

ORIENTACIONES TÉCNICAS SOBRE ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Departamento Salud Bucal
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública



Departamento de Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades.
Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

Abril 2021

AUTORES Y RESPONSABLES TÉCNICOS

Responsable Técnico Ministerio de Salud

Sylvia Santander Rigollet.

Médico Cirujano. Jefa División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública

Carolina Mendoza Van Der Molen.

Cirujano-Dentista. Jefa Departamento Salud Bucal. DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública

Coordinadoras

Carolina del Valle Aranda

Cirujano-Dentista. Departamento Gestión de los Cuidados. DIVAP, subsecretaría de Redes Asistenciales

Claudia Carvajal Pavez.

Cirujano-Dentista. Departamento Salud Bucal. DIPRECE, subsecretaria de Salud Publica

Panel de expertos

Mila Urrutia. Enfermera. Pontificia Universidad Católica

Gonzalo Rojas. Psicólogo y Cirujano Dentista. Universidad de Chile

Erika Ballas. Cirujano Dentista. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Natalie Duffau. Cirujano Dentista. Servicio de Salud Aysén

Fabián Méndez. Cirujano Dentista. Servicio de Salud Aysén

María Paz Araya. Psicóloga. Departamento Salud Mental. DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública

Carlos Campos. Cirujano Dentista.

Ilustraciones

Claudia Carvajal Pavez, en memoria de Carlos Campos

TABLA DE CONTENIDO

I. ANTECEDENTES	5
II. OBJETIVO, ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETIVO.....	6
III. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA.....	7
A. Entrevista Motivacional.....	7
B. Elementos del espíritu de la Entrevista Motivacional	8
C. Micro habilidades deseables en los profesionales o técnicos	8
D. Discurso de cambio en la Entrevista Motivacional.....	15
E. Discordia y discurso de mantenimiento	19
F. Los procesos de la Entrevista Motivacional.....	21
IV. PASOS PARA IMPLEMENTAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN SALUD BUCAL	
29	
A. En términos de la preparación del equipo de salud	29
B. En términos del desarrollo de la intervención mínima	29
V. REFERENCIAS	30

LISTA DE TABLAS Y CUADROS

Tabla 1. Estrategias para responder a la discordia en estilo motivacional	20
Cuadro 1: Micro habilidades. Ejemplo de preguntas abiertas.....	9
Cuadro 2: Micro habilidades. Ejemplos de afirmaciones.....	10
Cuadro 3: Micro habilidades. Ejemplos de reflejos centrados en las dificultades	11
Cuadro 4: Micro habilidades. Ejemplos de reflejos centrados en los aspectos positivos...	12
Cuadro 5: Micro habilidades. Ejemplos de resúmenes o sumarios	13
Cuadro 6: Micro habilidades. Ejemplos de entrega de información con estilo motivacional	14
Cuadro 7: Escalas de cambio. Ejemplo de uso de escala de importancia	16
Cuadro 8: Escalas de cambio. Ejemplo de uso de escala de confianza.....	17
Cuadro 9. Ejemplo de Focalización	24
Cuadro 10: Procesos en la entrevista motivacional. Ejemplo.	27

I. ANTECEDENTES

La población chilena tiene alta prevalencia de patologías bucales, especialmente caries dental y enfermedad periodontal. Éstas son patologías crónicas, que tienden a aumentar en prevalencia y severidad a medida que aumenta la edad de las personas, siendo más frecuentes en personas de nivel socioeconómico bajo, de zonas rurales y con menos años de estudio. Dentro de las secuelas de estas patologías se encuentra la pérdida de dientes, con la consecuente disminución de la dentición funcional y calidad de vida de las personas, y con un alto costo de los tratamientos rehabilitadores.

Estas patologías bucales, al igual que otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son prevenibles con una alimentación saludable, evitando el consumo de tabaco y alcohol y con una adecuada higiene oral.

Considerando que los comportamientos y prácticas asociadas al desarrollo de las patologías orales se determinan socialmente, debido a que los estilos de vida de las personas se van adquiriendo durante el proceso de socialización (en la familia, con los amigos y en la comunidad), se espera que el equipo de salud pueda acompañar a las personas en la adquisición de buenos hábitos de salud durante su curso de vida, con intervenciones individuales, familiares y comunitarias.

En el área de salud bucal, los programas que se desarrollan en la atención primaria de salud tienen un fuerte componente preventivo; sin embargo, las intervenciones que se realizan para la adquisición de buenos hábitos de salud bucal tienden a entregar instrucciones de cómo realizar una adecuada higiene oral e informar a las personas sobre los alimentos que es necesario evitar para prevenir la caries dental, sin considerar los determinantes del comportamiento de las personas, asumiendo que al conocer la conducta adecuada, las personas cambiarán sus hábitos. Esto se contradice con la práctica de conductas poco saludables en profesionales de la salud.

Para que las intervenciones en promoción de salud y prevención de enfermedades bucales sean más efectivas, es necesario apoyar a profesionales y técnicos del equipo de salud, entregándoles las herramientas necesarias. Es importante que el equipo de salud comprenda por qué las personas tienen determinadas conductas en salud y qué factores influyen en que decidan cambiarlas o mantenerlas. También debe conocer las formas de intervención que ayudan a las personas a tomar la decisión de cambiar sus conductas en

salud y los estilos de comunicación que promueven un clima de confianza y respeto con el usuario, facilitando una comunicación efectiva.

