

*La entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativa para reforzar la propia motivación y el compromiso de una persona con el cambio.*

Miller y Rollnick, 2013



Este amplio recurso ha sido desarrollado por un comité directivo compuesto por expertos internacionales en fibrosis quística (FQ) para cubrir las técnicas de entrevista motivacional (EM), que pueden formar un marco eficaz para mejorar la receptividad de los pacientes al cambio conductual. El recurso explora los problemas con la adherencia en la FQ, así como los principios y estrategias de la EM. Tiene como objetivo equiparle con conocimientos y habilidades para mejorar su práctica individual de EM y le proporciona los antecedentes relevantes para los temas tratados en los cinco módulos de la EM. Estos módulos se pueden descargar desde [aquí](#).

- La carga y los desafíos del tratamiento de la fibrosis quística (FQ)
- Consecuencias de una adherencia subóptima en la FQ



## La carga y los desafíos del tratamiento de la fibrosis quística (FQ)

Desarrollos importantes en los tratamientos de la FQ y las estrategias de tratamiento han conducido a una mejora notable en la salud de las personas con FQ. Es ampliamente reconocido que la supervivencia está mejorando (Burgel y cols., 2015), algo atribuible, al menos en parte, al tratamiento temprano e intensivo, así como a los avances terapéuticos (Lopes-Pacheco, 2020).

Sin embargo, el uso de múltiples medicamentos y tratamientos puede ser complejo, exigente y lento para pacientes de todas las edades y sus familiares (Sawicki y Tiddens, 2012; Sawicki y cols., 2013). Los miembros del equipo multidisciplinar (EMD) de FQ a menudo tienen relaciones largas (y ocasionalmente intensas) con los pacientes y sus familias. El equipo necesita proporcionar atención que sea tanto holística como centrada en el paciente/familiar, con el objetivo de ayudar a las personas con FQ a lograr un equilibrio entre el tratamiento óptimo y la calidad de vida (Duff y Oxley, 2014).

Aunque tanto los equipos de FQ como los pacientes adoptan de forma voluntaria esta filosofía de atención, la realidad es que los regímenes de tratamiento complejos suponen una carga cada vez mayor de atención para los pacientes y sus familias. Esto puede dar lugar a la falta de adherencia (Bregnballe y cols., 2011; Sawicki y Tiddens, 2012) y a bajos niveles de competencia con la administración del tratamiento, los cuales pueden ser perjudiciales para los resultados de salud (Sawicki y Tiddens, 2012).

“Adherencia” es un término preferido para describir cómo los comportamientos de los pacientes relacionados con la salud coinciden con las recomendaciones acordadas hechas por los miembros del equipo de FQ (siendo otros “concordancia” y “niveles de comportamiento de cuidado personal”) (Duff y Latchford, 2010). Una buena adherencia es difícil de definir, pero, casi universalmente, una adherencia óptima implica usar el tratamiento correcto, de la manera correcta, en el momento adecuado. Se sabe que la adherencia terapéutica varía de acuerdo con la complejidad del régimen de tratamiento y la forma en que se mide la adherencia terapéutica (White y cols., 2017; Lopes-Pacheco, 2020).

- La carga y los desafíos del tratamiento de la fibrosis quística (FQ)
- Consecuencias de una adherencia subóptima en la FQ



## Consecuencias de una adherencia subóptima en la FQ

La adherencia óptima está estrechamente asociada a mejores resultados y a un menor riesgo de hospitalización (Eakin y cols., 2013; Mikesell y cols., 2017; Quittner y cols., 2014). Se ha determinado que la adherencia subóptima es la causa más importante de fracaso terapéutico (Thee y cols., 2021), lo que provoca malos resultados sanitarios (Eakin y cols., 2011). Está explícitamente relacionada con el fracaso terapéutico, una menor calidad de vida, una reducción de la función pulmonar inicial y una mayor morbilidad; también es predictiva de los requisitos de antibióticos intravenosos (Briesacher y cols., 2011; Duff y Latchford, 2010; Eakin y cols., 2011; Eakin y cols., 2013; Quittner y cols., 2008; Mikesell y cols., 2017). La mejora de la adherencia también es uno de los retos psicosociales más importantes en la atención de la FQ hoy en día (Muther y cols., 2018).

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



## Factores asociados a la adherencia

Los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en la FQ son amplios y pueden variar mucho de un paciente a otro. Para comprender mejor estos factores, hemos desarrollado el diagrama de flujo de gestión de la adherencia de CF CARE utilizando la última investigación sobre adherencia de la FQ para proporcionar una visión general exhaustiva de los impulsores de la falta de adherencia y las estrategias para abordarlos.

En las siguientes secciones, se revisarán brevemente los dominios principales y las categorías clave que se identificaron. En la figura siguiente se puede ver una descripción general del diagrama de flujo, que divide los posibles factores bajo los siguientes cinco dominios principales:

- Factores relacionados con el paciente
- Factores relacionados con la enfermedad
- Factores relacionados con el tratamiento
- Factores relacionados con el sistema sanitario
- Factores socioeconómicos

Se puede acceder al diagrama de flujo interactivo completo [aquí](#), que incluye más estudios y referencias de apoyo, así como ejemplos adicionales y posibles intervenciones. El diagrama de flujo está pensado para apoyarle en la creación de planes de atención personalizados para abordar la no adherencia, con el objetivo de mejorar los resultados en la FQ.

Hay muchos aspectos que pueden afectar a la adherencia a los tratamientos y las intervenciones en la FQ



- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



Relacionados con el paciente

### Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente que afectan a la adherencia son muy variados e incluyen factores intrínsecos para cada paciente individual. Se sabe que el conocimiento, las habilidades y las aptitudes del paciente afectan a la adherencia y pueden incluir su conocimiento del tratamiento (Pakhale y cols., 2016), el conocimiento de la enfermedad (Ohn y cols., 2018), la capacidad para administrar el tratamiento (Zanni y cols., 2014) y el nivel educativo (Flores y cols., 2013). La actitud y la organización personal del paciente también desempeñan un papel en la adherencia por medio de sus sentimientos hacia el tratamiento (Arden y cols., 2019) y las creencias (Happ y cols., 2013; Keyte y cols., 2019), así como las habilidades de gestión del tiempo (Ohn y cols., 2018) y las habilidades de priorización (Nicolais y cols., 2019). La salud mental del paciente también puede afectar a la adherencia terapéutica por medio de la depresión y la ansiedad (Quittner y cols., 2016).

También hay factores relacionados con el entorno inmediato del paciente, como el papel de la familia/cuidadores y el entorno social. El apoyo y la organización de familiares/cuidadores pueden ayudar a la adherencia por parte de los pacientes u obstaculizarla (Prieur y cols., 2021). Además, la vida social y las presiones sociales (Arden y cols., 2019; Hogan y cols., 2015; Oddleifson y Sawicki, 2017), así como la disponibilidad de sistemas de apoyo no familiares (Helms et al., 2015), también pueden contribuir a la adherencia.



Relacionados con la enfermedad

### Factores relacionados con la enfermedad

La gravedad y la progresión de la enfermedad, así como la presencia de comorbilidades, pueden afectar a la adherencia y al funcionamiento, incluidas exacerbaciones pulmonares recientes u hospitalizaciones (Mikesell y cols., 2017; Quittner, 2014; Eakin y cols., 2013), la relación del paciente con la progresión de su enfermedad (Lomas, 2014; Dziuhban y cols., 2010), además de las comorbilidades físicas (Ronan y cols., 2017) y las comorbilidades de salud mental (Cohen-Cymerberknoh y cols., 2018).



Relacionados con el tratamiento

### Factores relacionados con el tratamiento

También hay una multitud de factores que pueden afectar a la adherencia en relación con los tratamientos e intervenciones que están recibiendo los pacientes con FQ. Estos incluyen el beneficio y la complejidad percibidos del tratamiento, así como la frecuencia y la duración de estos (Sawicki y cols., 2015). Por ejemplo, los pacientes también pueden experimentar cansancio, fatiga o agotamiento como consecuencia de tratarse todos los días (Eaton y cols., 2020). Además, los tratamientos pueden causar estrés e inconvenientes en la vida diaria (Sawicki y cols., 2015). Además, las reacciones adversas y la polimedición también son obstáculos para la adherencia (Narayanan y cols., 2017).

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



Relacionados con el sistema sanitario

### Factores relacionados con el sistema sanitario

Hay muchas formas en las que el sistema sanitario y los miembros del equipo de FQ interactúan con los pacientes para respaldar la adherencia tanto a diario como en puntos clave de transición. Los conocimientos, la concienciación y las habilidades de comunicación del equipo son fundamentales para el funcionamiento de los equipos de FQ y su apoyo a la adherencia (Duff y Latchford, 2010). En términos más generales, la organización del sistema sanitario en términos de apoyo al equipo multidisciplinar (Zobell y cols., 2017), así como los protocolos y evaluaciones de la adherencia (Riekert y cols., 2015; Santuzzi y cols., 2020), afectarán a la adherencia de los pacientes. Además, aunque las herramientas de monitorización digital pueden respaldar la adherencia al tratamiento (Calthorpe y cols., Thorax. 2020), la adherencia por parte de un paciente a estas herramientas también será variable en función de otros aspectos, como la preferencia del paciente (Calthorpe y cols., BMJ Open Respir Res 2020), que también debe tenerse en cuenta.

Hay muchas formas en las que el sistema sanitario y los miembros del equipo de FQ interactúan con los pacientes para respaldar la adherencia tanto a diario como en puntos clave de transición. Los conocimientos, la concienciación y las habilidades de comunicación del equipo son fundamentales para el funcionamiento de los equipos de FQ y su apoyo a la adherencia (Duff y Latchford, 2010). En términos más generales, la organización del sistema sanitario en términos de apoyo al equipo multidisciplinar (Zobell y cols., 2017), así como los protocolos y evaluaciones de la adherencia (Riekert y cols., 2015; Santuzzi y cols., 2020), afectarán a la adherencia de los pacientes. Además, aunque las herramientas de monitorización digital pueden respaldar la adherencia al tratamiento (Calthorpe y cols., Thorax. 2020), la adherencia por parte de un paciente a estas herramientas también será variable en función de otros aspectos, como la preferencia del paciente (Calthorpe y cols., BMJ Open Respir Res 2020), que también debe tenerse en cuenta.

La forma en que los pacientes interactúan con el sistema sanitario también cambiará a medida que envejecen (Ohn y cols., 2018) y a medida que cambien sus circunstancias individuales en relación con la facilidad de acceso a los servicios, por ejemplo, la distancia a los servicios ambulatorios si se desplazan por trabajo, educación u otros motivos (Abraham y cols., 2018). Todos estos factores pueden tener un impacto en la adherencia del paciente y su monitorización.



