementation and effectiveness.

To date, evidence suggests that it is an effective intervention to promote positive changes in health behaviour. In particular, it is a valuable tool for primary care nurses that improve their ability to motivate patients. On the other hand, it contributes to a greater sense of satisfaction of patients and professionals, and although there are still doubts about its mechanism of action, there is no study that has shown damage or adverse effects associated with its implementation. Therefore, it is a promising tool for Health Promotion which further clarification can be disseminated and developed at Primary Health Care.

Key words: interview, motivation, Primary Health Care, Health Promotion, health behavior, life style, nursing care.

Índice

1. Introducción.....	pág. 4
2. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	pág. 7
3. ¿Qué es la Entrevista Motivacional?.....	pág.11
3.1. Definición.	
3.2. La ambivalencia: la clave del problema.	
3.3. La Motivación: el motor para el cambio.	
4. El Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982).....	pág.12
5. Principios y técnicas en los que se basa la Entrevista Motivacional.....	pág.16
5.1. Principios.	
5.2. Técnicas.	
6. El “espíritu” de la Entrevista Motivacional.....	pág.22
7. La Entrevista Motivacional Breve.....	pág.23
8. La aplicación de la Entrevista Motivacional en el fomento de cambio de estilos de vida.....	pág.25
9. La Entrevista Motivacional y Enfermería en Atención Primaria	pág.26
10. Conclusiones.....	pág.27
11. Referencias Bibliográficas	pág.28
12. Anexos	pág.31

1. Introducción.

“Si buscas resultados diferentes, no hagas siempre lo mismo “

(A. Einstein, 1955)

La Promoción de la Salud se define como *el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud para mejorarla (1)*. Para ello, una de sus acciones prioritarias está dirigida a *fortalecer las habilidades y capacidades individuales, permitiendo a las personas aumentar su control sobre los determinantes de la salud potencialmente modificables (1)*.

Los determinantes de la salud son el *conjunto de múltiples e interrelacionados factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y de la población (1)*. Dentro de los factores personales se encuentra el estilo de vida, caracterizado por *patrones de comportamiento que pueden ejercer un efecto profundo en la salud (1)*.

En los países desarrollados, el estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población. Comportamientos como el sedentarismo, una dieta inadecuada, el consumo de tabaco y el abuso del alcohol, representan las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, ocasionando un elevado gasto a los sistemas de salud (3,5). Por todo ello, las actividades de Promoción de la Salud dirigidas a fomentar comportamientos más saludables se consideran prioritarias para mejorar la salud individual de las personas y de la población en general.

En este punto, desde la Atención Primaria de Salud, los profesionales ocupan un papel clave en el fomento de hábitos saludables y en el cambio de estilos de vida. No sólo es el nivel de atención más accesible al que llega la mayoría de la población, sino que su naturaleza longitudinal proporciona múltiples oportunidades para que los profesionales aconsejen e intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y conductas saludables (5). Esto tiene importantes consecuencias en Promoción de la Salud, tanto desde la perspectiva individual como comunitaria. Los profesionales de Atención Primaria pueden llevar a cabo modestos cambios en la conducta de cada individuo que lleguen a impactar de forma importante en la salud de la población.

Ayudar a los pacientes a cambiar comportamientos es, sin duda, uno de los mayores retos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en su trabajo diario. Contribuir a modificar los hábitos de las personas, no es tarea fácil (6,7). Muchos de los comportamientos están profundamente arraigados e intentar llevar a cabo un cambio en éstos, es un proceso difícil que requiere un considerable esfuerzo y tiempo, tanto para el profesional como para el paciente (8,9). Por otro lado, sin un claro entendimiento del proceso de cambio, ambos se pueden llegar a sentir frustrados, incluso desesperados por la falta de éxito en conseguir el cambio deseado (7,9).

Tradicionalmente los profesionales sanitarios han animado a los pacientes a realizar tales cambios a través de la transmisión de un simple consejo informativo basado en la persuasión

(3,10) y casi siempre sistemático y poco individualizado. En este enfoque tradicional, el profesional asume un “rol de experto” donde el estilo puede ser autoritario, a veces confrontativo, y sitúa al paciente en la posición de aceptar el consejo o resistirse al mismo (4) . En este sentido, el paciente adopta un “rol pasivo” contrario a los principios de la Promoción de la Salud donde la participación, en este caso a nivel individual, es indispensable (1). La persona debe ser el centro de la acción y de los procesos de toma de decisiones sobre su salud. De hecho, las investigaciones demuestran que un enfoque centrado en el paciente produce mejores resultados sobre la salud y fomenta su autonomía (3). La evidencia de la efectividad del simple consejo sobre la modificación del estilo de vida no es sólida, con tasas de éxito menores del 10% (3,6). Además, no sólo es casi siempre inefectivo, sino que rara vez consigue que el cambio se mantenga (11).

Muchos profesionales suponen que proporcionar información al paciente es suficiente pero lo que falla es la falta de motivación para poder aplicar tal conocimiento y que se produzca el cambio deseado (12). La motivación es un ingrediente esencial en el proceso del cambio por lo que una gran cantidad de información sin motivación, no producirá ningún cambio (12). Pero, no sólo influye la falta de motivación, sino que también las dudas. *Dudar a la hora de cambiar es parte de la naturaleza humana* (13). *No es arriesgado asumir que la mayoría de los pacientes que buscan un cambio se sienten ambivalentes: quieren y no quieren* (13).

No debemos olvidar que la Educación para la Salud, como herramienta indispensable en la Promoción de la Salud, *no sólo aborda la transmisión de información, sino que también debe incluir, además de las habilidades y la autoestima, el fomento de la motivación*, muy necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud (1).

Dado el desafío actual de lograr y mantener el cambio de hábitos, la Entrevista Motivacional (EM), se presenta como una prometedora intervención para fomentar comportamientos saludables.

La EM se define como una estrategia centrada en el paciente, que facilita el cambio de comportamientos ayudando al paciente a explorar y resolver su ambivalencia y mejorando su motivación intrínseca (2,14,15). Es, por tanto, una herramienta útil con pacientes que se encuentran ambivalentes y con poca motivación. La EM, se adhiere al hecho de que el cambio de comportamiento no es responsabilidad única del paciente, es un esfuerzo compartido, y que el profesional ocupa una posición única ya sea para mejorar la motivación del paciente o contribuir a la resistencia (16).

La EM, desarrollada por W.R Miller y S. Rollnick en los años noventa, surgió de la necesidad de búsqueda de un nuevo estilo en el tratamiento del alcoholismo. Desde entonces, la EM y sus adaptaciones, se han aplicado en una gran variedad de comportamientos y problemas relacionados con la salud, como el abuso de sustancias adictivas, la actividad física, los trastornos de conducta alimenticia, la adherencia a los tratamientos, en las enfermedades crónicas, etc. (3,4,8,13), donde la motivación y la ambivalencia sobre el cambio desempeñan un importante papel.

Mi interés en la EM surgió a raíz de la búsqueda de una alternativa diferente para ayudar a los pacientes con sus problemas en relación a sus hábitos o comportamientos. Como enfermera de

Atención Primaria ,lo considero un difícil reto al que nos enfrentamos diariamente y que presenta numerosas barreras que la enfermeras no sabemos vencer.

El objetivo de este trabajo es exponer el concepto de la EM y, por otro lado, describir la aplicación de la EM como herramienta de promoción de cambios de hábitos para estilos de vida más saludables en el marco de la Atención Primaria.

2. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Durante los meses de Febrero y Marzo del 2012 se realizó una revisión de la literatura existente en cinco bases de datos, tanto específicas de Enfermería, como de Ciencias Biomédicas y de Psicología, en castellano y en inglés. Además, se consultó la página web oficial de los creadores de la Entrevista Motivacional (EM), www.motivationalinterview.org revisando toda la bibliografía recomendada.

Por otro lado, también se realizó una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas citadas en los artículos o trabajos que fueron seleccionados y que se consideraron importantes o relevantes.

Respecto a las bases de datos, se consultaron las siguientes:

- CUIDEN PLUS
- DIALNET
- PSYCODOC
- WEB OF KNOWLEDGE
- MEDLINE-PUBMED

En castellano, se utilizaron como palabras clave o descriptores (anexo 1):

- Entrevista Motivacional
- Atención Primaria
- Promoción de la Salud
- Cambio de hábitos
- Estilos de vida
- Dieta
- Actividad física
- Tabaco

- Alcohol

En inglés, los descriptores elegidos fueron (anexo 2):

- Motivational Interviewing
- Primary Care
- Health Promotion
- Lifestyles
- Behavioural change
- Change behaviour
- Diet
- Physical activity
- Smoking
- Alcohol

Y, en MEDLINE, a través de PUBMED, se utilizaron para la búsqueda los siguientes tesauros del MeSH (anexo 3):

- Motivation
- Interviews as topic
- Primary Health Care
- Health Promotion
- Health behavior
- Life Style
- Diet
- Smoking
- Exercise
- Alcohol drinking

Respecto al perfil de búsqueda, según las características de cada fuente de datos, se hizo una búsqueda avanzada utilizando diferentes combinaciones de las palabras clave a través de los descriptores booleanos AND y NOT y delimitando el tiempo desde el año 2000 hasta la actualidad.

Tras los resultados obtenidos, una vez eliminados los artículos repetidos, se hizo una primera selección de los trabajos, a través de la lectura del título y del resumen o abstract, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Artículos originales de cualquier tipo o fuentes secundarias (revisiones sistemáticas o metaanálisis).
- ✓ Trabajos publicados desde el año 2000 hasta la actualidad.
- ✓ Intervenciones sobre modificación de los comportamientos o estilos de vida más importantes: tabaco, alcohol, dieta y actividad física.
- ✓ Estudios basados en la aplicación de los principios y técnicas de la EM, o sus adaptaciones, como única intervención, o bien combinada con otros métodos.
- ✓ Intervenciones directas e individuales en adultos como medida de prevención primaria.
- ✓ Trabajos desarrollados en el ámbito de la Atención Primaria.

Por otro lado, las causas de exclusión fueron:

- ✓ Resúmenes de poster o comunicaciones y estudios con acceso restringido por necesidad de pago.
- ✓ Intervenciones grupales o uso de métodos educativos no directos como consultas telefónicas, papel impreso o recursos informáticos.
- ✓ Trabajos no desarrollados en el marco de la Atención Primaria.
- ✓ Intervenciones en niños, adolescentes o embarazadas.
- ✓ Publicaciones en un idioma diferente al castellano o inglés.
- ✓ Trabajos sin suficiente calidad metodológica.
- ✓ Estudios con intervenciones multicomponentes y complejas donde no se valora directamente el efecto de la EM o sus adaptaciones, sino el efecto de la intervención en su totalidad.

Finalmente, de todos los estudios revisados (figura 1), fueron seleccionados los 33 trabajos que se detallan en la bibliografía.

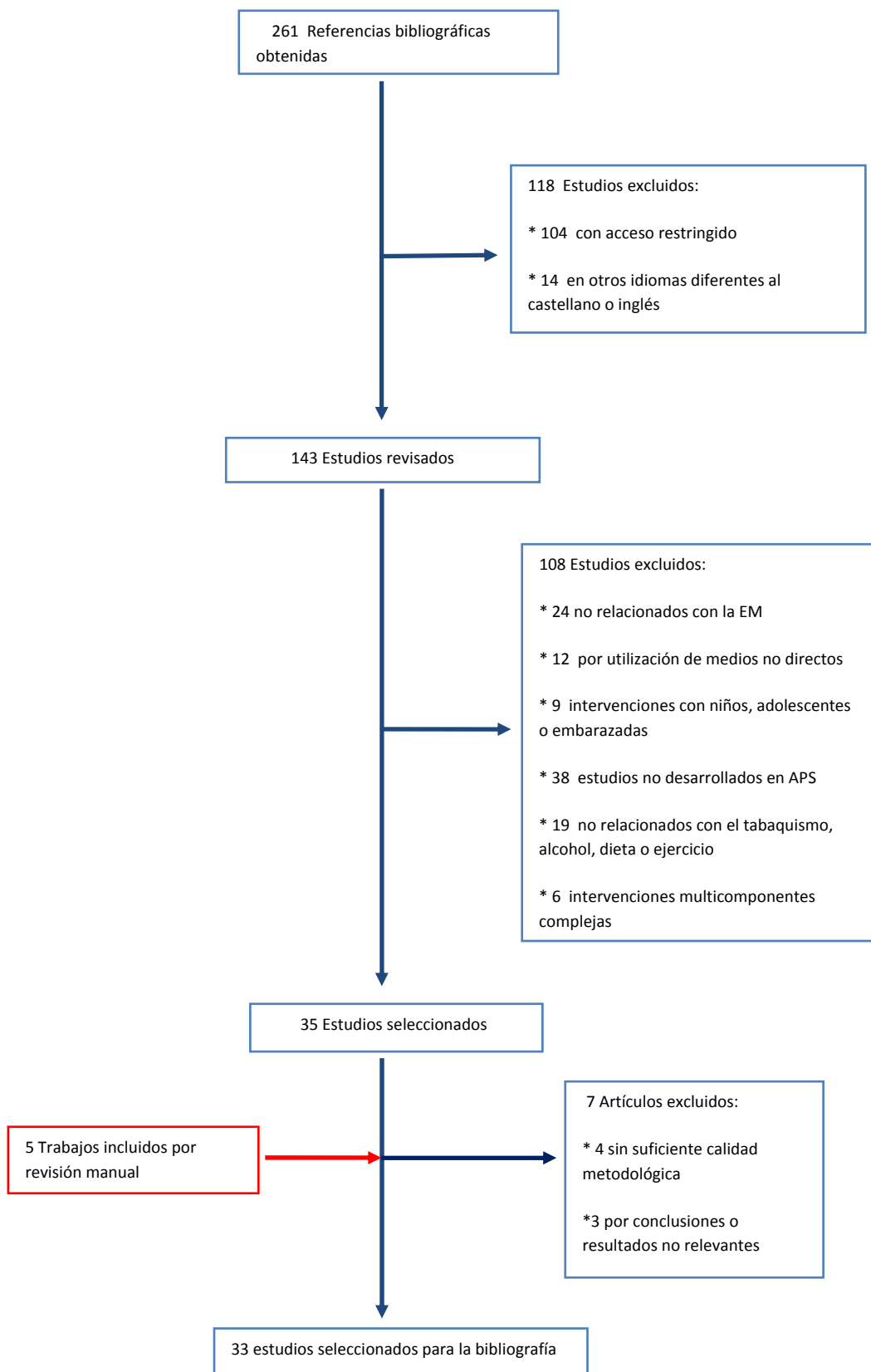


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección.

3. ¿Qué es la Entrevista Motivacional?.

3.1 Definición.

La Entrevista Motivacional (EM) se definió en sus inicios como *un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias* (15,16).

Esta definición se ha modificado a medida que las investigaciones han ido evolucionando hasta una más actual donde se define como *una forma colaborativa, centrada en la persona, dirigida a obtener y fortalecer la motivación para el cambio* (2).