II. OBJETIVO, ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETIVO

Objetivo

Generar orientaciones basadas en la mejor evidencia disponible para motivar la adquisición de hábitos en las personas que favorezcan la salud bucal, a través de entrevistas motivacionales que permitan establecer una relación colaborativa, entre el equipo de salud y las personas que se atienden en la red de salud, para promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades bucales.

Alcance

Promoción de salud y prevención de patologías bucales en contexto de las actividades de educación o alfabetización para la salud bucal que se desarrollan durante la atención de las personas en Atención Primaria de Salud.

Población Objetivo

Profesionales y técnicos del equipo de salud. Además, puede ser utilizado por profesionales y técnicos de educación en el contexto del trabajo en el territorio (equipos interdisciplinarios), y por miembros de la comunidad entrenados en la metodología de entrevista motivacional.

III. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA

A. Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) es una estrategia para ayudar a las personas a descubrir motivación interna para cambiar aquellas conductas no deseables o bien incorporar nuevas conductas en pro de su salud. (Heisler, M. & Resnicow K., 2008; Thoesen & Newton 2005). Es un método de comunicación colaborativo orientado a una meta, que presta una atención particular al lenguaje de cambio. Está diseñada para fortalecer la propia motivación de la persona para realizar un movimiento hacia una meta específica y utiliza la evocación y exploración de los propios argumentos de la persona para el cambio, en una atmósfera de aceptación y compasión (Miller & Rollnick, 2013).

Es una herramienta que puede ser utilizada ya sea en una sesión o abarcar 3 o 4 sesiones; se desarrolla a través de cuatro procesos recursivos: vinculación, focalización, evocación y planificación, que se van construyendo uno sobre el otro; y se operacionaliza con habilidades comunicacionales: preguntas abiertas, reflejos, afirmaciones y resúmenes.

Los fundamentos de la entrevista motivacional son coherentes con el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) en la Atención Primaria, puesto que su centro es la persona, sus creencias y valores, fomentando la autonomía en un ambiente de confianza y colaboración.

La EM ha sido efectiva en intervenciones que demostraron incremento de la competencia percibida entre personas con diabetes, mejora de la autoeficacia, la adherencia al tratamiento, las habilidades de automanejo, el control de la diabetes medido con A1c a corto y largo plazo, así como la calidad de vida medida después de tres años (Rosenbeck 2011, Chen 2012, Dan Tu-Zhen 2014, Zomahoun 2016, Palacio 2016).

La EM comparada con educación individual o grupal podría disminuir la aparición de caries dental (Harrison, 2012), disminuir el riesgo de enfermedad periodontal (López-Jornet, 2014) y aumentar la probabilidad de cepillarse los dientes 2 veces al día (Clarkson, 2009). El Ministerio de Salud, en la Guía de Práctica Clínica “Prevención y tratamiento de caries dental en niños y niñas con dentición primaria”, sugiere realizar EM a la persona adulta responsable de su cuidado por sobre educación individual o grupal no estructurada, con baja certeza de la evidencia (Ministerio de Salud, 2018).

B. Elementos del espíritu de la Entrevista Motivacional

La EM cuenta con un marco valórico representado por cuatro elementos en los que se sustenta y que sugieren que las diferentes intervenciones y la postura del que la utiliza demuestra convicción de que la motivación es generada por el entrevistado y no impuesta, y de la importancia de comprender el marco de referencia que tiene la otra persona. Los elementos del espíritu son la colaboración, la aceptación, la evocación y la compasión (Miller & Rollnick 2013).

La **colaboración** implica una alianza entre el entrevistador y el usuario para trabajar en forma conjunta hacia una meta; el entrevistador desde su disciplina y el usuario desde el conocimiento que tiene de su propia vida y experiencias.

La **aceptación** de otros es reconocer sus fortalezas, recursos, esfuerzos y capacidad para dirigir su vida; aceptar implica no emitir juicios de valor respecto a la otra persona.

En la **evocación** se reconoce que el otro cuenta con motivaciones para el cambio y que con la ayuda del entrevistador es capaz de descubrir los argumentos para el cambio y de esa manera levantar su motivación intrínseca.

La **compasión** ayuda a conectarse con la necesidad del otro, acompañado del deseo genuino de aportar al bien de esa persona.

Este marco valórico facilita la creación de un clima de confianza y respeto que favorece guiar la conversación de manera tal que se puedan ir sucediendo los 4 procesos básicos descritos en la EM: vinculación, focalización, evocación y planificación (Miller & Rollnick, 2013).

C. Micro habilidades deseables en los profesionales o técnicos

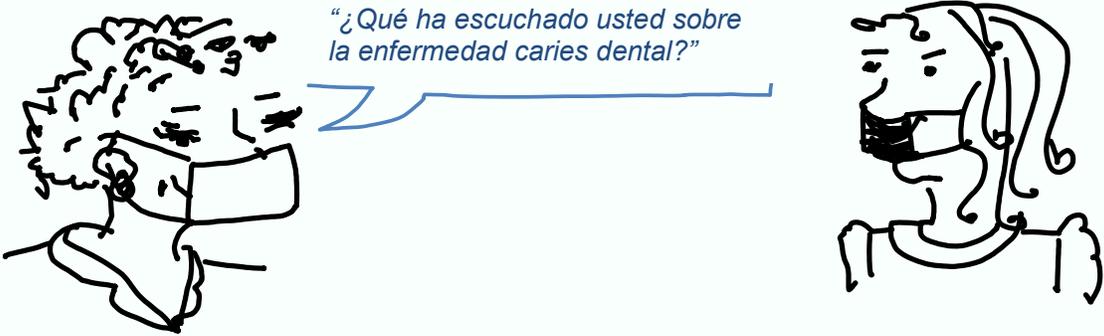
La metodología de la EM se lleva a cabo a través de las micro habilidades, que son técnicas comunicativas que guían la conversación hacia favorecer cambios de conducta más saludables en el usuario (Miller & Rollnick 2013). Estas micro habilidades son las siguientes:

1. Preguntas abiertas

Son aquellas preguntas que invitan a dar respuestas amplias y en profundidad. Estimulan la autorreflexión del usuario/a, lo que le permite comprender su situación y descubrir en sí mismo aquellos elementos que lo orientan en la dirección de la conducta saludable. En

algunos casos, el estímulo a reflexionar no se presenta como una pregunta, sino como una solicitud desde el entrevistador/a que invita al otro a hacerlo.

Cuadro 1: Micro habilidades. Ejemplo de preguntas abiertas



“¿Qué ha escuchado usted sobre la enfermedad caries dental?”

- *“¿Qué sensación percibe después de lavarse los dientes?”*
- *“Cuénteme, ¿cómo hace usted para cepillarse los dientes?”*
- *“¿Qué ha escuchado sobre las causas de las lesiones de caries?”*
- *“¿Qué cosas ha escuchado sobre la relación entre la alimentación y la enfermedad de caries?”*
- *“Me ha estado contando que tiene temor para ir a su control odontológico, ¿podría contarme cuáles son esos temores?”*

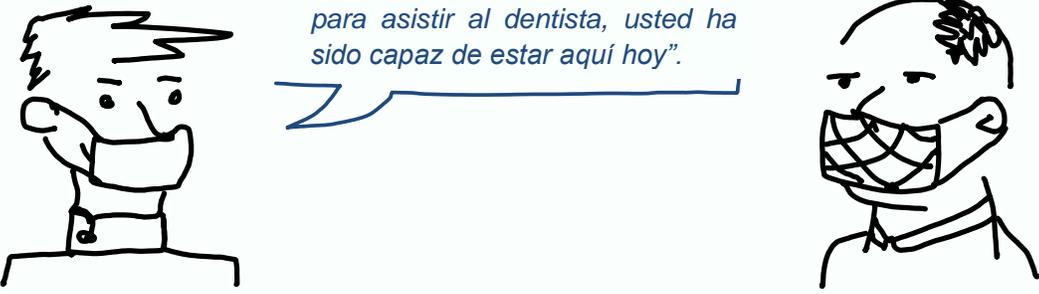
Frecuentemente en la atención a los usuarios/as es necesario realizar preguntas cerradas que son aquellas que se responden con un Sí o un No, un Bien o Mal, o una respuesta breve, tales como números de años, número de hijos, años de enfermedad, etc. Generalmente, al ingresar un nuevo usuario/a a un programa de salud se deben llenar una serie de formularios que incluyen estos aspectos. En este caso, es importante informarle al usuario/a que usted tomará unos minutos para registrar la información necesaria para el programa y luego se podrá conversar acerca de su situación. Explicitar la necesidad de recabar información permite no perder de vista que el foco de la sesión es el usuario/a, más que recopilar información.

Con las preguntas abiertas, el entrevistador/a podrá conocer el significado que las personas tienen respecto a la enfermedad o problema de salud detectado, cómo se produce, cuáles son sus creencias y valores asociados, identificando aspectos que facilitarán el desarrollo de la entrevista y el avance de ésta hacia la definición de objetivos y metas claras.

2. Afirmaciones

Son frases en las que se reconocen los aspectos positivos de la persona. Describe conductas y aspectos concretos, tales como logros, habilidades, fortalezas personales, valores personales, conductas pro sociales, conductas de autocuidado, y no son juicios de valor. Fortalecen la autoestima y la autoconfianza y permiten reconocer los recursos personales.

Cuadro 2: Micro habilidades. Ejemplos de afirmaciones



“A pesar de los temores que tiene para asistir al dentista, usted ha sido capaz de estar aquí hoy”.

- *“Usted es responsable y viene regularmente a sus controles”.*
- *“Usted se preocupa por su salud (o la de su hijo o hija), solicitó la cita para el control por iniciativa propia”.*
- *“Usted ha logrado disminuir el consumo de azúcar en el hogar”.*
- *“Ha estado tres meses sin fumar, ha logrado su meta”.*
- *“Usted y su familia han logrado que su hija/o esté libre de lesiones de caries (o presente muy pocas lesiones), lo cual muestra su compromiso y el trabajo realizado durante el último tiempo”.*

Las afirmaciones deben ser honestas y remitirse a descripciones de los logros o fortalezas del usuario/a, evitando utilizar el “yo” y centrándose en el “usted”.

3. Reflejos

Son hipótesis que le ofrece el entrevistador/a al usuario/a sobre lo que éste último ha dicho o muestra con su conducta. Se verbaliza en forma de aseveración y no de pregunta. Esto significa que la entonación al término de la frase es hacia abajo, a diferencia de la pregunta, en que la entonación es hacia arriba. Los reflejos le muestran al usuario/a que estamos escuchando y que nos esforzamos por comprender su situación, y lo estimulan a continuar reflexionando para profundizar o ampliar el tema. Por otra parte, le ayudan al entrevistador/a a confirmar su hipótesis. Los reflejos exigen del entrevistador/a una escucha reflexiva que,

además de ayudar a comprender la situación, facilitan la construcción de un vínculo. Los reflejos son la expresión de la empatía.