Relacionados con la socioeconomía

### Factores socioeconómicos

Por último, hay recursos sociales y económicos a los que los pacientes pueden tener acceso que pueden respaldar la adherencia. Los recursos sociales incluyen el nivel educativo (Flores y cols., 2013) y aspectos del entorno familiar que apoyan la adherencia (Everhart y cols., 2014). Los recursos económicos incluyen ingresos del hogar (Oates y cols., 2015) y cobertura de seguro de los medicamentos con receta (Li y cols., 2018). Estos factores también pueden adaptarse a aspectos de los cuatro dominios anteriores.

En conjunto, estos dominios centrales muestran la red compleja y solapada de factores que pueden provocar una adherencia subóptima en los pacientes con FQ. Si está interesado en obtener más información sobre estos factores e intervenciones específicas, consulte el diagrama de flujo de gestión de la adherencia de CF CARE [aquí](#).

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



## Medida de la adherencia

La medición precisa de la adherencia es muy importante, ya que los datos servirán de base y respaldarán cualquier intervención con los pacientes. Las técnicas de medición variables y poco fiables (p. ej., autoinforme, recuento de envases y recogida de recetas) son factores importantes que explican la incoherencia en las tasas de adherencia notificadas. Incluso en los casos en que la comprensión por parte del paciente tanto de la enfermedad como del plan de tratamiento sea satisfactoria, la medición precisa de las tasas de adherencia (expresadas como porcentaje de la prescripción) es metodológicamente compleja.

Por lo tanto, para los equipos de FQ que estén preocupados por la adherencia de sus pacientes es vital seguir las directrices de prácticas recomendadas actuales. Estas implican (i) medir la enfermedad y el conocimiento del tratamiento, la comprensión de la enfermedad y el plan de tratamiento y los factores que bloquean la adherencia tanto a nivel individual como familiar, (ii) establecer planes de tratamiento integrales con copias escritas para pacientes y padres, y (iii) triangulación de datos mediante el uso de al menos dos modalidades de evaluación (p. ej., el uso de un diario y monitorización electrónica) y, a continuación, exploración de la concurrencia entre dos o más resultados, con la prioridad de los datos electrónicos (Quittner y cols., 2008; NICE, 2009).

También es útil que los equipos de FQ dispongan de herramientas útiles para consultar a los pacientes sobre cómo *sienten* que les va con sus tratamientos. Simplemente podría preguntar, pero el uso de herramientas breves podría ser más útil. Hemos desarrollado una herramienta llamada Escala Breve de Valoración de la Adherencia (Brief Adherence Rating Scale), que utiliza tres escalas visuales analógicas que cubren lo bien que los pacientes sienten que les está yendo con sus tratamientos en general, lo fácil que les resulta el tratamiento y si creen que necesitan cambiar lo que están haciendo. Esta herramienta está pensada para incitar al debate en lugar de como una medida fiable, pero puede resultarle útil iniciar una conversación o hacer un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

La Escala Breve de Valoración de la Adherencia, junto con otras herramientas útiles, se puede encontrar en el kit de herramientas de adherencia adjunto [aquí](#) en el sitio web de CF CARE.

Para facilitar más las conversaciones con sus pacientes, también hemos desarrollado una herramienta llamada Escala Visual Analógica de Adherencia y No Adherencia (Visual Analogue Scale for Adherence and Non-Adherence, VASANA). Esta herramienta se puede utilizar para hacer un seguimiento de cómo están tomando medicamentos específicos los pacientes y puede ayudar a centrar las conversaciones en los medicamentos con los que tienen problemas los pacientes. La herramienta VASANA se puede encontrar [aquí](#) en el sitio web de CF CARE.

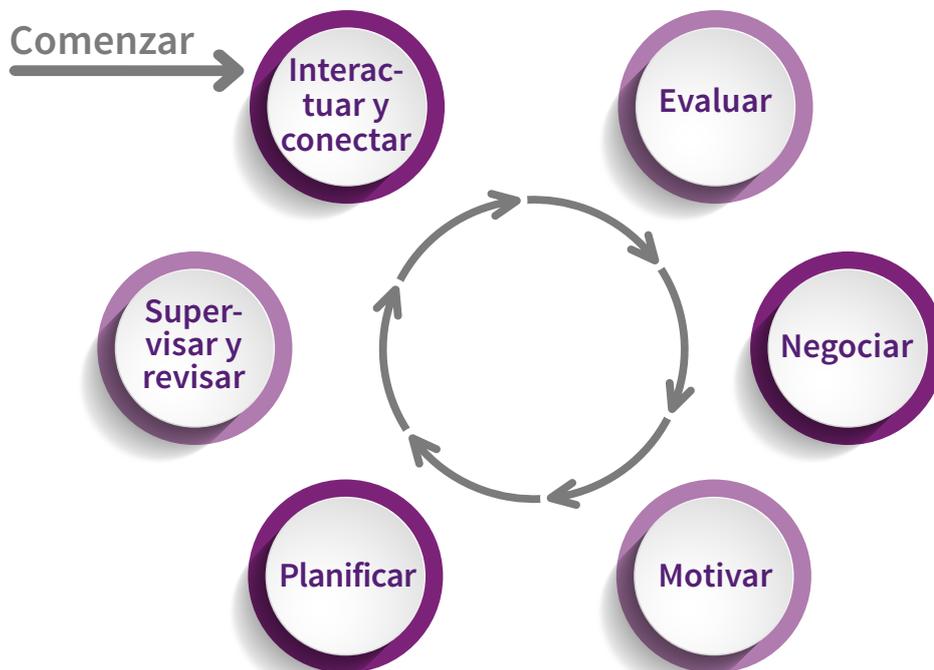
- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



## Intervenciones

El trabajo realizado con los pacientes para aumentar la adherencia consiste en seis etapas clave, que se describen en las páginas siguientes. Estas etapas deben tener lugar en el contexto de las visitas rutinarias a la clínica y a la planta, en lugar de en consultas independientes.

Las seis etapas clave implicadas en el proceso de ayudar a los pacientes a aumentar la adherencia



### Interactuar y conectar: establecer una relación de colaboración con el paciente

Las intervenciones comienzan con el debate. Sin embargo, para que un equipo de FQ debata temas potencialmente delicados de forma efectiva con un paciente, debe haber una interacción y una conexión entre ambos. En el Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) de Inglaterra, por ejemplo, la queja más frecuente proporcionada por escrito en 2020 se refería a la comunicación (NHS Digital, 2021).

En la atención de la FQ, la importancia de optimizar la comunicación entre los médicos y las personas y las familias que viven con FQ es bien conocida, especialmente con respecto a la atención diaria, la adherencia y las preocupaciones psicosociales. En un estudio publicado en 2020, los médicos de FQ destacaron la necesidad de recursos y formación para involucrar mejor a sus pacientes en áreas de alta prioridad, como los desafíos sociales, psicológicos y económicos, la preparación para la transición a la edad adulta y el mantenimiento de la atención diaria. Además, se sugirió que las habilidades de comunicación avanzadas que fomentan la creación de confianza eran muy valiosas (Cooley y cols., 2020).

La base de una buena comunicación es escuchar. Escuchar y comprender ayuda a dar forma a las consultas para obtener la máxima información clínica de los pacientes. Es vital darse cuenta de que escuchar bien no es un proceso pasivo; implica más que sentarse en silencio. La escucha activa hace que los pacientes se involucren activamente en su atención sanitaria y que haya una colaboración real entre ellos y su profesional sanitario. También conduce a un diálogo más honesto y, en última instancia, más útil. La escucha activa se logra escuchando lo siguiente:

- Al contenido del mensaje
- Sin interrumpir
- A los sentimientos del interlocutor
- Sin juzgar

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



A su vez, una respuesta óptima se compone de "OARS" (Miller y Rollnick, 1991):

**Preguntas abiertas (Open-ended questions):** Estas preguntas no se pueden responder con una sola palabra o frase. Por ejemplo, en lugar de preguntar: "¿Le gusta beber?", un médico podría preguntar: "¿Qué opina acerca de la bebida?"

**Afirmaciones (Affirmations):** Un médico puede apoyar y comentar los puntos fuertes, la motivación, las intenciones y el progreso de un paciente. Mantener la moral alta es muy importante, especialmente si desea que den un paso difícil, como controlar el tratamiento, donde la confianza va a ser un factor importante.

**Escucha reflexiva (Reflective listening):** Un médico puede demostrar que ha oído y entendido al paciente reflejando lo que el paciente ha expresado. Hay diferentes formas de hacerlo, desde la manera más simple (repetiendo lo que se ha dicho, tal vez cambiando algunas palabras) hasta la más compleja (explicar el significado de lo que se ha dicho, o al menos el que usted cree que es).

**Resúmenes (Summaries):** Resumir lo que se ha comentado puede ser realmente útil. Proporciona una pausa agradable en la conversación antes de que tome una deriva diferente. Reunir diferentes aspectos también puede ser una forma muy potente de enfatizar: por ejemplo, las diferentes formas en que alguien puede haber expresado sus preocupaciones.

En una relación realmente colaborativa, los equipos de FQ pueden mantener una conversación abierta y honesta con los pacientes. En el camino, se proporciona información y educación, y el paciente está capacitado para tomar decisiones que le afectan con apoyo. En dichas interacciones, los pacientes sienten que tienen cierto control sobre su régimen de tratamiento. Están informados y conocen bien la FQ y su atención, y pueden negociar con su equipo desde una perspectiva informada.

La colaboración es la clave del éxito. Sin ella, los pacientes no confiarán al equipo la verdad sobre cómo están afrontando y cómo les va realmente con su adherencia al tratamiento. También es menos probable que crean y sigan los consejos. La importancia de establecer una comunicación significativa con los pacientes a través de la escucha reflexiva, así como una consideración en profundidad de los OARS, se puede encontrar [aquí](#).

## Evaluar

Una buena evaluación no solo se centra en el comportamiento de adherencia actual, aunque esto sea importante. La evaluación debe incluir todos los factores que pueden influir en el comportamiento de adherencia. En general, una evaluación completa debe:

- Establecer el comportamiento actual
- Establecer conocimientos actuales
- Explorar las creencias actuales
- Explorar los recursos
- Explorar el papel de la familia/amigos/ pareja del paciente
- Explorar barreras/facilitadores
- Explorar en detalle cualquier situación problemática

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



## Negociar

Como se ha comentado en las secciones anteriores, es importante considerar cómo se puede utilizar mejor la relación terapéutica para mejorar la adherencia. Los principios de una verdadera colaboración dan lugar a:

- Conversaciones abiertas y honestas
- Escuchar y comprender a un paciente que participa activamente
- Conseguir trasladar mensajes clave

Es dentro del contexto de la relación realmente colaborativa donde el debate y la negociación sobre planes de tratamiento pueden tener lugar de forma efectiva.

Aunque los equipos de FQ tienen responsabilidad clínica y no pueden aprobar abiertamente apoyar un régimen reducido/modificado, esta posición debe equilibrarse con una evaluación realista de lo que un paciente hará realmente cuando reciba el alta hospitalaria o abandone la clínica.