Aunque deriva directamente de la terapia centrada en el paciente (C.Rogers, 1957) la cual se centra en los intereses, creencias y preocupaciones de las personas, la EM difiere en que está mejor enfocada y tiene unas metas más claras. *Su propósito fundamental es examinar y resolver la ambivalencia y el profesional se dirige intencionadamente a alcanzar dicha meta* (15).

3.2 La ambivalencia: la clave del problema.

La ambivalencia es *sentirse de dos maneras diferentes con respecto a algo o alguien y es una experiencia común en los seres humanos* (16). Desde la perspectiva de la EM, la ambivalencia se considera normal, aceptable y comprensible en todo proceso de cambio.

Los pacientes continuamente experimentan ambivalencia en forma de sentimientos contradictorios o conflictivos sobre el cambio de estilos de vida (17): vacilan entre las razones para cambiar y las razones para seguir de la misma manera, consideran y rechazan el cambio a la vez. Estos sentimientos interactúan con sus reflexiones en un simultáneo y reiterativo proceso que en última instancia les hace decidir si llevan o no a cabo el cambio (17).

El principal enfoque de la EM es *facilitar el cambio de comportamientos ayudando a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia sobre el cambio* (15). Ayudar a las personas a resolver la ambivalencia durante todo el proceso es un elemento clave ya que se considera el principal obstáculo (16). El profesional, a través de la EM, puede ayudar a las personas a “liberarse” de este sentimiento, a “desbloquearse”, de manera que así pueda surgir el deseo de cambio. La EM permite al paciente expresar abiertamente su ambivalencia y guiarle hacia una resolución satisfactoria de sus conflictos motivacionales con el fin de facilitar el cambio deseado (15).

3.3 La motivación: la clave para el cambio.

Desde la perspectiva de la EM, la motivación se considera *un estado de disponibilidad o deseo de cambiar* que puede variar de un momento a otro o de una situación a otra influenciado por diferentes factores, no se considera un problema o un rasgo de la personalidad del paciente (16).

Motivar o ayudar a cambiar, es conseguir que el paciente descubra cuáles son sus propios elementos o razones motivadores (10) y es una parte importante de la tarea del profesional en la EM (16).

De esta manera, la EM considera como punto fundamental para iniciar el cambio la motivación personal, que no se consigue a través de los simples consejos sino que tiene *que tiene que surgir de la reflexión del propio paciente al enfrentarse con su ambivalencia* (6) más que imponerla desde el exterior.

4. El Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982).

El Modelo Transteórico del Cambio o Modelo de los Estadios del Cambio proporciona un marco para entender todo el proceso del cambio en sí mismo (16).

Este modelo describe una serie de etapas o estadios por las que pasa una persona en el proceso de cambio de un comportamiento, bien en el cambio que realiza por sí misma o bien ayudada por un profesional (16). Estas etapas se distribuyen en un círculo o rueda (figura 2) que refleja la realidad de que, en cualquier proceso de cambio, *una persona puede girar alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable* (16).

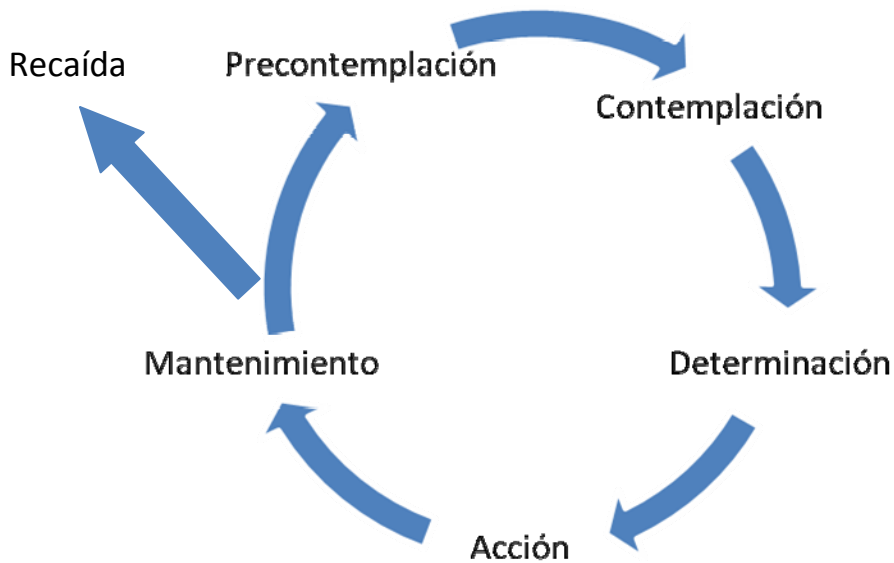


Figura 2. La rueda del cambio. (Adaptada de “la rueda del cambio” (10)).

Las cinco etapas o estadios del proceso del cambio son (16):

- **Precontemplación.**

En esta etapa el paciente no es consciente que tiene un problema o que necesita un cambio en su vida.

Lo demuestran frases del tipo:

“De algo hay que morir”

“Mi padre fumaba y murió con 90 años”

Una persona que se encuentre en esta etapa necesita información y feedback sobre su estado real con el fin de que así aumente su conciencia del problema y la posibilidad del cambio (16). En este momento, darle un consejo basado simplemente en lo que debería de hacer podría ser desfavorable (16).

- **Contemplación.**

La persona comienza a tomar conciencia del problema y surgen las dudas. Empieza a considerar la posibilidad de cambiar pero aún no ha tomado ninguna decisión al respecto, no se siente con ánimo de intentarlo (6).

En esta etapa es cuando aparece la ambivalencia. El paciente es capaz de discutir sobre las consecuencias y los beneficios asociados con el comportamiento de riesgo (18).

Es común que las personas que habitualmente acuden a las consultas de los profesionales sanitarios se encuentren en esta etapa y, en este caso, la EM puede resultar particularmente útil (16).

Son típicas las frases:

“Me gustaría hacer más ejercicio pero me aburre”

“Tendría que dejar el tabaco, sé que es perjudicial para mi salud, pero me gusta fumar”

La tarea del profesional en esta etapa consiste en ayudar al paciente a que finalmente se decida a favor del cambio.

- **Preparación o determinación.**

Es la etapa de preparación para el siguiente paso, la etapa de acción.

El paciente que se encuentra en esta etapa ha decidido que los costes de mantener su comportamiento actual exceden a los beneficios. Ya existe un compromiso para el cambio en un futuro próximo por lo que la posibilidad de que inicie un nuevo comportamiento es más probable (18).

La persona que ha tomado la decisión a favor del cambio lleva a cabo pequeños pasos para prepararse (9), comienza a planificar el momento y los objetivos que quiere conseguir.

La tarea del profesional ya no es ayudarlo con la motivación, sino aconsejarle sobre el recurso más apropiado.

Lo demuestran frases del tipo:

“El día de mi cumpleaños dejaré de fumar”

“Después de las fiestas navideñas, volveré a caminar todos los días”

- **Acción.**

En esta etapa se pone en práctica la decisión tomada. El paciente se implica de forma activa en las acciones que le llevarán al cambio pero aún no ha alcanzado una etapa estable. Aunque exista la intención de cambiar, sin embargo, ésta no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo.

- **Mantenimiento.**

El paciente ha logrado los cambios iniciales y se encuentra en una etapa más estable manteniendo la conducta. En este momento, el reto es mantener el cambio conseguido y prevenir una recaída ya que las tentaciones están aún presentes

Mantener el cambio requiere diferentes estrategias y habilidades de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial (16).

- **Recaída.**

En la recaída, se vuelve a la conducta anterior y, por tanto, a estadios anteriores.