Los reflejos tienen un rango de complejidad, desde el más simple, en el que el entrevistador/a repite lo que ha dicho el usuario/a con las mismas palabras o palabras similares, hasta los más complejos, siendo estos últimos aquellos que incorporan aspectos cognitivos, afectivos y conductuales no verbalizados explícitamente por el usuario/a. Los resúmenes y las metáforas son reflejos complejos.

En algunos casos, la hipótesis no es confirmada por el usuario/a, lo que indica que la aseveración no refleja lo que ha dicho o siente. Sin embargo, esta hipótesis no confirmada también lo invita a reflexionar.

La otra función de los reflejos es relevar aspectos del discurso del usuario/a que orientan hacia la conducta meta. Es decir, el entrevistador/a selecciona los aspectos del discurso que guían hacia el logro de una meta. En este sentido se señala que la EM es direccional y no directiva, ya que utiliza un estilo de comunicación de guía.

Cuadro 3: Micro habilidades. Ejemplos de reflejos centrados en las dificultades

"A pesar de lavarme los dientes como me enseñaron, igual tengo caries".

"No logra evitar la caries"; "Se cepilla los dientes y no logra resultados". (Reflejo simple)

"Se siente frustrada por no lograr evitar las lesiones de caries, a pesar del esfuerzo que hace al cuidarse su dentadura"; "No es fácil continuar haciendo el esfuerzo". (Reflejo complejo)

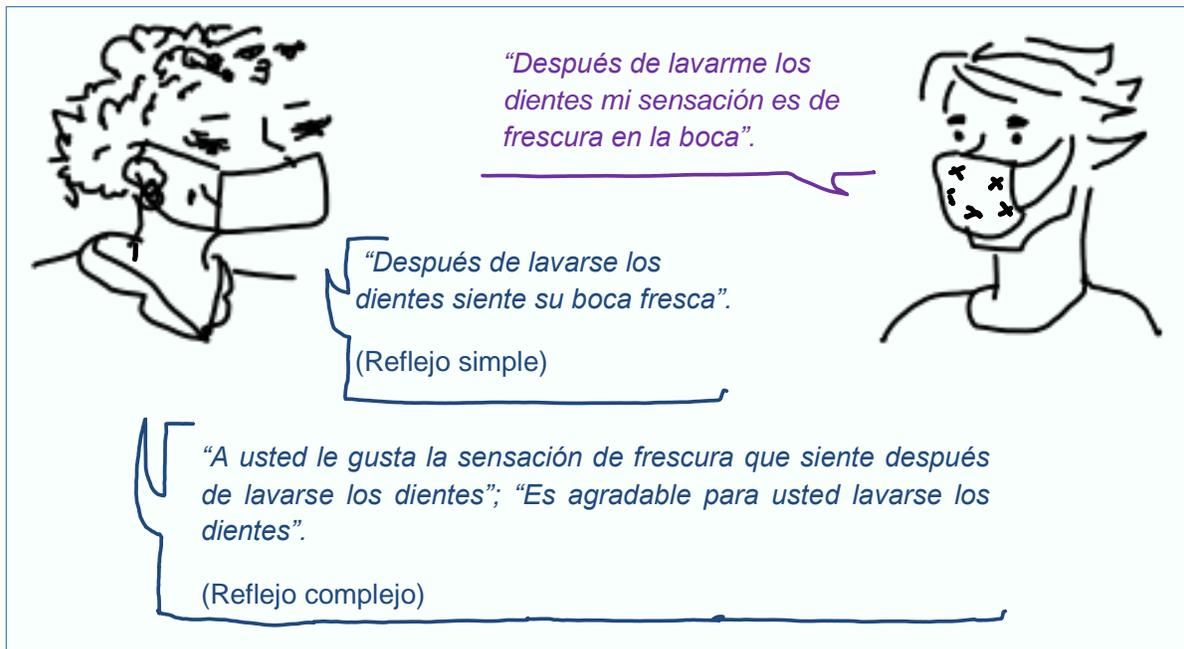
Usuario: *"Estoy aburrido de tomar tantos medicamentos".*

Reflejo simple: *"Le aburre tomar medicamentos"; "Pareciera que el tomar muchos medicamentos lo cansa".*

Reflejo complejo: *"Le gustaría estar bien y sin medicamentos"; "No le gusta depender de tantos medicamentos para manejar su enfermedad"; "Le frustra tener que seguir necesitando esa cantidad de medicamentos".*

Los ejemplos anteriores le muestran al usuario/a que lo estamos comprendiendo, no solo en su discurso sino que también en las emociones que le surgen, aunque no necesariamente lo orientan hacia el cambio, ya que se centran en las dificultades que tiene la persona para cuidarse. Los siguientes ejemplos enfatizan los aspectos positivos y guían a la persona a continuar con su relato en dirección al cambio.