En muchos casos, será necesario compartir el dilema con el paciente. La conversación podría comenzar empleando el siguiente enfoque:

*“Como parte de su equipo de FQ, tengo la responsabilidad de proporcionarle la mejor atención posible y aconsejarle sobre un plan de tratamiento para lograrlo. Sin embargo, lo que le oigo decir es que ceñirse a este plan le resulta tan duro ahora mismo que no es viable. ¿Entonces, ahora qué?”*

### Se deben tener en cuenta tres preguntas al negociar

¿Con quién debemos negociar?	Pacientes, padres, cuidadores, parejas, hermanos
¿Qué necesitamos negociar?	Solo aquellos aspectos del tratamiento a los que el paciente no puede adherirse de forma óptima
¿Cuándo necesitamos negociar?	<p>Cuando esté seguro de que el paciente tiene un buen conocimiento y comprensión del tratamiento en cuestión</p> <p>Cuando los intentos tradicionales de apoyar al paciente en la adherencia al tratamiento hayan fracasado</p>

## Motivar

La idea del cambio está en el aire, pero la decisión, por supuesto, recae en el paciente. Sabemos, sin embargo, que permanecer igual es siempre la opción más fácil para las personas, especialmente cuando el cambio que están contemplando es difícil y significa enfrentarse a algunos pensamientos aterradores o preocupantes sobre su enfermedad.

Sabemos que ayudar a los pacientes a resolver las cosas por sí mismos siempre es mejor que el hecho de que el equipo de FQ haga sugerencias. ¿Cómo debería intentar un miembro del equipo de FQ abordar el sesgo hacia el mantenimiento del *statu quo*? El equipo de FQ puede abordar este problema ayudando a los pacientes a explorar todos sus pensamientos y sentimientos sobre la elección de si cambiar o no. En última instancia, esto implicará una confrontación entre creencias incompatibles o incoherentes. La teoría de la “disonancia cognitiva” es un concepto útil para comprender este proceso. La disonancia cognitiva fue propuesta por Leon Festinger (Festinger, 1957) para describir una situación en la que existen dos creencias incompatibles y en la que no pueden ser ciertas las dos. La disonancia entre creencias, como cuando hay algo que alguien siente que debería hacer, pero no lo hace (p. ej., dejar de fumar), hace que las personas se sientan incómodas y genera un impulso al cambio, si se gestiona de la manera correcta.

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



Las habilidades de escucha activa deben utilizarse para identificar discrepancias entre los pensamientos y los comportamientos de los pacientes (esto se denomina a menudo "discrepancias en desarrollo"). Esto permite evaluar en qué medida los pacientes creen que es importante cambiar (es decir, aumentar su adherencia) y lo seguros que están de lograrlo. En realidad, los pacientes ya suelen ser conscientes de la mayoría de las discrepancias, pero las personas tienden a no pensar en las cosas que no están haciendo (pero deberían estarlo) que les hacen sentirse culpables o incómodas.

El desarrollo de discrepancias entre los objetivos o valores de los pacientes y su comportamiento actual se analiza con más detalle [aquí](#).

## Planificar

Cuando una persona ha decidido cambiar, tener un plan puede marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso. El primer paso durante la etapa de planificación consiste en establecer objetivos. Es tentador establecer objetivos vagos, p. ej., "tomar todos mis medicamentos" o "simplemente mejorar". Sin embargo, a menos que los objetivos estén claros, el cambio puede resultar problemático y el éxito casi sin duda será imposible de evaluar. La mejor forma de establecer objetivos es convertirlos en "SMART":

- **S**pecific (Específicos)
- **M**easurable (Medibles)
- **A**ttainable (Alcanzables)
- **R**elevant (Relevantes)
- **T**ime-bound (Limitados en el tiempo)

Hacerlos SMART permite definir objetivos sin ambigüedades, medirlos con un nivel aceptable de certeza y que sean realistas, pertinentes a los objetivos del paciente y alcanzables dentro de un plazo razonable. Cabe destacar que normalmente es mejor empezar con pasos pequeños y preliminares para aumentar la confianza del paciente.

Una vez acordados los objetivos, se puede hacer un plan de cambio. Escribir un plan de cambio compromete al paciente a cambiar y le recuerda sus motivos para querer cambiar. Ayuda a los pacientes a centrarse en lo que realmente harán, así como a considerar qué cosas pueden hacer que el cambio sea más fácil (o más difícil). Por lo general, es más probable que las personas hagan algo si lo escriben, lo que hace que el compromiso sea algo más formal.

**Hemos desarrollado una herramienta de plan de tratamiento individual, que puede ayudar a los pacientes a asumir el control de su tratamiento y superar las barreras para la adherencia. Este documento de plantilla se puede encontrar [aquí](#) en el sitio web de CF CARE.**

La clave para un cambio satisfactorio es la planificación. Aunque para la mayoría de las personas es tentador sentirse impacientes por el cambio, es probable que lanzarse al cambio sin preparación las aboque al fracaso. Al mismo tiempo, el segundo motivo más frecuente para el fracaso es ni tan siquiera comenzar. Incluso cuando se ha tomado una decisión, es fácil posponer el inicio de un plan.

Siempre que alguien empiece a cambiar, es muy probable que encuentre obstáculos en el camino. Estos obstáculos pueden retrasar o detener el proceso de cambio, o impedir que empiece por completo. Una estrategia útil para ayudar a los pacientes a superar los obstáculos es adoptar planes de intención de implementación. La investigación ha demostrado que el uso de esta sencilla técnica puede producir un efecto de medio a grande sobre las tasas de consecución de objetivos (Gollwitzer y Sheeran, 2006; Gollwitzer y Sheeran, 2008; Gollwitzer, 2014).

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



Los planes de intención de implementación ayudan a los pacientes a preparar un plan de acción para cualquier obstáculo al cambio. Dedicar tiempo a prever cuáles podrían ser es útil en sí mismo, pero esta técnica también implica generar posibles soluciones. Y, lo que es más importante, la barrera y la solución se anotan antes de intentar el cambio, lo que significa que la solución se ensaya bien antes de encontrar el problema. Los obstáculos y las soluciones deben anotarse en un formato que no deje lugar a dudas sobre lo que sucederá:

“Si sucede \_\_\_\_\_, entonces haré \_\_\_\_\_”.

Durante el proceso de planificación, la experiencia y el conocimiento del médico resultarán muy útiles para el paciente. Es importante que el miembro del equipo de FQ recuerde no entrar en “modo experto” diciéndole a los pacientes qué hacer. En su lugar, se debe preguntar a los pacientes si les resultaría útil saber lo que otros pacientes han encontrado útil. “Guiar” es una descripción muy adecuada de este proceso: asesorar, escuchar y adaptarse a las necesidades del paciente.

El objetivo de cualquier cambio de comportamiento es hacer que sea rutinario para que el comportamiento se vuelva automático (habitual). En los primeros días, el comportamiento objetivo podría añadirse deliberadamente a una rutina ya establecida para que se asimilara en una actividad o rutina diaria. Como alternativa, un estímulo/señal podría servir como recordatorio para el paciente. Algunos ejemplos de indicaciones/señales son:

- **Alarmas del teléfono móvil, pegatinas, colocación de medicamentos en un lugar donde estarán visibles**
- **Conducta incorporada a una rutina existente o a una secuencia conductual habitual y utilizada como señal (p. ej., cepillado de dientes)**
- **Uso de amigos/familiares/parejas (identificado por el paciente) como fuente de recordatorio y apoyo**

Otra técnica útil es animar al paciente a visualizar posibles problemas e imaginar tratarlos con éxito utilizando las respuestas planificadas previamente que se han acordado juntos. El proceso de visualización hace que sea mucho más probable que el paciente lo haga mejor en la vida real.

Es importante recordar el papel crucial que desempeñan las creencias del paciente, como se ha comentado anteriormente. Puede ser que estas creencias se mencionen durante la etapa de planificación, por lo que es mejor estar preparado para comentarlas con el paciente.

El consejo final es utilizar el refuerzo. Es un mito común que la forma más poderosa de cambiar el comportamiento sea amenazar con un castigo. De hecho, el refuerzo positivo es un incentivo mucho más fuerte y puede utilizarse de forma efectiva para ayudar a un cambio en el plan del paciente. Es aconsejable que un miembro del equipo de FQ dedique tiempo a establecer lo que los pacientes podrían hacer para recompensarse a sí mismos si logran cambiar, de forma que quede muy claro qué es y cuándo se puede otorgar. Registrarlo también es muy útil. Es importante que se acepten las recompensas, ya que se asocia el comportamiento a la recompensa. Los refuerzos más eficaces son psicológicos porque dan al paciente la sensación de tener el control y hacer lo correcto, y lo hace sentirse orgulloso y seguro. Por otro lado, la mayoría de nosotros también respondemos a refuerzos más materiales (¡ya sea ir de compras o algo de chocolate!).

- Factores asociados a la adherencia
- Medida de la adherencia
- Intervenciones



## Supervisar y revisar

La etapa final es controlar lo que sucede después de que un paciente inicie el cambio. Es importante asignar tiempo para revisar el progreso, reflexionar sobre los éxitos y revisar el plan si no funciona. Por encima de todo, es importante mantener la moral alta y centrarse en el cambio. El cambio no es fácil y a menudo requiere varios intentos diferentes para tener éxito.

Cuando las personas logran un cambio, a veces se olvidan de otorgarse reconocimiento a sí mismas. A veces responden con comentarios como “no es nada especial, de todas formas, debería haberlo hecho hace años”. Esto podría deberse a que se sienten culpables por haber necesitado apoyo para cambiar. En estas situaciones es importante normalizar el proceso: recordar a los pacientes que a muchas personas les resulta muy difícil hacer el cambio y señalar lo bien que lo han hecho los pacientes. Si un miembro del equipo de FQ había planificado una recompensa, debe asegurarse de que el paciente ha seguido hasta el final con ella.

La mejor manera de asegurarse de que alguien sigue haciendo cambios es ayudarlo a ver por sí mismo que los cambios que ha hecho son positivos.

Las intervenciones adicionales dirigidas a factores específicos que están causando una adherencia subóptima se detallan en el diagrama de flujo de gestión de la adherencia de CF CARE que se encuentra [aquí](#) en el sitio web de CF CARE.

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



## Antecedentes de la EM

La EM es una intervención diseñada para situaciones en las que un paciente necesita un cambio de comportamiento, pero no está seguro de ello, a veces hasta el punto de mostrarse hostil ante la idea. Se basa en la idea de que el primer paso en cualquier consulta es iniciar una conversación. Luego utiliza estrategias específicas para dirigir esta conversación hacia el cambio.

Los antecedentes de la EM se encuentran en el tratamiento de personas con problemas de alcohol. El enfoque tradicional había sido enfrentar a la persona con las consecuencias de su problema con la bebida, la creencia de que, a menos que admitieran que tenían un problema, nunca mejorarían.