Desde la perspectiva de este modelo, tener una recaída no se considera un fracaso del paciente ni del profesional, sino un parte normal o esperable dentro del proceso del cambio. De hecho, considera que cada recaída es diferente y supone un avance hacia el éxito ya que los intentos fallidos previos sirven de aprendizaje acercando a la persona cada vez más a su objetivo (10).

Por otro lado, este modelo considera que el profesional debe utilizar diferentes estrategias o técnicas dependiendo del momento del proceso de cambio en que se encuentre el paciente (figura 3) y, en este contexto, la Entrevista Motivacional (EM) proporciona las herramientas para facilitar este proceso (16). De hecho, la EM puede ser una estrategia incluso más efectiva cuando se combina con el Modelo Transteórico del Cambio (11).

La EM es particularmente útil con aquellos pacientes que muestran una menor motivación o preparación para cambiar y con aquellos que se muestran más contrarios (16). La EM ayuda a que los pacientes avancen de las etapas de precontemplación y contemplación a una fase de disponibilidad para el cambio. Se ha demostrado que sólo un 10-15% de pacientes están preparados para la acción, mientras que la mayoría de pacientes están en los estadios tempranos del proceso (9). Para éstos, una intervención orientada a la acción dirigida directamente al cambio de conducta puede dar lugar a una resistencia. En el caso de pacientes que no están preparados para el cambio, la EM se adapta a su paso y los invita a avanzar a través de la contemplación, de la preparación y de la acción. Para aquellos pacientes que sí parecen estar dispuestos a cambiar, la EM puede serles menos útil, y algunos datos indican que podría ser incluso contraproducente (13).

Desde la perspectiva del Modelo Transteórico, la EM, por lo tanto, es más útil en individuos que están contemplativos hacia el cambio pero están obstaculizados por la ambivalencia (19). De hecho, la ambivalencia, independientemente de cuándo ocurra en el proceso del cambio, es el síntoma que señala al profesional para usar la EM y no otra estrategia específica orientada a la acción (19). Según este modelo, la ambivalencia se resuelve durante los primeros estadios del proceso, mientras que la EM propone que se mantiene durante todo el proceso. Así, la EM ayuda a los pacientes a trabajar con la ambivalencia durante todo el proceso pudiendo mejorar la eficacia de las intervenciones que se basan en la adquisición de habilidades (9).

Por lo tanto, es importante que el profesional valore la etapa del cambio en que está el paciente antes de desarrollar un plan de tratamiento (18) y no adelantarse nunca al paciente, no forzarle a que tome decisiones precipitadas (10). Según el enfoque de la EM, los problemas pueden surgir cuando se utilizan estrategias inadecuadas para la etapa real en la que se encuentra el paciente, pudiendo generar resistencias innecesarias que entorpecen el paso de una etapa a otra y avanzar así hacia el cambio deseado (16).

ESTADIOS	TAREAS
PRECONTEMPLACION	-Priorizar el hábito a modificar y valorar el estadio. -Elaborar un mapa de creencias sobre la conducta. -Trabajar la ambivalencia. -Evitar y trabajar las resistencias. -Aumentar la autoeficacia y la automotivación.
CONTEMPLACION	-Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea.
DETERMINACION	-Que el paciente verbalice el compromiso del cambio. -Aconsejar y ayudar a elegir la mejor estrategia. -Desarrollar un plan de actuación conjunto.
ACCION	-Aumentar la autoeficacia. -Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito.
MANTENIMIENTO	-Prevenir las recaídas. -Aumentar la autoeficacia.
RECAIDA	-Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso. -Aumentar la autoeficacia y la automotivación.

Figura 3 .Tareas adaptadas a los estadios del cambio. (Adaptado de “tareas adaptadas a los estadios del cambio (10)).

5. Principios y estrategias en los que se basa la EM.

La EM se basa en una serie de principios y estrategias que se centran en construir la motivación intrínseca del paciente para poder realizar el cambio de comportamiento necesario (20).

5.1. Principios de la EM.

Son cinco los principios generales de la EM (16):

- **Expresar empatía.**

Un estilo empático es una de las características principales que define a la EM.

A través de la escucha reflexiva, el profesional intenta comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar. Implica una actitud de respeto y aceptación de la persona tal y como es y de aceptación de la ambivalencia como una parte normal del proceso del cambio

Esta actitud de aceptación hace que el paciente se sienta más libre para poder decidir sobre su situación y decidir el cambio, mientras que una no aceptación puede hacer que la persona siga como está (16).

Por otro lado, la empatía también ayuda a construir una buena relación entre profesional-cliente y fomenta la autoestima del paciente (16).

- **Crear una discrepancia.**

La motivación al cambio se produce cuando las personas perciben una discrepancia entre la conducta o comportamiento actual y sus valores u objetivos más importantes, es decir, *entre donde están y dónde les gustaría estar respecto al hábito o la conducta a modificar* (10). Cuando los costes percibidos de una conducta empiezan a sobrepasar los beneficios o cuando una conducta se cree que está en conflicto con objetivos personales importantes como por ejemplo la propia salud, la felicidad familiar o el éxito, el cambio ocurrirá con más probabilidad (16). *Trabajar la emoción que genera este conflicto es el mayor motor para el cambio* (10) y, cuanto mayor sea esta discrepancia, mayor será la motivación.

Desarrollar una discrepancia implica explorar los pros y los contras del comportamiento actual del paciente y de la necesidad del cambio en una atmósfera de apoyo y aceptación para generar o intensificar una conciencia de la discordancia entre el comportamiento actual y sus más amplios objetivos y valores (21)

La tarea del profesional es crear y amplificar cualquier discrepancia en el paciente de manera que supere el apego que siente por la conducta actual y sea él mismo quien finalmente presente los argumentos para el cambio (15). El enfoque general consiste en que sea el paciente y no el profesional quien exprese las razones para el cambio. Uno de los objetivos de la EM es animar a las personas a escucharse a sí mismos decir por qué quieren cambiar (22) ya que, *las personas, se convencen más a menudo por lo que oyen decir a sí mismas que por lo que otras personas les dicen* (16).

Para aumentar la eficacia de la EM es importante que el profesional facilite que el paciente verbalice sus discrepancias como una forma de poder resolver su ambivalencia y así avanzar hacia una decisión de cambio (10).

- **Evitar la discusión.**

Se debe evitar la discusión directa y cualquier confrontación ya que pueden provocar que el paciente adopte una actitud defensiva ante las indicaciones o sugerencias que le realice el profesional. Cualquier intento de convencerle sobre la conveniencia o la necesidad de un cambio puede provocar que defienda su libertad de hacer lo que quiera y defender fuertemente su posición.

El objetivo general en la EM es evitar cualquier enfoque que pueda provocar resistencia en el paciente.

- **Darle un giro a la resistencia.**

La resistencia, al igual que la ambivalencia, se reconoce como algo natural y comprensible dentro de todo proceso de cambio. Igualmente ocupa un lugar destacado en la EM ya que se considera una barrera en el proceso para obtener el cambio. Se observa en el paciente comportamientos como negación, renuncia y falta de voluntad hacia el cambio (23).

Desde la perspectiva de la EM, la resistencia se conceptualiza como un producto de la interacción entre el profesional y el paciente (23) más que una característica estática de este último (19). Ambos, paciente y profesional, son determinantes respecto al nivel de resistencia presente durante la relación (19). De igual manera que la confrontación directa y la argumentación del profesional se asocian a mayores niveles de resistencia en los pacientes y peores resultados en relación al cambio de comportamientos, ésta, a su vez, puede producir un aumento de la confrontación y otros comportamientos negativos poco deseados en los profesionales como, por ejemplo, expresar empatía de una forma negativa y poco honesta, realizar más preguntas cerradas, dar simples consejos informativos, ser menos propensos a elogiar o animar al paciente o también fomentar menos su autonomía personal (23).