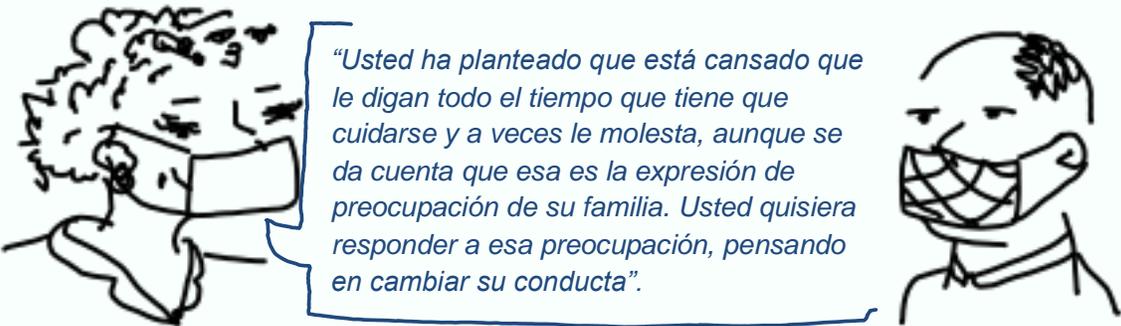
Cuadro 4: Micro habilidades. Ejemplos de reflejos centrados en los aspectos positivos



A su vez, las afirmaciones son un tipo de reflejo, como sería la siguiente aseveración: *“A pesar de significarle un esfuerzo, usted es constante y mantiene el cuidado de sus dientes y la dieta tal como lo acordamos”.*

4. Resúmenes o sumarios

Es entregarle al usuario/a un conjunto de reflejos en los que se rescatan los aspectos positivos y fortalezas de la persona y aquellos elementos que orientan hacia la meta. A su vez, demuestran que hemos escuchado. Los resúmenes pueden ser útiles para recopilar los contenidos de la entrevista al final de la misma, pueden ser útiles para cerrar una etapa de la conversación y abrir un nuevo tema; o para relacionar contenidos actuales de la conversación con temas vistos anteriormente. Al igual que los reflejos, el resumen buscar resaltar aspectos del discurso que orientan hacia la conducta meta.

Cuadro 5: Micro habilidades. Ejemplos de resúmenes o sumarios

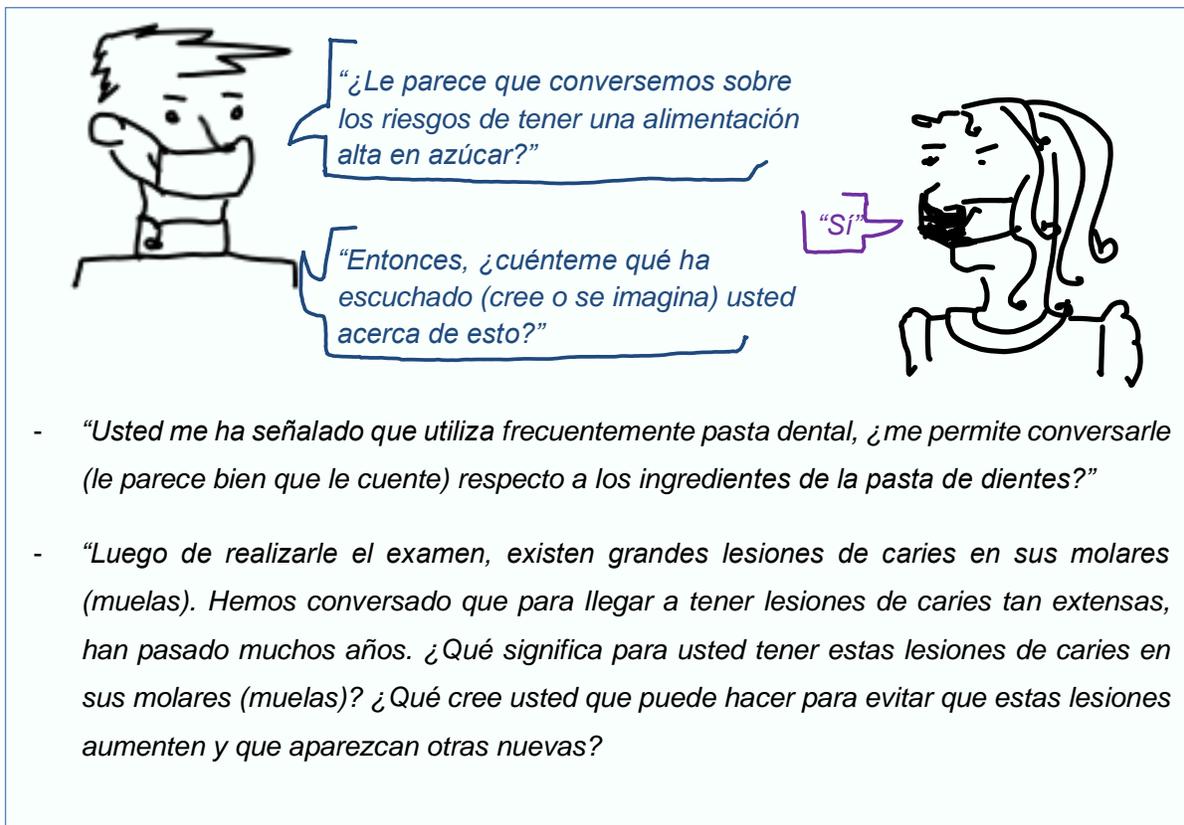
“Usted ha planteado que está cansado que le digan todo el tiempo que tiene que cuidarse y a veces le molesta, aunque se da cuenta que esa es la expresión de preocupación de su familia. Usted quisiera responder a esa preocupación, pensando en cambiar su conducta”.