Sin embargo, cuando hicieron esto, las personas a las que se estaba enfrentando se rebelaron de forma sorprendente al negar que tenían un problema. Muchos respondieron no escuchando y expusieron motivos por los que su orientador estaba equivocado ("No bebo más que la persona de aquí al lado..."). Para quienes ofrecían orientación resultó tentador culpar entonces al paciente, viéndolo como "carente de fuerza de voluntad" y "sin motivación".

El primer artículo sobre la EM, escrito por el psicólogo Bill Miller en Nuevo México (1983), abordó este tema basándose en su propia práctica clínica. En contraste con el punto de vista predominante, sugirió que, en lugar de ver la negación como una fuerza de voluntad deficiente o falta de motivación para resolver el problema, podría resultar más útil ver este resultado como un producto de la situación en la sesión de orientación, es decir, la confrontación genera resistencia y negación.

Bill Miller sugirió varias formas en las que un orientador podría intentar evitar una confrontación, y esto sentó las bases de la EM (Miller, 1983). La EM se desarrolló posteriormente en colaboración con el psicólogo Stephen Rollnick, un psicólogo clínico originario de Sudáfrica, pero que entonces trabajaba con las adicciones en el Reino Unido. Stephen Rollnick vio la relevancia de este enfoque para los entornos de la salud física, especialmente el cambio en el estilo de vida y la adherencia posterior. Bill Miller y Stephen Rollnick colaboraron en el primer libro sobre EM y muchas publicaciones después de esa (p. ej., Miller y Rollnick, 1991; Rollnick y Miller, 1995; Rollnick y cols., 2007; Arkowitz y cols. 2017).

***Un estilo de orientación directivo y centrado en el paciente para obtener un cambio de comportamiento ayudando a los pacientes a explorar y resolver la ambivalencia. Rollnick y Miller, 1995***

A veces parece extraño ver la EM descrita tanto como directiva como centrada en las personas, ya que los enfoques centrados en las personas tradicionalmente no han sido directivos. Sin embargo, es una buena descripción, ya que el objetivo de la intervención es animar al paciente a cambiar su comportamiento.

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



## Teoría de la EM

### Principios principales de la EM

Aunque la EM tiene sus raíces en la práctica clínica, ahora está claro que los principales principios que subyacen a la EM tienen una historia muy larga. Se pueden resumir en seis principios generales:

#### Principio 1: No se debe decir a las personas qué hacer

Incluso si un miembro del equipo de FQ proporciona la orientación adecuada, la mayoría de las personas generalmente no cumplen como resultado de que simplemente se les diga qué hacer. Si las personas sienten que no tienen elección, sienten una necesidad real de hacer lo que se les ha dicho que no hagan, para demostrar que aún tienen libre albedrío. Este fenómeno se describe mediante la "teoría de la reactancia" desarrollada por Jack Brehm en 1966.

#### Principio 2: Escuchar

Si un miembro del equipo de FQ no puede escuchar e involucrar a los pacientes en la conversación, es poco probable que cambien. Esta parte de la EM tiene sus raíces en la orientación centrada en el paciente, propuesta por Carl Rogers, que argumentó que el cambio puede facilitarse proporcionando a las personas terapeutas que adoptan un estilo no directivo, que son empáticos, genuinos en sus intentos de comprender, calurosos en sus respuestas, pero que escuchan principalmente (Rogers, 1975).

#### Principio 3: El paciente debe decirle al miembro del equipo de FQ que debe cambiar

Lo mejor que puede suceder es que los pacientes le digan a un miembro del equipo de FQ los motivos por los que debería cambiar. Si los pacientes lo dicen ellos mismos sin que el miembro del equipo de FQ lo diga primero, es mucho más potente. Además, las razones también tienden a ser más poderosas: si las personas hacen algo porque creen que está bien, es más probable que sigan adelante que si lo hicieran para complacer a otra persona.

#### Principio 4: Disonancia cognitiva

Como se comentó en la sección "intervenciones" (que se encuentra [aquí](#)), Leon Festinger (1957) propuso que la disonancia cognitiva era una característica de las situaciones en las que a las personas les resulta muy difícil hacer una elección sobre el cambio, lo que les hace sentir incómodos; si se maneja adecuadamente, produce un impulso hacia el cambio.

La disonancia cognitiva es un fenómeno muy potente que todos hemos experimentado. La EM se refiere a esto (o a la ambivalencia, un concepto relacionado) y tiene como objetivo utilizar una comprensión de los principios para fomentar el cambio. Si sale a la luz el contraste entre las dos opciones, las personas sienten la necesidad de resolver el conflicto eligiendo.

#### Principio 5: Las personas deben sentirse seguras antes de intentar cambiar

Incluso si los pacientes están convencidos de la necesidad de cambiar, si no se sienten seguros, es poco probable que lo intenten. Peor, pueden sentirse deprimidos cuando se dan cuenta de la situación difícil en que se encuentran. Si la autocreencia es alta, los pacientes se sentirán seguros y serán mucho más propensos a tener éxito. La EM es explícita sobre la necesidad de mantener la moral alta.

#### Principio 6: La ambivalencia es normal

Es normal que los seres humanos no estén seguros de qué hacer, especialmente si la elección es difícil o implica un cambio que sería difícil.

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



## Las estrategias de la EM

*La EM ha sido práctica en su enfoque. Las estrategias de la EM son más persuasivas que coercitivas, tienden a dar apoyo más que a discutir. El entrevistador motivacional debe proceder con un fuerte sentido del propósito, estrategias y habilidades claras para perseguir ese propósito y un sentido del tiempo para intervenir de formas concretas en momentos incisivos. Miller y Rollnick, 1991*

Las cuatro estrategias clave de la EM son (Miller y Rollnick, 1991) las siguientes:

1. **Expresar empatía mediante la escucha reflexiva**
2. **Desarrollar discrepancias entre los objetivos/valores y el comportamiento actual**
3. **Adaptarse a la resistencia en lugar de oponerse a ella directamente**
4. **Apoyar la autoeficacia y aumentar la confianza**

Los miembros del equipo de atención de la FQ que han adoptado la EM como un estilo preferido han encontrado que el uso de OARS (preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva, resúmenes, que se detallan en la sección anterior, [aquí](#)) y la elicitación de declaraciones de automotivación (en las que el paciente expresa sus preocupaciones e intenciones personales, en lugar de tratar de persuadir al paciente de que es necesario un cambio) son especialmente útiles en las primeras etapas.

### Expresar empatía mediante la escucha reflexiva

El primer objetivo del equipo de FQ al trabajar con un paciente es iniciar la conversación. Aunque el equipo de FQ pueda estar preocupado por un paciente, especialmente cuando se requiere un cambio de comportamiento urgente, las intervenciones que se implementan rápidamente pueden no contar para nada si el equipo no escucha de forma reflexiva. No importa si un servicio de atención sanitaria tiene acceso a los mejores tratamientos médicos disponibles; si los pacientes no acuden a una cita, no podrán beneficiarse de ellos. Es una situación difícil, pero, en la mayoría de las ocasiones, es más importante que los médicos se impliquen con los pacientes, de modo que los pacientes tengan más probabilidades de responder a lo que los médicos dicen y vuelvan, en lugar de que los médicos revisen la lista completa de cosas que deben cubrirse.

Se puede pensar que las conversaciones funcionan en dos niveles. En el primer nivel (o superficial), las interacciones son educadas, formales o atenuadas. En el segundo nivel, más profundo, los médicos dedican tiempo a averiguar lo que sucede con su paciente y cómo se sienten. El primer nivel representa la mayoría de las consultas que se producen en la clínica. En la gran mayoría de las ocasiones, esto es suficiente. Sin embargo, a veces el primer nivel no es suficiente para comprender bien los problemas que afectan a los pacientes y para ayudarlos. El segundo nivel tipifica las conversaciones que la gente tiene con aquellos que tienen cerca y en los que confían. Si hay un problema significativo que impida la adherencia, es poco probable que surja en la clínica a menos que la conversación pase a un nivel más profundo.

La mayoría de las personas son capaces de mantener conversaciones a un nivel más profundo y todos las mantenemos de vez en cuando. Sin embargo, cuando están en la clínica, los miembros del equipo de FQ suelen adoptar una forma de interactuar que mantiene las cosas a un nivel más superficial. Es una muy buena manera para que los miembros del equipo de FQ se mantengan centrados y empleen el tiempo de forma eficaz. En ocasiones, sin embargo, los médicos deben permitirse utilizar sus habilidades naturales para iniciar una conversación con un paciente a un nivel más profundo, con el fin de ayudarles a resolver un problema de adherencia.

El equipo de FQ puede utilizar una serie de habilidades para hacer que los pacientes se sientan cómodos y sean capaces de abrirse con ellos y sentirse comprendidos si les confían algunas emociones difíciles. Esto se puede lograr mediante el uso de **OARS**.

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



### PREGUNTAS ABIERTAS (OPEN-ENDED QUESTIONS)

Las preguntas abiertas son muy útiles para iniciar una conversación y limitar las suposiciones sobre el estado de los pacientes o cómo se sienten. A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de preguntas abiertas y cerradas:

#### Pregunta cerrada

¿Utiliza el nebulizador?

¿Cree que es una buena idea usar el nebulizador con regularidad?

¿Ha utilizado el nebulizador hoy?

¿Le gusta fumar?

¿Cómo ha sido su uso de medicamentos esta semana en comparación con la semana anterior: más, menos o aproximadamente igual?

¿Cuánto tiempo hace que usó el nebulizador?

#### Pregunta abierta

Dígame qué le trae aquí hoy

¿Qué piensa sobre la posibilidad de usar su nebulizador con regularidad?

Hábleme del uso que hace del nebulizador durante una semana normal

¿Cómo se siente con respecto al tabaquismo?

¿Cómo ha sido su uso de medicamentos durante la última semana?

Hábleme de la última vez que usó el nebulizador

### AFIRMACIONES (AFFIRMATIONS)

Las afirmaciones ayudan a mantener la moral alta, lo que hace más probable que se intente un cambio. Es importante que el ánimo y el apoyo del médico sean genuinos, ya que esto puede tener un efecto significativo en el curso de la conversación. Una forma de hacerlo es mediante afirmaciones en las que se reconozcan las fortalezas de los pacientes:

Por ejemplo:

*“No todo el mundo consigue dejar de fumar como usted lo ha hecho”.*



Profesional sanitario

### ESCUCHA REFLEXIVA (REFLECTIVE LISTENING)

La escucha reflexiva se refiere al proceso de reflexionar sobre lo que el paciente ha dicho. La reflexión puede ser sencilla e intuitiva, como, por ejemplo, reflexionar sobre el contenido principal de una afirmación (reflexión sobre el contenido). Esta es la respuesta más sencilla a la resistencia: no resistencia: repetir la afirmación del paciente de forma neutra. Reconoce y valida la voz del paciente y muestra que el miembro del equipo de FQ está escuchando.