Darle un giro a la resistencia incluye el hecho de implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas. El profesional no impone su punto de vista, sino que invita al paciente a considerar la información y las opciones nuevas que le ofrece. La resistencia se puede superar y mejorar los resultados si el profesional provoca el cambio desde el propio paciente más que imponerlo (24).

Los profesionales tienen un gran potencial para aumentar o disminuir la resistencia en los pacientes(24). Su tarea es disminuir la resistencia, no con la confrontación o la argumentación, sino utilizando una escucha empática (23). En el campo de la EM, el comportamiento confrontativo del profesional se ha asociado con mayores niveles de resistencia y, por tanto, a menores niveles de cambio de comportamientos (23). Puesto que la resistencia se ve muy afectada por la forma en que el profesional responde a ésta, es importante que cuando surja el profesional cambie las estrategias.

- **Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia.**

La autoeficacia, o *confianza en la propia habilidad para hacer frente una tarea o un reto específico*, es un elemento clave en la motivación para el cambio ya que tiene una gran influencia en la capacidad para iniciar y poder mantener una nueva conducta. *Si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga* (10). Incluso si los pacientes están motivados para modificar sus comportamientos, el cambio no se producirá a menos que el paciente crea que puede hacerlo y que tenga los recursos y las capacidades para superar las barreras y de forma exitosa implementar nuevas formas de comportamiento (21).

Por tanto, es un objetivo general de la EM aumentar la percepción del paciente sobre su capacidad de hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio.

Creer en la autoeficacia del paciente para el cambio también es indispensable (16) ya que el paciente se considera un valioso recurso para encontrar soluciones a sus propios problemas. Es el responsable de elegir y llevar a cabo el cambio, pero al mismo tiempo debe creer en su propia habilidad para cambiar.

La falta de confianza del paciente para realizar el cambio puede ser debida a temores subyacentes, a fracasos previos, a falta de ayuda o depresión (9).

5.2. Estrategias de la EM.

Una serie de estrategias ayudan a poner en práctica todos los principios antes descritos y evitan algunas de las trampas que pueden surgir y dificultar el proceso (16):

- Realizar preguntas abiertas.

Este tipo de preguntas estimulan al paciente para que sea él quien más hable y, de esta manera, comience a analizar sus propios problemas y exprese sus razones para realizar el cambio deseado (20).

No sólo ayudan a iniciar el tema de conversación y proporcionan oportunidades para utilizar otras estrategias, sino que también se pueden utilizar para explorar los objetivos o los valores personales que guían al paciente en su decisión (20).

- **Escucha reflexiva.**

Es una de las habilidades fundamentales de la EM.

El elemento esencial en la escucha reflexiva es la forma en que el profesional responde a lo que dice el paciente. El profesional intenta comprender y deducir lo que el paciente quiere realmente decir y se lo devuelve o refleja de nuevo por medio de una afirmación (figura 4). *El profesional actúa como un “espejo” del paciente* (10).

*Tipos de afirmaciones en la **escucha reflexiva**:*

* **Repetición** de alguna palabra hecha por el paciente y que parece importante.

* **Refraseo**. Se hace una repetición pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo.

* **Parafraseo**. Se refleja lo dicho con nuevas palabras por lo que el profesional intuye el significado de lo hablado por el paciente.

* **Señalamiento emocional**. Es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones.

* **Silencios**. Utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en el paciente porque de forma no verbal el profesional le transmite que le entiende y le comprende.

Figura 4 .Tipos de afirmaciones en la escucha reflexiva. (Adaptado de (10)).

La reflexión no es un proceso pasivo ya que el profesional decide que es lo que tiene que reflejar e ignorar, que es lo que tiene que enfatizar y que palabras tiene que usar.

La escucha reflexiva tiene tres funciones primordiales (20):

- ✓ Asegura que el profesional ha entendido lo que quiere decir el paciente. Si el profesional refleja algo que el paciente no quiso decir, éste le puede clarificar o corregir.
- ✓ Disminuye la resistencia del paciente. En la EM, el profesional responde a las frases de resistencia con una reflexión sobre el significado de lo que ha dicho, con el objetivo de disminuirla comunicando al paciente que entiende y conoce sus pensamientos y sentimientos. Una frase reflexiva bien hecha es menos probable que desencadene una resistencia que respondiendo con una pregunta.
- ✓ Anima al paciente a hablar sobre sus razones para querer el cambio. Esto se acompaña de un selectivo reflejo de las frases que el paciente hace sobre el cambio, así animándole a realizar más frases a favor y a seguir progresando.

La escucha reflexiva es particularmente útil después de realizar preguntas abiertas.

- **Afirmar.**

Es necesario afirmar y apoyar directamente al paciente durante todo el proceso, destacando los pequeños esfuerzos y apoyando lo dicho por él mediante comentarios positivos y frases de comprensión y aprecio. De esta manera, se potencia su autoestima y sentido de autoeficacia (10) y, por otro lado, también ayuda a construir una buena relación entre el profesional y el paciente (20).

- **Resumir.**

Resumir de forma periódica une y refuerza todo lo que se ha dicho que el profesional considera más importante, muestra al paciente que se le ha escuchado con atención y le anima a seguir progresando. Por otro lado, es muy útil unir los resúmenes para poner de manifiesto la ambivalencia del paciente y realizar un resumen final recopilando todo lo que se ha dicho.

- **Provocar afirmaciones automotivadoras**

Las anteriores estrategias se derivan de la terapia centrada en el paciente aunque en la EM se utilizan con el objetivo concreto de ayudar a los pacientes a analizar la ambivalencia y expresar sus razones para cambiar. Esta última estrategia es más directiva y es específica de la EM. Integra y guía el uso del resto y es la que realmente puede ayudar a resolver la ambivalencia ya que facilita el poder crear una discrepancia en el paciente (16).

Cuando el paciente se oye así mismo decir este tipo de frases o afirmaciones, aumenta la concienciación de la discrepancia que existe entre los objetivos que tiene y las acciones de ese momento.

En la EM es el paciente quien presenta las razones para cambiar por lo que la tarea del profesional es facilitar o favorecer la expresión de estas afirmaciones motivadoras durante todo el

proceso. Esto es importante durante todo el proceso ya que la ambivalencia no desaparece habitualmente, sino que simplemente disminuye (16). Ayudan al paciente a recordar continuamente las razones para mantener su compromiso con el cambio.

Se pueden desglosar en cuatro categorías: frases de reconocimiento del problema o de expresión de preocupación, frases que demuestran una intención de cambiar o de cierto optimismo hacia el cambio.

Todas las afirmaciones automotivadoras se deben de retornar al paciente haciendo uso de la escucha reflexiva o de resúmenes. De esta manera, el paciente es capaz de escuchar de nuevo sus propios comentarios.

De forma contrapuesta a la resistencia, están las afirmaciones automotivadoras. El estilo de la EM produce altos niveles de afirmaciones automotivadoras y una resistencia relativamente baja, mientras que un estilo confrontativo provoca altos niveles de resistencia y pocas afirmaciones automotivadoras (16).

6. El “espíritu” de la Entrevista Motivacional.

No es apropiado pensar que la Entrevista Motivacional (EM) es simplemente una técnica o un conjunto de técnicas, sino que más bien se trata de *un estilo interpersonal, de una forma de ser del profesional con los pacientes* (15). Este espíritu o estilo es esencial para la aplicación y la eficacia de la EM (14).

En este sentido, el “espíritu” de la EM incorpora los principios anteriormente descritos (25) y proporciona la base para que las herramientas o estrategias se pongan en práctica (21).