- “Por una parte es molesto seguir todas las indicaciones de tratamiento y cree que a esta altura de su vida no sería tan malo morir, de algo hay que morir me ha dicho. Sin embargo, en algún momento me habló de lo importante **que es para usted** seguir ayudando en el cuidado de sus nietos, ¿qué piensa acerca de estas dos cosas?”
- “Usted ha señalado que a su hija no le gusta cepillarse los dientes, pese a que tiene un cepillo y pasta de dientes para la casa y otro para la escuela. También me ha contado que inmediatamente después de cada comida usted le insiste en la necesidad de cepillarse los dientes, y se ha dado cuenta de que tanta insistencia hacia su hija sobre el tema puede estar generando en ella un rechazo hacia el cepillado de dientes. En el fondo usted no desea que su hija viva la misma experiencia de la enfermedad de caries que ha experimentado usted”.
- “Me ha comentado que a usted le preocupa mucho cuando su hija se queda con su padre o va de visita con sus abuelos, porque siempre le tienen cosas dulces para comer y, además, usted no sabe cómo le cepilla su padre los dientes, pese a que usted siempre le recalca lo importante que es. Por otra parte, se ha dado cuenta que el 80% o más de la vida de su hija la pasa con usted, y que una minoría del tiempo pasa con su padre o sus abuelos, y que cuando está con usted ella come muy pocos alimentos con azúcar y, además, se cepilla los dientes en la mañana y en la noche, como mínimo. Finalmente, usted me ha comentado que lo importante es preocuparse de que mantenga una alimentación saludable la mayor parte del tiempo, que es cuando está con usted; y que desordenarse en la alimentación durante las visitas con su padre o abuelos, es muy probable que no afecten la salud de sus dientes”.

5. Entregar información con estilo motivacional

Es un intercambio de información utilizando la estrategia de evocar- proveer- evocar (preguntar- informar- preguntar). Respetando la autonomía de la persona, antes de entregar información se le pide permiso: ¿le parece que hablemos de...?, ¿le gustaría que le contara...?, ¿le podría decir lo que han mostrado las investigaciones que se han hecho respecto a.....? Luego, se inicia evocando en el usuario/a lo que sabe, ha escuchado, cree o se imagina respecto a la información que se quiere entregar y a partir de ello, completar la información. Luego, chequear lo que la persona ha comprendido, lo que significa para él/ella esta información o también puede invitar a reflexionar cómo esta información se aplica o no a su situación de vida, dejando un espacio de tiempo para ello. La información se entrega en pequeñas dosis, para ir siguiendo al usuario/a en el proceso de incorporación de esta nueva información.

Cuadro 6: Micro habilidades. Ejemplos de entrega de información con estilo motivacional



“¿Le parece que conversemos sobre los riesgos de tener una alimentación alta en azúcar?”

“Entonces, ¿cuénteme qué ha escuchado (cree o se imagina) usted acerca de esto?”

“Sí”

- “Usted me ha señalado que utiliza frecuentemente pasta dental, ¿me permite conversarle (le parece bien que le cuente) respecto a los ingredientes de la pasta de dientes?”
- “Luego de realizarle el examen, existen grandes lesiones de caries en sus molares (muelas). Hemos conversado que para llegar a tener lesiones de caries tan extensas, han pasado muchos años. ¿Qué significa para usted tener estas lesiones de caries en sus molares (muelas)? ¿Qué cree usted que puede hacer para evitar que estas lesiones aumenten y que aparezcan otras nuevas?”

Para entregar información, el entrevistador/a solicita permiso al usuario/a, dado que se trata de guiar la conversación, no imponiendo un tema en específico.

D. Discurso de cambio en la Entrevista Motivacional

El discurso de cambio es un aspecto central de la EM en que se reconocen frases o contenidos del discurso de la persona, que reflejan razones para cambiar, necesidad de cambiar, deseos de cambiar o habilidad para realizar un cambio (llamado lenguaje preparatorio) (Amrhein 2003). A través de las micro habilidades, el entrevistador/a ayuda a la persona a profundizar en este discurso e invita a reflexionar, con el fin de ayudarlo a progresar hacia el compromiso con el cambio o iniciar el cambio. Razones, necesidad, deseo y habilidad no predicen el cambio, a diferencia del compromiso e inicio del cambio, que si lo predicen. Para ello, utiliza diversas estrategias (Miller & Rollnick, 2013), tales como:

1. Invitar a pensar en situaciones extremas

- ¿Qué sería lo mejor que podría pasar si usted deja de tomar bebidas azucaradas?
- ¿Qué sería lo peor que podría suceder si usted deja de tomar bebidas azucaradas?
- ¿Qué problema cree usted que le puede generar el tener estas lesiones de caries en sus dientes?

2. Experiencia y proyecciones

- ¿Cómo se ve a sí misma en 10 años más?
- ¿Cómo imagina que estará su salud bucal en 5 años más?
- ¿Cómo era su vida antes de perder los dientes por causa de la enfermedad periodontal?

3. Utilizar escalas de cambio

- Escala de importancia: De 1 a 10, qué tan importante es para usted dejar de tomar bebidas azucaradas, siendo 1 la mínima importancia y 10 la máxima importancia.
- Escala de confianza (autoeficacia): De 1 a 10, qué tan capaz se siente usted de dejar de tomar bebidas azucaradas, siendo 1 la mínima confianza y 10 la máxima confianza.