Por ejemplo:

*“Han sido unas semanas duras para mí”.*



Paciente

*“Parece que las cosas no van bien”.*



Profesional sanitario

Sin embargo, la reflexión también puede ser compleja y poderosa, como reflexionar sobre un significado previo en una conversación que tiene relación con lo que un paciente acaba de decirle a un miembro del equipo de FQ (**reflexión sobre el significado**). Es una forma poderosa de ayudar a un paciente a hablar y a pensar en algo, como cambiar su comportamiento.

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



Por ejemplo:

Paciente  *"He sido muy bueno tomando la medicación; luego me he cansado y se me olvidó tomarla todo el fin de semana".*

Profesional sanitario  *"Se siente molesto porque siente como si se hubiera fallado a sí mismo".*

El significado de las reflexiones da al miembro del equipo de FQ la oportunidad de ayudar a dar un giro a la conversación hacia temas más significativos, lo que muestra al paciente que el miembro del equipo está escuchando y comprendiendo. Esta técnica puede parecer arriesgada, pero si se utiliza de forma adecuada, invariablemente dará lugar a una comprensión más profunda. Incluso si el miembro del equipo está equivocado, el paciente suele hacerle ver lo que está pasando realmente.

Otra forma de reflexión es la **reflexión amplificada**, en la que el miembro del equipo de FQ exagera lo que acaba de decir un paciente, si es especialmente negativo y siente que la conversación está atascada. Esta técnica conlleva más riesgo, pero puede ser muy potente cuando se realiza correctamente y puede llevar a una reevaluación por parte del paciente.

Hay otra forma que, cuando se usa correctamente, puede ser muy útil: reflexión de doble cara. Esto implica volver a reflexionar sobre diferentes afirmaciones opuestas formuladas por un paciente y pensar en el orden para que lo último que se va a decir dirija la conversación a hablar sobre el cambio. Se explica mejor con un ejemplo:

Paciente  *"Sé que necesito controlar mis medicamentos, pero no me puedo imaginar cambiar".*

Profesional sanitario  *"Entonces, está diciendo que ve la necesidad de poner en orden sus medicamentos, pero en este momento no puede verse haciéndolo".*

La tendencia es reflexionar de esta manera:

Una respuesta típica podría ser:

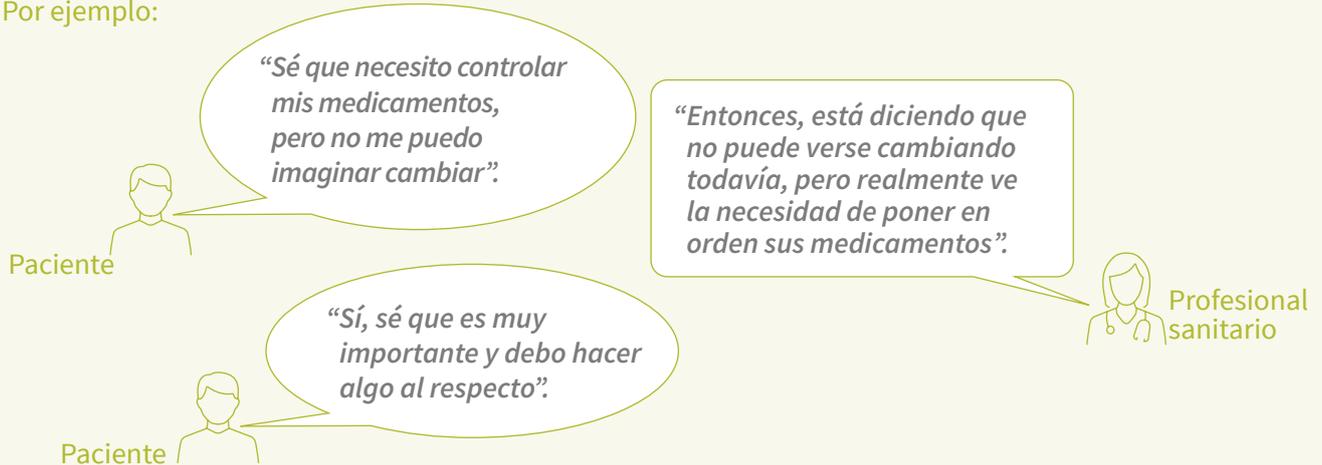
Paciente  *"No, no por el momento. Me resulta demasiado difícil".*

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



Ahora, tenga en cuenta el orden en el que el miembro del equipo de FQ repitió las dos afirmaciones. ¿Qué pasaría si el miembro del equipo de FQ invirtiera el orden de las afirmaciones y terminara con la más positiva?

Por ejemplo:



Entonces es posible que el miembro del equipo de FQ altere el tono completo de la conversación que viene a continuación. Una forma de practicar esto es usando las frases "Así que, por un lado" y "y por otro lado", cuando el miembro del equipo comienza a usar reflexiones de doble cara.

*"Entonces, por un lado, está diciendo que no puede verse cambiando todavía, pero, por otro lado, realmente ve la necesidad de poner en orden sus medicamentos."*



#### RESÚMENES (SUMMARIES)

Esto se refiere al miembro del equipo de FQ que recaba cosas que un paciente ha dicho y las presenta en un breve resumen. Aunque los resúmenes parecen una técnica sencilla, es sorprendente lo potente que es unir activamente lo que alguien ha estado diciendo y reflexionar sobre ello. A veces esto realmente produce nuevas percepciones.

Por último, el replanteamiento ofrece a un miembro del equipo de FQ la posibilidad de ir más allá de reflejar lo que un paciente ha dicho y de reformularlo con una perspectiva diferente, tal vez señalando así los aspectos positivos para un paciente que ha adoptado una visión muy negativa de sus logros pasados. "El replanteamiento reconoce la validez de las observaciones sin procesar del cliente, pero ofrece un nuevo significado para él" (Miller y Rollnick, 1991).

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



## Desarrollar discrepancias entre los objetivos/valores y el comportamiento actual

Una vez que se ha iniciado la conversación, la tarea del miembro del equipo de FQ es ayudar a los pacientes a pensar en el cambio. Un miembro del equipo puede preguntarse si es necesario emplear técnicas que se centren en el cambio, basándose en que es probable que el tema del cambio se mencione durante la conversación con el paciente. Esta es una preocupación legítima, pero en situaciones en las que el cambio está cargado de emoción, por ejemplo, cuando pensar en aumentar la adherencia de un medicamento desencadena pensamientos sobre las consecuencias de la enfermedad y no en la adhesión, la tendencia natural de una persona suele ser intentar no pensar en ello.

En este contexto, la función del equipo de FQ es "nivelar el terreno de juego", para intentar asegurar que haya un debate honesto sobre las consecuencias de cambiar y de no cambiar. Los miembros del equipo de FQ deben recordar que:

***"Ante la elección entre cambiar de opinión y demostrar que no hay necesidad de hacerlo, casi todo el mundo se pone a trabajar en dicha demostración."* John Galbraith**

Muchas de las técnicas que pueden ser útiles en esta situación están diseñadas para aumentar la concienciación sobre el problema y centrarse en la discrepancia entre creencias y objetivos: lo que a los pacientes les gustaría hacer (o lo que creen que deberían hacer) y lo que realmente están haciendo. A menudo, la gente ya lo sabe, pero intenta no pensar en ello.

Los miembros del equipo de FQ pueden lograr este objetivo mediante resúmenes. Con permiso, un miembro del equipo podría incorporar evaluaciones objetivas, como los resultados de las pruebas o los diarios. Si los miembros del equipo deciden utilizar evaluaciones objetivas, deben dedicar tiempo a explorar las implicaciones de los resultados de las evaluaciones con el fin de mantenerse centrados en el objetivo principal, es decir, resúmenes. Una técnica utilizada en la terapia de adicción es que el profesional sanitario complete un "diario de bebida" con el paciente: el profesional sanitario comparte una hoja de papel con los días marcados con el paciente y, juntos, rellenan la cantidad de alcohol que el paciente cree que bebió en un periodo de tiempo anterior. A continuación, el profesional sanitario pedirá al paciente que sume la cantidad y procederá a preguntar si el paciente encuentra que el total es sorprendente. Esta técnica se puede adaptar para muchas otras situaciones, incluida la adherencia.

La EM implica el uso de preguntas de escala. Estas se centran en las dos cosas (que son cruciales para el cambio), que juntas producen la "buena disposición":

- **Importancia** ("Sé que debo cambiar")
- **Confianza** ("Sé que puedo cambiar")

El equipo de FQ debe preguntar sobre la importancia, es decir, ¿en qué medida cree un paciente que es importante para él cambiar en ese momento, en una escala de 0 a 10? A esto le sigue una pregunta similar sobre la confianza en poder cambiar.

### PENSAR EN EL CAMBIO

El comportamiento que está pensando cambiar:

#### IMPORTANCIA

¿Qué importancia tiene para usted cambiar este **comportamiento** ahora mismo? Califique lo importante que cree que es cambiar en la siguiente escala con una X, donde 0 es "nada importante" y 10 es "lo más importante".



#### CONFIANZA

Si hoy fuera el día en que decidió cambiar el comportamiento, ¿hasta qué punto estaría **seguro** de que podría hacerlo? Califique su confianza en la siguiente escala con una X, donde 0 significa "nada seguro" y 10 significa "muy seguro".



- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



Las escalas visuales analógicas pueden ser muy útiles; centran inmediatamente la conversación en el aquí y el ahora, y pueden resaltar las posibles barreras que hay que cambiar mucho antes de alterar el trabajo. Después de pedir a un paciente que califique la importancia y confianza, el miembro del equipo de FQ puede preguntar: "¿Qué necesitaría para estar en X?", donde X es una calificación un poco mayor que la que le ha dado el paciente.

La regla para medir la buena disposición y las herramientas de preguntas de escala como se han descrito anteriormente, junto con otras herramientas útiles, se pueden encontrar en el kit de herramientas de adherencia adjunto [aquí](#) en el sitio web de CF CARE.

De alguna manera, la EM se puede considerar como una ayuda para la toma de decisiones para aquellos que están decidiendo si cambiar o no un comportamiento. La metáfora de las balanzas es útil; el trabajo del médico es ayudar a los pacientes a sopesar los pros y los contras del cambio, y animarlos a ser abiertos y honestos al colocar los pesos en el lado del cambio. Una técnica útil es hacer que los pros y los contras sean explícitos utilizando una cuadrícula (una matriz de decisión; ver a continuación) que se puede rellenar con el paciente, que enumera los beneficios y los costes de permanecer igual y de cambiar. Utilizando esta cuadrícula, se pueden debatir los beneficios de no cambiar y los costes de cambiar. Esto es importante y honesto. Si no se comentan estos puntos, el paciente pensará en ellos de todas formas; la mayoría de las personas tienen muy buenos motivos para no cambiar. Sin embargo, la cuadrícula también permite debatir los beneficios del cambio. La forma sugerida de moverse por la cuadrícula es debatir los beneficios de permanecer igual primero, luego los costes de mantenerse igual, luego los costes de cambiar y, por último, los beneficios de cambiar.