Este espíritu es más colaborativo que autoritario, evoca la motivación intrínseca del paciente más que imponerla, y respeta su autonomía (14).

Ante todo, se caracteriza por los siguientes puntos clave (15):

- ✓ La motivación para que se pueda producir el cambio deseado surge del propio paciente, no la impone el profesional.
- ✓ La disponibilidad hacia el cambio no se considera un rasgo de la personalidad del paciente, sino una oscilación que surge de la interacción entre éste y el profesional.
- ✓ Es el paciente quien verbaliza su propia ambivalencia.
- ✓ La ambivalencia no se resuelve con la persuasión directa.
- ✓ El profesional ayuda al paciente examinar y resolver la ambivalencia de manera muy respetuosa y con un estilo de asistencia centrada en el paciente.
- ✓ El profesional adopta un estilo tranquilo y evocador.

- ✓ La relación que se establece con el paciente es de asociación o de compañerismo más que una relación de experto/receptor.

Por lo tanto, no se considera que se ponga en práctica este espíritu característico cuando el profesional (15):

- ✓ Discute con el paciente sobre si tiene un problema y necesita un cambio.
- ✓ Ofrece consejo directo o prescribe soluciones sin el permiso del paciente o sin animarle de forma activa a que realice sus propias decisiones.
- ✓ Asume un papel autoritario o de experto.
- ✓ Impone un diagnóstico o una etiqueta diagnóstica al paciente.
- ✓ Se comporta de forma punitiva o coercitiva.

Lo que parece ser más importante en la práctica de la EM es que el profesional se guíe por el espíritu de este recurso, más que adhiriéndose a un estricto guión (20). De hecho, el uso de manuales en la aplicación de la EM, se asocia a menores efectos en los pacientes (13).

7. La Entrevista Motivacional Breve.

Desde los inicios de la Entrevista Motivacional (EM), han ido surgiendo versiones adaptadas a diferentes ámbitos dentro de la asistencia sanitaria (3,5). Común a todas ellas es la tarea de fomentar el cambio de comportamientos dentro de una relación de trabajo constructiva y el respeto del espíritu de la EM (4) .

Una de estas adaptaciones es la Entrevista Motivacional Breve (EMB), desarrollada en sus orígenes para su uso en Atención Primaria como una intervención única de cuarenta minutos para bebedores en exceso que no buscaban ayuda (15).

Aunque La EM representa una mayor ayuda para los profesionales de Atención Primaria debido a la continuidad de la asistencia que prestan, se ha necesitado desarrollar una forma de EM más adaptada (16) al tipo de encuentros breves que se producen en este contexto y a la gran variedad de situaciones que requieren cambios conductuales profundos (10). Los propios autores, diseñaron este conjunto de técnicas rápidas y concretas para plasmar el espíritu y la práctica de la EM durante los contactos breves que se desarrollan en este ámbito (15).

La EMB consiste en un menú de estrategias concretas adaptadas a encuentros breves, entre treinta segundos y quince minutos, que siguen el espíritu de la EM y que son más adecuadas para profesionales sanitarios que tienen menos tiempo para adquirir las habilidades requeridas para poner en práctica la EM y que habitualmente disponen de tiempo más limitado con sus pacientes (3).

En general, las intervenciones breves pueden tener un impacto importante sobre la motivación, con resultados comparables a intervenciones más extensas (16). El impacto de las intervenciones breves es de tipo motivacional, ayudando a iniciar una toma de decisiones y de compromiso para el cambio. La palabra motivacional implica un enfoque intencionado para aumentar la disponibilidad para el cambio (15). Aunque los métodos breves pueden ser útiles en este arranque del proceso motivacional, son necesarios contactos más repetidos para iniciar el proceso del cambio, para dar forma al nuevo comportamiento y proporcionar un apoyo continuo (4). De hecho, aunque la EM se ha demostrado efectiva y prometedora para encuentros breves, la posibilidad de que un paciente cambie su comportamiento, aumenta con el número de encuentros (13).

Por otro lado, estas intervenciones breves además de ser eficaces aumentan la satisfacción de los profesionales sanitarios (10).

Aunque las estrategias o técnicas de la EM se aplican en el contexto de los ingredientes de las intervenciones breves en general (figura 5), en la EM, sin embargo, el consejo no se da sin el permiso del paciente y, cuando se da, se intenta animarle de forma activa para que tome su propia decisión (3,15).

Elementos básicos de las intervenciones breves:

- 1.- **FEEDBACK** .Dar feedback a los pacientes sobre su estado real.
- 2.-**RESPONSABILIDAD**.Se debe dar énfasis a la responsabilidad del paciente para el cambio.
- 3.-**CONSEJO**.Ofrecer consejo con el objetivo de inducir un cambio.
- 4.-**MENÚ** .Ofertar un menú de estrategias posibles para así aumentar la capacidad personal de elección y control.
- 5.-**EMPATÍA**. Es un factor indispensable para la motivación y el cambio.
- 6.-**AUTOEFICACIA** .Crear en la habilidad del paciente para cambiar es indicativo de resultados

Figura 5. Elementos básicos de las intervenciones breves. (Adaptado de (16)).

No se benefician de la EMB pacientes con historias complejas de salud o aquellos que necesitan cambios en múltiples comportamientos (9). Estos pacientes a menudo necesitan recursos más amplios que requieren mayor tiempo y un aumento del número de visitas o contactos.

La EMB habitualmente comienza con preguntas adecuadas y con una reflexión estimulando al paciente para que formule afirmaciones automotivadoras y verbalice las razones que tiene para el

cambio. Después de un periodo para crear la motivación, la intervención sigue hacia preguntas clave diseñadas para provocar una resolución de problemas y un compromiso hacia el cambio (16).

En la práctica, tiene cuatro momentos bien diferenciados (10):

- a. **Inicio de la entrevista.** Se pide permiso al paciente para iniciar y hablar del tema o del problema mediante el uso de preguntas abiertas.
- b. **Exploración de los motivos de preocupación.** En este momento, el paciente empieza a hablar sobre el problema y sus preocupaciones. El profesional pone en práctica las estrategias de la EM para facilitarle el camino.
- c. **Elección de opciones para el cambio.** El profesional, mediante preguntas abiertas y poniendo en práctica la escucha reflexiva, ayuda a que el paciente hable sobre sus dificultades y decida sobre la mejor opción.
- d. **Sumario.** El profesional finaliza realizando un resumen de todo lo expresado por el paciente para asegurarse que todo es correcto.

8. La aplicación de la Entrevista Motivacional en el fomento de cambio de estilos de vida.

Hasta la fecha, la evidencia indica que la Entrevista Motivacional (EM) es una intervención efectiva en el tratamiento del abuso de alcohol y en los cambios de hábitos relacionados con la dieta y el ejercicio (3,7,13,26).

Sin embargo, aún no existe suficiente sustento para su eficacia en la intervención en el área del tabaquismo. La EM en relación a la deshabituación tabáquica es mejor que el no tratamiento, con índices de éxito entre el 5-17%, pero no se puede recomendar que pueda sustituir otros tratamientos establecidos, ya que existen resultados muy contradictorios en los diferentes estudios (3,12,26).

En general, la investigación apoya la efectividad de la EM en los problemas relacionados con la dieta y el ejercicio, sola o en combinación con otras intervenciones (7). Individuos que recibieron intervenciones basadas en la EM, mostraron un cambio más significativo con importantes implicaciones para su salud que los que no recibieron esta intervención. Aunque no siempre se ha demostrado más efectiva que otros tratamientos en estas áreas, en general, los resultados apoyan la utilidad de la EM (7).