En ambos casos, se invita a la persona a reflexionar acerca de las razones que tuvo para ubicarse en un número determinado y no en uno inferior. Si la persona dice X puntos en cualquiera de las dos escalas, usted le pregunta ¿por qué no un X-n? Con ello, lo está invitando a evocar cuáles son los elementos de importancia y sus valores (en el caso de la escala de importancia) que lo hacen ubicarse en ese número. De igual manera, en el caso

de la escala de confianza, al solicitarle que reflexione acerca de por qué puso un X y no un X-n, se le invita a identificar sus fortalezas y recursos para el cambio.

Después que la persona ha identificado por qué es importante para ella realizar el cambio y cuáles son los recursos con los que cuenta, se le invita a reflexionar sobre qué debería suceder para que en ambas escalas subiera ese puntaje y finalmente se le puede preguntar de qué manera piensa que usted podría ayudarle.

Cuadro 7: Escalas de cambio. Ejemplo de uso de escala de importancia

“Sra. María, ¿cuán importante es para usted dejar de tomar bebidas azucaradas? En una escala de 1 a 10. Donde el 1 es ninguna importancia y 10 es muy importante”.

“Yo creo que podría ser como un 6”.

“¿Y por qué no un 3?”

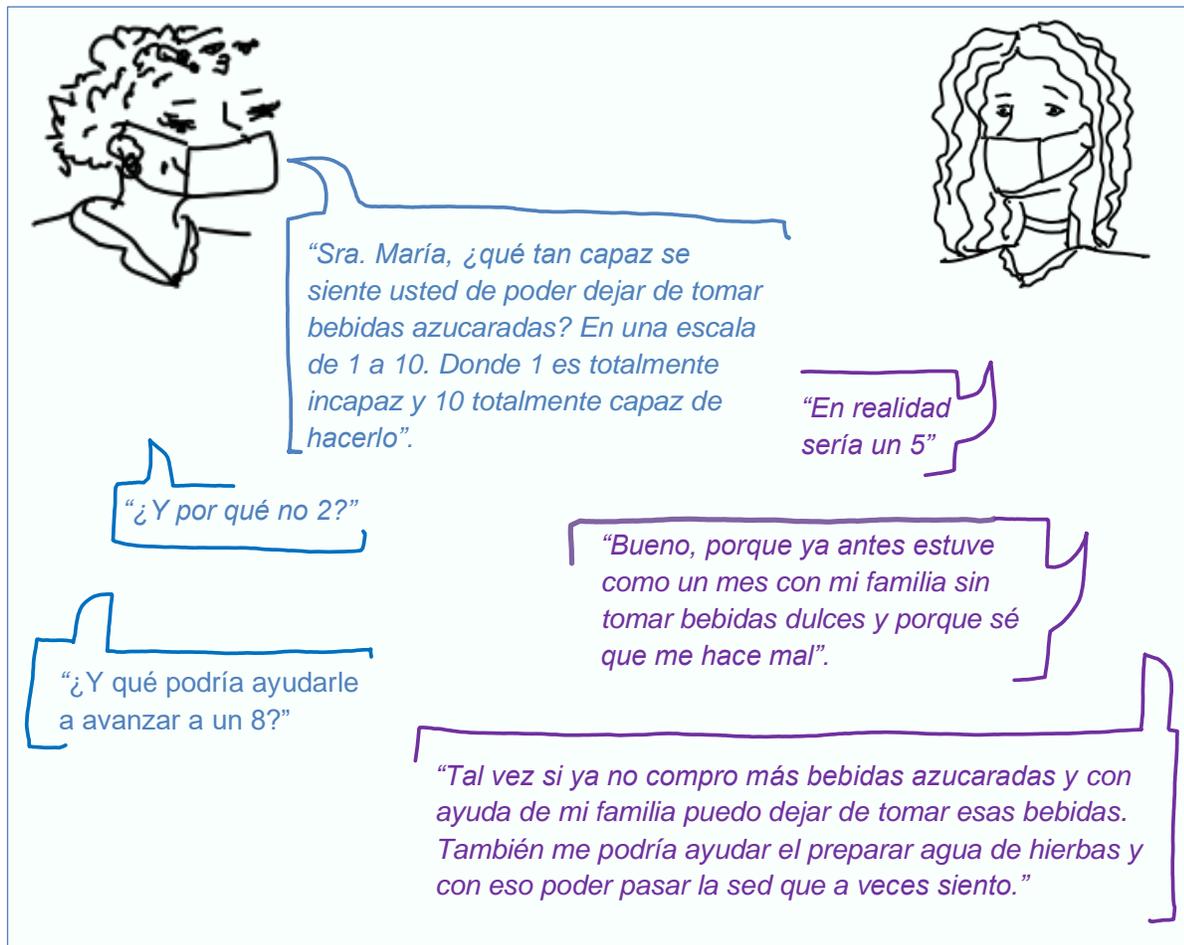
“Porque las bebidas azucaradas son malas para mi diabetes. Engordan, generan lesiones de caries y me suben la glicemia. Además, creo que sería bueno que mis hijos se acostumbraran a no tomar esas bebidas”.

“¿Y qué tendría que suceder para que fuera un 8?”

Ahora que tengo nietos debería preocuparme y darles el ejemplo, para que ellos también sepan que es mejor tomar agua que bebidas con azúcar. Además, no me gustaría que sus dientes estuvieran afectados por caries, que les duelan, infecten y que no puedan comer bien.”

Con ello, se invita a la persona a reflexionar acerca de cuán importante es cambiar la conducta para él/ella, a descubrir/identificar y verbalizar aquellos aspectos o elementos sobre los que sustenta su elección. Aparecen sus valores.