#### MATRIZ DE TOMA DE DECISIONES

	Mantenerse igual	Cambiar
Beneficios de		
Costes de		

Como se ha indicado anteriormente en la conversación sobre la disonancia cognitiva, las personas tienen una tendencia a liquidar una elección difícil lo más rápido posible, y la EM pretende mantener esta conversación viva, lo que hace que el cambio sea mucho más probable. El equipo de FQ debe recordar que este ejercicio debe realizarse de forma sensible.

#### Adaptarse a la resistencia en lugar de oponerse a ella directamente

Cuando el tema del cambio surge en la conversación, el equipo de FQ debe estar preparado para cierta cantidad de resistencia. Se trata de una reacción comprensible y común. Evitar la confrontación sin duda la reduce, pero no hace que desaparezca completamente.

Un factor importante es que un miembro del equipo de FQ preste atención a las palabras que se utilizan. Después de la práctica, por lo general es fácil que un miembro del equipo detecte palabras que indiquen que un paciente está pensando en el cambio y palabras que indican que un paciente no lo está haciendo, o se resiste. Los ejemplos de resistencia, o statu quo, incluyen discutir, interrumpir, negar e ignorar.

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



Las investigaciones demuestran que una conversación fuerte sobre el cambio, especialmente hacia el final de una sesión, está asociada al cambio posterior. El equipo de FQ debe prestar atención a los elementos recogidos en el acrónimo "DARN" (Miller, 2004):

- Desire (Deseo)
- Ability (Capacidad)
- Reason (Razón)
- Need (Necesidad)

Sin embargo, puede ser que, en lugar de los términos que engloban el concepto DARN, un miembro del equipo de FQ se enfrente a resistencia. Una mala adherencia también puede ser intencionada, aunque esto puede no ser explícito: un paciente puede ser consciente de la necesidad de cambiar, pero tiene demasiado miedo para considerarlo como una opción. En tales casos, una vez que se ha creado una buena relación, un miembro del equipo debe hablar con el paciente sobre el comportamiento problemático (es decir, mala adherencia). Un miembro del equipo puede ser franco al respecto, siempre que no le diga al paciente qué hacer, por ejemplo, "¿Es correcto si hablamos del medicamento ahora?"

Una vez que comience esta conversación, es probable que un miembro del equipo de FQ se enfrente con algunos pensamientos y frases bien usados que representan resistencia al cambio. Es algo que cabe esperar; este es un tema difícil que es probable que un paciente haya considerado varias veces antes. También es un tema muy delicado, y es probable que los pacientes hayan desarrollado una gran habilidad para mantener a raya los pensamientos preocupantes.

Gestionar esta resistencia es una de las habilidades más útiles que puede desarrollar el equipo de FQ. Hasta cierto punto la resistencia es una característica de muchas consultas. Al fin y al cabo, a muy pocos pacientes les gusta ir a un hospital para que les digan las cosas que tienen que hacer, y la resistencia a la idea de un régimen de tratamiento intrusivo a largo plazo es claramente comprensible.

Es importante que un equipo de FQ se asegure de que la resistencia no detenga el debate sobre el cambio de forma prematura. La reacción natural de la mayoría de las personas al oír declaraciones de resistencia es discutir, intentar persuadir o, por el contrario, descartar el problema por completo. En cierto modo, enfrentarse a la resistencia es parecido a intentar evitar que un coche patine sobre hielo. Hay que resistirse a la tendencia natural a frenar fuerte y dar volantazos; en su lugar, hay que soltar suavemente el acelerador y "rodar con la resistencia".

¿Cómo debería responder el equipo de FQ a la resistencia? Es frecuente (pero no ayuda) que un miembro del equipo de FQ responda intentando convencer con más fuerza a los pacientes de que están equivocados. Hay una forma muy práctica de pensar en esto: los médicos deben evitar "el reflejo de corrección"; este es el impulso que tienen las personas de corregir a los demás cuando están equivocados, y de aconsejarles cuando se sienten responsables de ellos. En situaciones clínicas, esta tendencia puede ser muy potente. Por desgracia, si se cede, casi siempre da lugar a respuestas que no ayudan (p. ej., "Sí, pero...").

#### HAY MUCHOS EJEMPLOS DE CHARLA DE RESISTENCIA, MUCHOS DE LOS CUALES LE RESULTARÁN FAMILIARES

Desacuerdo	"Sí, pero..."
Descuento	"Ya lo he intentado"
Interrupción	"Pero..."
Desviación	"Sé que quiere que haga el aclaramiento de mis vías respiratorias, pero ¿sabía que he ganado 2,3 kg? ¡Tiene que admitir que he estado haciendo un gran trabajo con mi peso!"
Reticencia	"No quiero tener que hacer eso también"
Culpabilización	"No es culpa mía. Si mis padres..."
Discusión	"¿Cómo lo sabe?"
Desafío	"Mi tratamiento actual no cambia nada en mi función pulmonar"
Minimización	"No peso tan poco"
Pesimismo	"Sigo intentando hacerlo mejor, pero nada parece ayudar"
Excusas	"Sé que debo consumir más calorías, pero con mi trabajo nunca paro y es difícil preparar y sentarme a tomar una comida abundante"
Ignorar	

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



“Rodar con la resistencia” es el término que se utiliza en la EM para describir el acto de no responder con persuasión, sino de evitar una discusión y fomentar la conversación. La EM sugiere que el equipo de FQ debe reconocer que la ambivalencia sobre una decisión, que conduce a cierta resistencia al cambio, es perfectamente normal. Cuando un miembro del equipo de FQ hace esto, reduce inmediatamente la resistencia. Como alternativa, el miembro del equipo de FQ puede utilizar el replanteamiento y la escucha reflexiva para fomentar el debate y señalar alternativas para el paciente.

Los principios clave detrás de rodar con la resistencia son los siguientes:

- **No se debe responder a la resistencia con confrontación**
- **Las afirmaciones deben replantearse**
- **Se debe utilizar la empatía y la escucha reflexiva**
- **La ambivalencia debe reconocerse como normal**

Es importante que el equipo de FQ recuerde no describir a los pacientes como resistentes, ya que esto invita a la confrontación. En su lugar, un miembro del equipo de FQ debe dirigir la conversación hacia la consideración de alternativas, y dejar que los pacientes vean la incompatibilidad entre sus objetivos y su comportamiento actual. En este caso, la función de este equipo de FQ es permitir que se expresen las dos caras de la lucha interna.

Cuando los pacientes indican que están dispuestos a considerar el cambio, el equipo de FQ puede comentar alternativas con ellos. Incluso después de que un paciente haya decidido cambiar, normalmente hay muchas formas de lograrlo.

Estrategia	Ejemplo
<b>Reflexión sencilla</b>	Paciente: “No tengo intención de usar el nebulizador en el corto plazo.” Miembro del equipo de FQ: “No cree que le vaya a ayudar ahora mismo.”
<b>Reflexión amplificadora</b>	Paciente: “No sé por qué mi madre se preocupa; tomo la mayoría de mis medicamentos.” Miembro del equipo de FQ: “¿Entonces su madre no debería preocuparse en absoluto?”
<b>Reflexión de doble cara</b>	Paciente: “Sé que quiere que empiece a tomar toda mi medicación, pero no voy a hacerlo.” Miembro del equipo de FQ: “No quiere hablar sobre el medicamento, aunque puede ver que es un tema bastante preocupante.”
<b>Cambio de enfoque</b>	Paciente: “¿No puedo quedarme en casa y usar el nebulizador cuando todos mis amigos van a salir!” Miembro del equipo de FQ: “Va por delante de mí: estábamos explorando sus preocupaciones sobre el medicamento. ¿Hablamos de cómo encaja el nebulizador en su vida más tarde?”
<b>Acuerdo con un giro</b>	Paciente: “¿Por qué todo el mundo está tan obsesionado con que no uso el nebulizador? También saldría todo el tiempo si su familia no dejara de molestar.” Miembro del equipo de FQ: “Bien visto. Aunque no es tan simple como que no esté usando el nebulizador. Estoy de acuerdo en que no deberíamos buscar culpables. Parece que afecta a toda la familia.”
<b>Replanteamiento</b>	Paciente: “Mi madre siempre me insiste con lo del nebulizador.” Miembro del equipo de FQ: “Parece que su madre está muy preocupada, aunque ella lo expresa de un modo que a usted le afecta. Tal vez podamos ayudar a su madre para que aprenda a decirle que está preocupada de un modo más útil.”

## Apoyar la autoeficacia y aumentar la confianza

Cuando un paciente se compromete a realizar un cambio, la falta de confianza en su capacidad puede causar una gran frustración; ahora aprecia la necesidad de cambiar, pero no se siente capaz de hacerlo. En el peor de los casos, puede aumentar la angustia. Por tanto, la EM pretende explícitamente aumentar la confianza y la autoeficacia. Una forma de lograrlo es que el equipo de FQ trate sistemáticamente a los pacientes y sus elecciones con respeto. Si la decisión de cambiar proviene de los pacientes, inmediatamente se sienten más seguros de sus propios juicios que si el cambio viniera impuesto desde fuera.

- Antecedentes de la EM
- Teoría de la EM
- Las estrategias de la EM



Es un principio fundamental de la EM que las personas asuman la responsabilidad de sus propias acciones. Esto es importante si queremos que el cambio arraigue con firmeza, pero puede ser difícil en entornos clínicos, especialmente cuando existe preocupación por el bienestar de un paciente. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que, si los pacientes no se responsabilizan de su decisión de cambiar un comportamiento, cualquier cambio de comportamiento tiende a ser de corta duración. El respeto por un paciente contribuye a aumentar la autoestima y puede permitir un debate sobre el objetivo real de que se produzca un cambio de comportamiento.

Al comentar los objetivos con los pacientes, hay muchas técnicas que el equipo de FQ puede utilizar para mejorar la autoeficacia de un paciente y las posibilidades de éxito. Una técnica es buscar éxitos pasados. Si un paciente tiene un estado de ánimo bajo o ansiedad, a menudo puede ver acontecimientos pasados desde una perspectiva muy negativa. Puede ser útil replantear estos pensamientos. Cuando se discuten consideraciones prácticas sobre el cambio de comportamiento, el equipo de FQ puede utilizar técnicas para mejorar la creatividad del proceso, como la resolución de problemas y la lluvia de ideas:

- **Generar una lista de posibilidades junto con el paciente (el equipo de FQ puede añadir algunas sugerencias, como qué técnicas han probado otros pacientes)**
- **Animar al paciente a evaluar la lista**

Los pacientes pueden elegir su opción preferida.