En relación al tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol, la EM también se considera prometedora como intervención efectiva para los bebedores de riesgo (27,28). Es tan efectiva como otros tratamientos y significativamente mejor que el no tratamiento, con índices de éxito entre el 10-20% (12).

Los efectos positivos de la EM sobre estos comportamientos parecen permanecer en el tiempo (13). En muchos casos, el cambio incluso se mantiene en un periodo de uno o dos años tras la intervención (7,12).

Por otro lado, existe una dosis-efecto de tal manera que más sesiones de EM tienden a producir un mayor cambio en estos comportamientos (12,13). El tiempo invertido en aplicar la EM, está asociado a mejores resultados, aunque los límites máximos no están aún determinados (12). Aún así, se ha demostrado que la EM invierte menos tiempo para facilitar cambios positivos que otros métodos comparables por lo que se considera un método rentable (12,25).

También se ha demostrado que la EM es aún más efectiva cuando se emplea como prelude de otros tratamientos (12,13). Es complementaria e incluso produce sinergia con otros tratamientos (13). Los profesionales pueden utilizar la EM antes, durante o después de otros tratamientos o intervenciones y este beneficio adicional puede ser debido a un aumento de los niveles de compromiso y exposición a los efectivos elementos del otro tratamiento (27).

9. La Entrevista Motivacional y Enfermería en Atención Primaria.

Las enfermeras de Atención Primaria juegan un papel importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad ya que están en una posición ideal para motivar y facilitar el cambio de hábitos (11,26).

A pesar de ello, los propios profesionales de Enfermería perciben numerosas barreras para fomentar estilos de vida saludables como falta de tiempo o de entrenamiento de habilidades y, por parte de los pacientes, poca motivación para modificar comportamientos o falta de disciplina para mantener y mejorar los estilos de vida (29). Consideran difícil hacer frente estas barreras y, en ocasiones, pueden llegar a sentirse impotentes o ineficaces cuando los pacientes no consiguen los objetivos establecidos. Esto puede frustrar a ambos, disminuyendo la empatía de la enfermera por ciertos pacientes y reduciendo su motivación para ayudarlos (29). Además, tienden a tener una falsa o elevada expectativa respecto al cambio de estilos de vida de sus pacientes lo que puede provocar resistencia en estos (29).

Aunque ha habido un aumento en el interés en la toma de decisiones compartida y de los recursos centrados en el paciente, la promoción de cambios de comportamiento a menudo sigue centrado en la simple provisión de información (26). Las habilidades de comunicación que necesitan las enfermeras para este enfoque centrado en el paciente y una toma de decisión compartida a menudo son escasas (30). Los profesionales de Enfermería siguen sintiendo como responsabilidad profesional el aconsejar a los pacientes más que permitir que el paciente realice la decisión por sí mismo (29). Además, la transmisión de un simple consejo informativo sigue siendo la estrategia predominante utilizada por las enfermeras de Atención Primaria, lo que también se asocia a un aumento de la resistencia si no es previamente solicitado por el propio paciente (29). Por todo ello, el cambio de comportamientos puede ser frustrante, desalentador y consumidor de tiempo para ambos, pacientes y enfermeras. La utilización de estrategias ineficaces como el simple consejo colabora para producir esta frustración (11).

Por todo ello, motivar y facilitar cambios en los comportamientos de salud es un desafío para las enfermeras de Atención Primaria (18, 26,29). Los profesionales de Enfermería deben motivar a los pacientes para el cambio, pero no se sienten preparados para esta tarea (29). Una de las barreras descritas es la falta de formación en las habilidades necesarias para facilitar este cambio de comportamiento (18).

En este punto, la Entrevista Motivacional (EM) parece ser una gran oportunidad para las enfermeras para poder vencer muchas de las barreras mencionadas (29). Este tipo de entrevista constituye un método útil y aplicable a muchas áreas de su trabajo (31). Además, es compatible con su práctica habitual (32) y se puede enfocar a los encuentros breves que se producen en Atención Primaria (29), tanto a los programados como a los encuentros no planificados (31).

Las enfermeras de Atención Primaria que trabajan con la EM la consideran una herramienta valiosa de Promoción para la Salud (26,31). Su experiencia con la EM la valoran como positiva y lo definen como un método enriquecedor y útil con el que trabajar (31). Enriquecedor porque consideran estimulante ver a los pacientes más satisfechos y útil porque ayuda a tener un mayor entendimiento hacia sus pacientes al mejorar la comunicación que se establece y contribuye a que el paciente tome mayor conciencia sobre sus problemas respecto a los estilos de vida (31).

10. Conclusiones.

La Entrevista Motivacional (EM) ha demostrado ser una prometedora intervención para fomentar cambios positivos en los comportamientos de salud (3,7,8,20,33). Su propósito fundamental es ayudar a las personas a entender sus problemas en relación a los estilos de vida y poder realizar cambios positivos en su vida cotidiana (31).

Aunque los resultados de los estudios primarios son variados, los resultados de los estudios secundarios (revisiones sistemáticas y metaanálisis) son, por lo general, positivos (8). Muchos de los estudios sobre la EM han demostrado que es significativamente (entre un 10-20%) más efectiva que el no tratamiento y, al menos, tan efectiva como otros métodos en una gran variedad de problemas. En general, los estudios obtienen que más sesiones tienden a producir un mayor cambio en el comportamiento (12). Además, como puede ser utilizada en un tiempo relativamente corto, los profesionales pueden incorporarla en la práctica diaria o en situaciones donde se disponga de escaso tiempo (7).

Por otro lado, su efectividad parece ampliarse cuando se suma a otras intervenciones (14) e incluso puede funcionar mejor como prelude de otros tratamientos (12). Por lo tanto, se muestra como una herramienta prometedora para ser integrada con otros métodos basados en la evidencia para utilizar cuando la ambivalencia y la motivación parecen ser un obstáculo para el cambio (14,16).

La EM está específicamente diseñada para preparar a las personas para el cambio (28), ayudando a construir la motivación, el compromiso y la confianza necesarias (22). Representa una

alternativa frente a la persuasión y al enfrentamiento directo (15,16) ya que proporciona un estilo más respetuoso, amable y más eficaz ya que produce menos resistencia en los pacientes (7).

La EM proporciona una buena relación de trabajo en la cual el paciente se ve como el experto de su propia vida, minimizando así la resistencia y realzando la motivación (12). El éxito de las estrategias de este modelo se basa en la filosofía que los pacientes de forma activa deben encontrar soluciones a los problemas por sí mismos. La tarea del profesional simplemente es ayudar al paciente en la búsqueda de estas soluciones (32). *El paciente es el protagonista y los profesionales sanitarios pueden ser facilitadores de este proceso* (10).

Además de ayudar a promocionar cambios en los comportamientos de salud, la EM contribuye a un mayor sentimiento de satisfacción de los pacientes y los profesionales (3). La aceptabilidad por parte de los pacientes es muy alta (7) ya que se sienten más escuchados y entendidos por los profesionales.

Por otro lado, también es importante resaltar que ningún estudio hasta la fecha ha demostrado daños ni efectos adversos relacionados con la EM (6).

Aunque la EM puede ser utilizada por una gran variedad de profesionales sanitarios para influenciar sobre diferentes comportamientos de salud (7), en particular, supone una herramienta valiosa de Promoción de la Salud para las enfermeras de Atención Primaria (32). Motivar a los pacientes para realizar cambios de comportamientos es una tarea importante para las enfermeras y la EM se presenta prometedora como método para fomentar este cambio (20). La EM, junto a al Modelo Transteórico, puede mejorar su capacidad de motivar a los pacientes para iniciar y mantener estilos de vida más saludables y, en última instancia, mejorar su salud (11). De hecho, aunque los numerosos estudios que existen sobre la EM en Atención Primaria están desarrollados por una gran variedad de profesionales sanitarios, los profesionales de Enfermería constituyen una de las categorías más comunes (21). Además, los propios profesionales que trabajan con la EM la consideran una forma de desarrollo profesional que puede ayudar a clarificar el rol de Enfermería en la Promoción de la Salud (31).

Sin embargo, aunque se considera una intervención efectiva y útil de Promoción de la Salud, se necesitan más investigaciones para un mayor entendimiento del proceso de la EM y sus componentes clave (3,7,8,13) ya que sus mecanismos de acción aún no son bien comprendidos (13,15). También existen limitaciones metodológicas en algunas de los trabajos sobre su aplicación en la Promoción para la Salud que deben ser orientadas en futuras investigaciones antes de ser aplicada con confianza en la práctica (8). Hasta la fecha, la evidencia sugiere que este modelo de intervención tiene un gran potencial y, con una mayor clarificación, puede ser una importante estrategia para el cambio de comportamientos (8). El siguiente paso supondría su desarrollo y difusión, especialmente en Atención Primaria, donde juega un papel importante para la Promoción de la Salud (31).

11. Referencias bibliográficas.

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Glosario. 1998.
- (2) An overview of Motivational Interviewing. Available at: http://www.motivationalinterview.org/quick_links/manuals.html. Accessed Abril, 2012.
- (3) Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004 May;53(2):147-155.
- (4) Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings - Opportunities and limitations. *Am J Prev Med* 2001 JAN 2001;20(1):68-74.
- (5) Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, et al. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *Bmc Family Practice* 2010 SEP 21 2010;11:11.
- (6) Rivera S VM, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de atención primaria? *Aten Primaria* 2008;40(5):257-261.
- (7) Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev* 2009 Jun;29(4):283-293.
- (8) Thompson DR, Chair SY, Chan SW, Astin F, Davidson PM, Ski CF. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? RID C-6320-2009. *J Clin Nurs* 2011 MAY;20(9-10):1236-1244.
- (9) Feinstein RE, Feinstein MS. Psychotherapy for health and lifestyle change. *J Clin Psychol* 2001 NOV 2001;57(11):1263-1275.
- (10) Lizarraga S AM. Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra* 2001;24(Supl. 2):43-53.
- (11) van Nes M, Sawatzky JV. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *J Am Acad Nurse Pract* 2010 DEC 2010;22(12):654-660.
- (12) Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol* 2009 Nov;65(11):1232-1245.
- (13) Hettema J, Steele J, Miller WR. Entrevista motivacional. *RET* 2007; 52(Jun-Dic):3-24.
- (14) Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol* 2009 Sep;64(6):527-537.
- (15) Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la Entrevista Motivacional? *RET* 1996;6:3-7.

- (16) Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. 1ª ed. ed. Barcelona: Paidós; 1999.
- (17) Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen MB, Edwards A, Risor MB. Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: A qualitative study. *Bmc Family Practice* 2008 SEP 12 2008;9:50.
- (18) Shinitzky HE, Kub J. The art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing* 2001 MAY-JUN 2001;18(3):178-185.
- (19) Moyers TB, Rollnick S. A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *J Clin Psychol* 2002 Feb;58(2):185-193.
- (20) Levensky ER, Forcehimes A, O'Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing. *Am J Nurs* 2007 OCT;107(10):50-58.
- (21) Lindhe Söderlund L. Motivational Interviewing in Theory and Practice. Linköping: Division of Community Medicine. Department of Medical and Health Sciences. Linköping University; 2010.
- (22) Sim MG, Wain T, Khong E. Influencing behaviour change in general practice - Part 2 - motivational interviewing approaches. *Aust Fam Physician* 2009 Dec;38(12):986-989.
- (23) Francis N, Rollnick S, McCambridge J, Butler C, Lane C, Hood K. When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction* 2005 AUG 2005;100(8):1175-1182.
- (24) Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *Br Med J* 2005 OCT 22 2005;331(7522):961-963.
- (25) Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001 Dec;96(12):1725-1742.
- (26) Pfister-Minogue KA, Salvesson C. Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling. *Public Health Nursing* 2010 NOV-DEC 2010;27(6):544-551.
- (27) Anstiss T. Motivational interviewing in primary care. *J Clin Psychol Med Settings* 2009 Mar;16(1):87-93.
- (28) Beckham N. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *J Am Acad Nurse Pract* 2007 Feb;19(2):103-110.
- (29) Jansink R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract* 2010 May 25; 11:41.
- (30) Lane C, Huws-Thomas M, Hood K, Rollnick S, Edwards K, Robling M. Measuring adaptations of motivational interviewing: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient Educ Couns* 2005 FEB 2005; 56(2):166-173.

(31) Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. J Clin Nurs 2011 DEC; 20(23-24):3322-3330.

(32) Perry CK, Bennett JA. Heart disease prevention in women: promoting exercise. J Am Acad Nurse Pract 2006 Dec; 18(12):568-573.

(33) Heinrich E, Candel MJJM, Schaper NC, de Vries NK. Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care. Diabetes Res Clin Pract 2010 DEC 2010;90(3):270-278.

12. Anexos.

Anexo 1 .Bases de datos en castellano.

Bases de datos	CUIDEN PLUS	DIALNET	PSYCODOC
EM	9	24	25
EM and APS	1	3	0
EM and APS and dieta	0	0	0
EM and APS and ejercicio	0	0	0
EM and APS and tabaco	0	0	0
EM and APS and alcohol	1	1	0
EM and APS and PS	0	0	0
EM and APS and cambio de hábitos	0	0	0
EM and APS and estilos de vida	0	0	0
Límites: desde el año 2000			
Total artículos	11	28	25

Atención Primaria de Salud (APS)
Promoción de la Salud (PS)

Anexo 2 .Bases de datos en inglés.

Bases de datos	WEB OF KNOWLEDGE
MI and PC and HP	39
MI and PC and diet	27
MI and PC and physical activity	52
MI and PC and alcohol	68
MI and PC and smoking	49
MI and PC and change behavior	92
MI and PC and lifestyle	43
+ not pregnancy	
+ not children	
+ not adolescent	
Limits: from 2000	
Total artículos	370

Motivational Interviewing (MI)
 Primary Care (PC)
 Health Promotion (HP)

Anexo 3.Búsqueda en PUBMED.

Base de datos	PUBMED
Motivation and interviews as topic and HP	30
Motivation and interviews as topic and health behavior	33
Motivation and interviews as topic and Life style	20
Motivation and interviews as topic and diet	1
Motivation and interviews as topic and smoking	11
Motivation and interviews as topic and exercise	31
Motivation and interviews as topic and alcohol drinking	11
Motivation and interviews as topic and PHC	5
Motivation and interviews as topic and PHC and HP	0
Motivation and interviews as topic and PHC and Life Style	0
Motivation and interviews as topic and PHC and health behavior	0
Motivation and interviews as topic and PHC and diet	0
Motivation and interviews as topic and PHC and smoking	0
Motivation and interviews as topic and PHC and exercise	0
Motivation and interviews as topic and PHC and alcohol drinking	0
Limits : from 2000	
All adults	
Total	142

Motivation: mayor topic
Interviews as topic: mayor topic
Primary Health Care (PHC) : mayor topic
Health Promotion (HP) : mayor topic
Life Style : mayor topic
Health behavior : mayor topic
Diet : education / psychology / therapy
Smoking: prevention and control / psychology / therapy
Exercise: mayor topic
Alcohol drinking : prevention and control / psychology / therapy