También es importante que los miembros del equipo de FQ sean realistas y creen vínculos con la vida real a partir de la sesión de tratamiento; un plan bien desarrollado tendrá poco o ningún beneficio si no es realista; por ejemplo, un miembro del equipo debe establecer objetivos más pequeños en lugar de grandes. Si los pacientes lo eligen, pueden llevar a la sesión a personas que puedan ser importantes para la implementación de su cambio de comportamiento, como amigos o familiares.

Las preguntas de escala comentadas anteriormente pueden ser herramientas útiles, al igual que el establecimiento de objetivos: establecer objetivos explícitos y realistas, y desglosar objetivos grandes en pasos más pequeños y manejables. Puede ser útil utilizar una fórmula de objetivo-estrategia-meta que sea sencilla. Escribirlas marca la diferencia: actúan como recordatorios y fomentan una mayor sensación de compromiso con el cambio.

A veces puede haber ayuda práctica que los pacientes necesiten; tal vez alguna información a la que el equipo de FQ pueda ayudarles a acceder, por ejemplo, a una nueva habilidad en la que necesiten trabajar.

Obtener afirmaciones de automotivación es una parte importante para mejorar la autoeficacia. Cuatro tipos de afirmaciones de motivación incluyen las siguientes (Miller y Rollnick, 1991):

- **Reconocimiento cognitivo del problema** (p. ej., "Supongo que esto es más grave de lo que pensaba").
- **Expresión afectiva de preocupación sobre el problema percibido** (p. ej., "Realmente me preocupa lo que me está sucediendo").
- **Una intención directa o implícita de cambiar el comportamiento** (p. ej., "Tengo que hacer algo al respecto").
- **Optimizar la capacidad de uno mismo para cambiar** (p. ej., "Sé que, si lo intento, realmente puedo hacerlo").

Algunas estrategias para obtener afirmaciones de automotivación incluyen las siguientes:

- **Reconocimiento del problema** (p. ej., "¿Qué cosas le hacen pensar que esto es un problema?")
- **Preocupación** (p. ej., "¿Qué hay de su uso de medicamentos que usted u otras personas podrían considerar como motivos de preocupación?")
- **Intención de cambiar** (p. ej., "Si tuviera un 100 % de éxito y las cosas salieran exactamente como le gustaría, ¿qué sería diferente?")
- **Optimismo** (p. ej., "¿Qué le hace pensar que, si decide hacer un cambio, podría hacerlo?")

Comprender la importancia de la comunicación ●

La base de evidencia para la EM ●

Desarrollar habilidades para enseñar y apoyar a los demás ●



## Convertirse en un “defensor de la adherencia” en la FQ

### Comprender la importancia de la comunicación

En la atención de la FQ, lograr la longevidad prevista depende de la adherencia satisfactoria de los pacientes y de los comportamientos sanitarios asociados, a pesar de la carga de sus tratamientos. Para los jóvenes, las consultas pueden ser complicadas, con perspectivas potencialmente diferentes de pacientes y padres, lo que perjudica a una comunicación satisfactoria. Los enfoques colaborativos centrados en las personas para las consultas y la gestión se están convirtiendo en modelos de atención deseados (Dwamena y cols., 2012; Duff y Latchford, 2010; Santana y cols., 2018). Esto tiene eco tanto en un cambio cultural en las expectativas de la relación entre el paciente y el profesional como en la evidencia emergente de que los estilos centrados en el paciente se asocian a un aumento de la satisfacción y a mejores resultados sanitarios en comparación con las consultas tradicionales dirigidas por expertos (Duff y Latchford, 2010; Rossiter y cols., 2020).

La relación entre la adherencia por parte de un paciente a los consejos de un profesional sanitario y las habilidades comunicativas del profesional sanitario está bien documentada en la literatura. La forma en que un médico se comunica con los pacientes afecta al resultado de la atención. Esto también incluye la satisfacción del paciente, el estado de salud, el recuerdo de información y la adherencia. Se llevó a cabo un metanálisis de estudios de 1949 a 2008 para investigar si existe una correlación positiva general entre la comunicación con el médico y la adherencia terapéutica por parte del paciente. Además, el metanálisis analizó los resultados de los estudios que investigaron si la formación de los médicos en habilidades comunicativas tenía un efecto sobre el cumplimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes. Zolnierek y Dimatteo (2009) descubrieron que:

- De 106 estudios correlacionales, todos excepto dos mostraron una correlación positiva entre la comunicación con el médico y la adherencia del paciente
- La probabilidad de que un paciente se adhiriera al tratamiento era 2,1 veces mayor para aquellos cuyo médico era un buen comunicador
- De las 21 intervenciones experimentales analizadas, el efecto de la formación de los médicos sobre la adherencia terapéutica de los pacientes fue positivo
- La probabilidad de que un paciente se adhiriera al tratamiento era 1,62 veces mayor si el médico había recibido formación en habilidades comunicativas

Comprender la importancia de la comunicación 

La base de evidencia para la EM 

Desarrollar habilidades para enseñar y apoyar a los demás 



## La base de evidencia para la EM

Las personas implicadas en el desarrollo de la EM han estado interesadas en la evaluación desde el principio. Desde su adopción como tratamiento para los problemas con el alcohol, gran parte del trabajo temprano estuvo en esta área. Una revisión de 11 ensayos clínicos de EM publicados en 1997 concluyó que se trata de un estilo terapéutico eficaz, eficiente y adaptativo (Noonan y Moyers, 1997).

Otros ensayos también han confirmado esta conclusión, y la EM está ahora bien establecida como tratamiento de elección para los problemas de drogas ilegales y alcohol, además de ser cada vez más popular en varios campos diferentes, incluidos el cambio de estilo de vida y la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. Dado que el número de ensayos en la EM ha aumentado, también existen oportunidades de agrupar diferentes resultados estadísticos para producir un metanálisis. El Metanálisis de la investigación sobre la eficacia del tratamiento con entrevistas motivacionales (Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness, MARMITE) (Hettema y cols., 2005) incluyó 72 ensayos extraídos de áreas que incluían el abuso del alcohol (31), el abuso de drogas (14) y la adherencia al tratamiento (5). En conjunto, los ensayos incluyeron a 14 267 participantes tratados con la EM. La duración media de la EM ofrecida en estos ensayos fue de solo 2,2 horas. Como era de esperar, los investigadores encontraron que la efectividad de la EM variaba ampliamente entre los distintos estudios, pero pudieron concluir que había efectos sólidos y duraderos cuando se añade la EM a un tratamiento activo. Además, observaron que la EM aumentó la retención del tratamiento, la adherencia al tratamiento y la motivación percibida por el personal.

Una revisión sistemática y un metanálisis de 48 ensayos controlados y aleatorizados (Lundahl y cols., 2013) encontraron una ventaja modesta y significativa para la EM (razón de posibilidades, 1,55). De forma similar a los hallazgos de Hettema y cols. (2005), la efectividad en diferentes estudios varió. Por ejemplo, no se observó que la EM fuera útil para tratar los trastornos de la alimentación, pero se mostró especialmente prometedora para la carga viral en el VIH. En resumen, se observó que la EM era sólida entre los moderadores, como el lugar de administración y las características del paciente, así como eficaz en intervenciones breves.

Una revisión anterior de Lundahl y cols. (2010) había destacado varios hallazgos interesantes, entre ellos que los efectos de la EM pueden ser duraderos, incluso después de una intervención breve, y que la formación profesional de la persona que realiza la EM no marca la diferencia (es decir, no tiene que ser un psicólogo).

Más recientemente, se ha demostrado que la EM ayuda a mejorar o respaldar el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Marker y cols., 2018), la atención de rehabilitación para la esclerosis múltiple (Dorstyn y cols., 2020), los comportamientos de cuidado personal en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (Ghizzardi y cols., 2021), la modificación de los factores de riesgo cardiovascular (Mifsud y cols., 2020) y el control glucémico en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Berhe y cols., 2020).

Además, un metanálisis de 16 ensayos aleatorizados y controlados en una serie de enfermedades crónicas sugirió que las intervenciones por EM podrían ser eficaces para mejorar la adherencia a la medicación en adultos, siendo las intervenciones administradas solo en persona más eficaces que las administradas solo por teléfono (Zomahoun y cols., 2017).

Duff y Latchford (2010) han revisado un resumen de la literatura que se aplica a la FQ; esta revisión indicó que ahora hay muchos estudios de alta calidad que cubren poblaciones adultas y pediátricas en una serie de áreas clínicas, incluida la diabetes y el VIH, y que el trabajo está en curso en la FQ. También se ha realizado una evaluación de la formación del equipo de FQ en la EM (Duff y Latchford, 2013), que mostró resultados de aprendizaje duraderos y cambios en la práctica. En general, está quedando claro que, cuando menos, la EM es una intervención muy prometedora.

Comprender la importancia de la comunicación 

La base de evidencia para la EM 

Desarrollar habilidades para enseñar y apoyar a los demás 



## Desarrollar habilidades para enseñar y apoyar a los demás

Comprender cómo preparar y ofrecer formación puede permitir a los defensores de la adherencia desarrollar programas de formación eficientes y eficaces dentro de un centro de FQ y fomentar la confianza en la evaluación de los resultados del aprendizaje.

¿Utilizan los médicos en cualquier caso la EM? Probablemente no. Los estudios de consultas rutinarias mostraron que, sin formación, los médicos no utilizan la EM (Moran y cols., 2008); esto indica que se necesita formación. Después de la formación, los estudios han demostrado que el personal de enfermería aplica la EM en cierta medida (Noordman y cols., 2012; Noordman y cols., 2013) y que la realización de la EM durante la consulta aumenta si hay más tiempo, más debate sobre el estilo de vida y los pacientes muestran más disposición para cambiar (Jansink y cols., 2013).

Un peligro al realizar un breve taller sobre la EM sin seguimiento es que los profesionales sanitarios “se desvían” después de la formación hasta que ya no utilizan la EM, pero piensan que lo están haciendo. En efecto, han sido “inoculados contra más formación” (Miller y Mount, 2001). Por lo tanto, es esencial un buen seguimiento y apoyo después de la formación.

Los elementos clave que deben incluirse en la formación en la EM están bien establecidos. Un informe de la Health Foundation (2011) resumió las buenas prácticas de formación en la EM. Este informe sugiere que incluso una formación breve puede tener efectos a largo plazo, pero que los profesionales necesitan una formación más avanzada y prolongada para ofrecer algunos de los aspectos más complejos (Health Foundation, 2011), así como para dar a los participantes la oportunidad de practicar estas habilidades, recibir comentarios y, en última instancia, obtener la experiencia necesaria para ser proveedores eficaces de la EM (Victor y cols., 2019).

En términos de cómo debe organizarse, las características clave deben incluir lo siguiente:

- **Centrarse en la filosofía subyacente, así como en las habilidades**
- **Duración adecuada para permitir la integración de habilidades**
- **Oportunidades para practicar mediante juegos de roles**
- **Oportunidades para comentarios y supervisión continuos**

La EM es un enfoque que puede crear un marco eficaz para mejorar la receptividad de los pacientes al cambio de comportamiento. El equipo de FQ debe utilizar la EM en la práctica clínica para optimizar la buena adherencia y, en última instancia, apoyar al paciente de forma efectiva.



## Referencias bibliográficas

- Abraham O, Li JS, Monangai KE y cols. The pharmacist's role in supporting people living with cystic fibrosis. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2018;58(3):246–249.
- Arden MA, Drabble S, O’Cathain A y cols. Adherence to medication in adults with Cystic Fibrosis: An investigation using objective adherence data and the Theoretical Domains Framework. *Br J Health Psychol*. 2019;24:357–380.
- Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S (eds). *Applications of Motivational Interviewing. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press. 2017.
- Berhe KK, Gebru HB, Kahsay HB. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLoS One*. 2020;15:e0240839.
- Brehm JW. *A Theory of Psychological Reactance*. New York, NY: Academic Press, Inc. 1966.
- Bregnballe V, Schiøtz PO, Boisen KA y cols. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: A questionnaire study in young patients and their parents. *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:507–515.
- Briesacher BA, Quittner AL, Saiman L y cols. Adherence with tobramycin inhaled solution and health care utilization. *BMC Pulm Med*. 2011;11:5.
- Burgel PR, Bellis G, Oleson HV y cols. Future trends in cystic fibrosis demography in 34 European countries. *Eur Respir J*. 2015; 46:133–141.
- Calthorpe RJ, Smith S, Gathercole K y cols. Using digital technology for home monitoring, adherence and self-management in cystic fibrosis: a state-of-the-art review. *Thorax*. 2020;75:72–77.
- Calthorpe RJ, Smith SJ, Rowbotham NJ y cols. What effective ways of motivation, support and technologies help people with cystic fibrosis improve and sustain adherence to treatment? *BMJ Open Respir Res*. 2020;7:e000601.
- Cohen-Cymerknoh M, Tanny T, Breuer O y cols. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in patients with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2018;17(2):281–285.
- Cooley L, Hudson J, Potter E y cols. Clinical communication preferences in cystic fibrosis and strategies to optimize care. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:948–958.
- Dorstyn DS, Mathias JL, Bombardier CH y cols. Motivational interviewing to promote health outcomes and behaviour change in multiple sclerosis: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2020;34:299–309.
- Duff AJA, Abbott J, Cowperthwaite C y cols. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: A cross-sectional study. *J Cyst Fibros*. 2014;13:745–753.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:211–220.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis; evaluation of training healthcare professionals. *J Clin Med Res*. 2013;5:475–480.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM y cols. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267.
- Dziuban EJ, Saab-Abazeed L, Chaudhry SR y cols. Identifying barriers to treatment adherence and related attitudinal patterns in adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:450–458.
- Eakin MN, Bilderback A, Boyle MP y cols. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2011;10:258–264.



Eakin MN, Riekert KA. The impact of medication adherence on lung health outcomes in cystic fibrosis. *Curr Opin Pulm Med*. 2013;19:687–691.

Everhart RS, Fiese BH, Smyth JM y cols. Family functioning and treatment adherence in children and adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2014;27:82–86.

Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press. 1957.

Flores JS, Teixeira FÂ, Rovedder PM y cols. Adherence to airway clearance therapies by adult cystic fibrosis patients. *Respir Care*. 2013;58:279–285.

Ghizzardi G, Arrigoni C, Dellafiore F y cols. Efficacy of motivational interviewing on enhancing self-care behaviors among patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev*. 2021. FDI: 10.1007/s10741-021-10110-z.

Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol*. 2006;38:69–119.

Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research. Cancer Control and Population Sciences. National Institutes of Health; 2008. Disponible en: [https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal\\_intent\\_attain.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal_intent_attain.pdf). Consultado en julio de 2021.

Gollwitzer PM. Weakness of the will: Is a quick fix possible? *Motiv Emot*. 2014;38:305–322.

Health Foundation. Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing. Noviembre de 2011. Disponible en : <https://www.health.org.uk/sites/default/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf>. Consultado en julio de 2021.

Happ MB, Hoffman LA, Higgins LW y cols. Parent and child perceptions of a self-regulated, home-based exercise program for children with cystic fibrosis. *Nurs Res*. 2013;62:305–314.

Helms SW, Dellon EP, Prinstein MJ. Friendship quality and health-related outcomes among adolescents with cystic fibrosis. *J Pediatr Psychol*. 2015;40:349–358.

Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.

Hogan A, Bonney MA, Brien JA y cols. Factors affecting nebulised medicine adherence in adult patients with cystic fibrosis: A qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2015;37:86–93.

Keyte R, Egan H, Mantzios M. An exploration into knowledge, attitudes, and beliefs towards risky health behaviours in a paediatric cystic fibrosis population. *Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med*. 2019;13:DOI:1179548419849427.

Li SS, Hayes D Jr, Tobias JD y cols. Health insurance and use of recommended routine care in adults with cystic fibrosis. *Clin Respir J*. 2018;12:1981–1988.

Lomas P. Enhancing adherence to inhaled therapies in cystic fibrosis. *Ther Adv Respir Dis*. 2014;8:39–47.

Lopes-Pacheco M. CFTR modulators: The changing face of cystic fibrosis in the era of precision medicine. *Front Pharmacol*. 2020;10:1662.

Lundahl BW, Kunz C, Brownell C y cols. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Res Soc Work Pract*. 2010;20:137–160.

Lundahl B, Moleni T, Burke BL y cols. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2013;93:157–168.

Mikesell CL, Kempainen RR, Laguna TA y cols. Objective measurement of adherence to out-patient airway clearance therapy by high-frequency chest wall compression in cystic fibrosis. *Respir Care*. 2017;62:920–927.



Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*. 1983;11:147–172.

Miller WR. Toward a theory of motivational interviewing. 2004. Disponible en: [www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MItheory.ppt](http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MItheory.ppt). Consultado en julio de 2021.

Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing. Does one workshop change clinician and patient behavior? *Behav Cogn Psychother*. 2001;29:457–471.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York, NY: Guilford Press. 1991.

Mifsud JL, Galea J, Garside J y cols. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15:e0241193.

Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns*. 2008;73:224–231.

Muther EF, Polineni D, Sawicki GS. Overcoming psychosocial challenges in cystic fibrosis: Promoting resilience. *Pediatr Pulmonol*. 2018;53:S86–S92.

Narayanan S, Mainz JG, Gala S y cols. Adherence to therapies in cystic fibrosis: A targeted literature review. *Expert Rev Respir Med*. 2017;11:129–145.

NHS Digital. Data on Written Complaints in the NHS. Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs/2020-21-quarter-1-and-quarter-2>. Consultado en julio de 2021.

NICE. Clinical guideline: CG76. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence (January 2009). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>. Consultado en julio de 2021.

Nicolais CJ, Bernstein R, Saez-Flores E y cols. Identifying factors that Facilitate Treatment Adherence in Cystic Fibrosis: Qualitative analyses of interviews with parents and adolescents. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019;26:530–540.

Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *J Subst Misuse*. 1997;2:8–16.

Oates GR, Stepanikova I, Gamble S y cols. Adherence to airway clearance therapy in pediatric cystic fibrosis: Socioeconomic factors and respiratory outcomes. *Pediatr Pulmonol*. 2015;50:1244–1252.

Oddleifson DA, Sawicki GS. Adherence and recursive perception among young adults with cystic fibrosis. *Anthropol Med*. 2017;24:65–80.

Ohn M, Fitzgerald DA. Question 12: What do you consider when discussing treatment adherence in patients with Cystic Fibrosis? *Paediatr Respir Rev*. 2018;25:33–36.

Pakhale S, Baron J, Armstrong M y cols. Lost in translation? How adults living with Cystic Fibrosis understand treatment recommendations from their healthcare providers, and the impact on adherence to therapy. *Patient Educ Couns*. 2016;99:1319–1324.

Prieur MG, Christon LM, Mueller A y cols. Promoting emotional wellness in children with cystic fibrosis, Part I: Child and family resilience. *Pediatr Pulmonol*. 2021;56:(suppl 1):S97–106.

Quittner AL, Abbott J, Georgiopoulos AM, et al. International Committee on Mental Health in Cystic Fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax*. 2016;71:26–34.



- Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL y cols. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol.* 2008;33:916–936.
- Quittner AL, Zhang J, Marynchenko M y cols. Pulmonary medication adherence and health-care use in cystic fibrosis. *Chest.* 2014;146:142–151.
- Riekert KA, Eakin MN, Bilderback A y cols. Opportunities for cystic fibrosis care teams to support treatment adherence. *J Cyst Fibros.* 2015;14:142–148.
- Rogers C. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol.* 1975;5:2–10.
- Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother.* 1995;23:325–334.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care.* New York, NY: Guilford Press. 2007.
- Ronan NJ, Elborn JS, Plant BJ. Current and emerging comorbidities in cystic fibrosis. *Presse Med.* 2017;46:e125–e138.
- Rossiter C, Levett-Jones T, Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud.* 2020;109:103658.
- Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ y cols. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* 2018;21:429–440.
- Santuzzi CH, Liberato FMG, Morau SAC y cols. Adherence and barriers to general and respiratory exercises in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol.* 2020;55:2646–2652.
- Sawicki GS, Tiddens H. Managing treatment complexity in cystic fibrosis: challenges and opportunities. *Pediatr Pulmonol.* 2012;47:523–533.
- Sawicki GS, Ren CL, Konstan MW y cols. Treatment complexity in cystic fibrosis: trends over time and associations with site-specific outcomes. *J Cyst Fibros.* 2013;12:461–467.
- Sawicki GS, Goss CH. Tackling the increasing complexity of CF care. *Pediatr Pulmonol.* 2015;50(supl. 40):S74–79.
- Thee S, Stahl M, Fischer R y cols. A multi-centre, randomized, controlled trial on coaching and telemonitoring in patients with cystic fibrosis: conneCT CF. *BMC Pulm Med.* 2021;21:131.
- White H, Shaw N, Denman S y cols. Variation in lung function as a marker of adherence to oral and inhaled medication in cystic fibrosis. *Eur Respir J.* 2017;49:1600987.
- Zanni RL, Sembrano EU, Du DT y cols. The impact of re-education of airway clearance techniques (REACT) on adherence and pulmonary function in patients with cystic fibrosis. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(supl 1):i50–55.
- Zobell JT, Schwab E, Collingridge DS y cols. Impact of pharmacy services on cystic fibrosis medication adherence. *Pediatr Pulmonol.* 2017;52:1006–1012.
- Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care.* 2009;47:826–834.
- Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP y cols. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2017;46:589–602.