Cuadro 8: Escalas de cambio. Ejemplo de uso de escala de confianza



Con esta escala se invita al participante a reflexionar acerca de cuáles son los recursos personales con que cuenta para cambiar la conducta, y descubrir/identificar y verbalizarlos (por ejemplo, la persona puede mencionar experiencias previas, habilidades, apoyos).

Cabe mencionar que en la aplicación de las dos escalas anteriores las preguntas fueron “¿y por qué no un 3?”, “¿y por qué no un 2?”, los cuales son valores menores a lo señalado por el usuario/a. Esto tiene el sentido de favorecer el desarrollo de un discurso de cambio. Si el entrevistador/a hubiese preguntado “¿Y por qué no un 10?”, estaría favoreciendo un discurso de mantenimiento, en donde el usuario/a respondería señalando qué es lo que le impide ser totalmente capaz de cambiar su conducta. En cambio, el entrevistador/a desea promover el discurso de cambio.

4. Lo bueno y lo no tan bueno

Se invita a la persona a reflexionar en torno a las consecuencias de la conducta a cambiar. Primero se indaga qué sabe acerca de lo bueno de la conducta problema y luego lo menos bueno, no al revés (de esta manera se refuerza la honestidad, la confianza y se fortalece el vínculo). Luego se puede indagar de qué manera es posible evitar las cosas menos buenas, o bien, cuán preocupado está por las cosas menos buenas. Por ejemplo:

- ¿Cuáles son las cosas buenas de comer como lo ha estado haciendo hasta ahora?
- ¿Cuáles son las cosas menos buenas de mantener su estilo de alimentación?
- ¿Qué tan preocupado está por las cosas menos buenas?
- ¿Cómo cree que podría evitar las cosas menos buenas?
- ¿Le gustaría evitar las cosas menos buenas?

5. Valores personales

Se indaga acerca de los valores personales: qué es importante para la persona y qué guía su conducta. Luego, se indaga o reflejan sus metas personales en la vida, en relación con su salud o respecto al manejo de su enfermedad. Finalmente, se invita a la persona a relacionar metas y valores personales con los beneficios del cambio de conducta y/o la planificación de un cambio. Por ejemplo:

- A una persona con múltiples lesiones de caries, que presenta múltiples inasistencias, además de problemas en su higiene bucal, se la invitaría a evocar sus valores a través de la siguiente pregunta: “¿Qué cosas son importantes para usted, en relación con su salud bucal?” A esta pregunta el usuario podría enumerar elementos o circunstancias que pueden ser importantes para él, tales como: ser alegre y sonreír, poder alimentarse de mejor forma, no sufrir de dolor, tener una mejor apariencia, no tener vergüenza al sonreír o hablar, ser un buen ejemplo para sus hijos y/o nietos, no tener mal aliento y tener más confianza en la intimidad con su pareja.
- Frente a ello, se le invita a reflexionar acerca de qué cambios necesitaría realizar en su estilo de vida para lograr esas metas que son importantes para el/ella, buscando la relación entre los valores mencionados en el párrafo anterior y la adherencia a las recomendaciones que le permitirían mantener mejor su salud bucal.

E. Discordia y discurso de mantenimiento

La EM se construye a través de la comunicación tanto verbal como expresiva, por consiguiente, tiene aspectos relativos al contenido y a la relación. La **discordia** es una interferencia de la relación, que puede aparecer cuando los objetivos del entrevistador/a difieren de los objetivos del usuario/a, cuando el entrevistador/a presiona al usuario/a hacia el cambio, o bien cuando el usuario/a no se siente comprendido en su situación.

La discordia es relacional, a diferencia del llamado **discurso de mantenimiento**, que se refiere al contenido de lo que se está tratando. En este último, la persona no desea cambiar la conducta, no encuentra razones ni necesidades para ello y no se siente capaz de hacerlo (Miller & Rollnick, 2013). Por ejemplo un discurso de mantenimiento sería: “señorita no quiero hacer ejercicio, tengo bastantes tareas pendientes que arriesgan mi trabajo y que van a ocupar todo mi tiempo”. Por su parte, un ejemplo de discordia sería: “señorita, usted me dice que tengo que hacer ejercicio y que tengo que encontrar la forma de hacerlo, sin embargo, usted no está en mis zapatos y no tiene idea de cómo es mi realidad. A lo mejor para usted es muy fácil, pero para mí no lo es”.

La discordia pone en riesgo el vínculo, que es el proceso básico sobre el que se asienta la EM. Cuando aparece, se requiere que el entrevistador/a cambie la estrategia que está utilizando para mantener el vínculo o revincularse.

La discordia está inversamente relacionada con el cambio, por tanto, es importante identificar las señales de alarma y cambiar la estrategia. Algunos ejemplos de estas señales son (Miller & Rollnick 2013):

- Defenderse, minimizar, excusarse: “no es mi culpa”; “¡si no es tan malo!”
- Argumentar, desafiar, devaluar al terapeuta: “lo que pasa, es que usted no entiende”; “ustedes no tienen idea de la realidad de mi barrio”.
- Interrumpir: en la conversación, más que el contenido de lo que diga la persona, es el hecho de que interrumpa.
- Desatender: ignorar, distraerse, cambiar de tema.

Para disminuir la discordia o evitar que ésta aumente, el entrevistador/a puede utilizar algunas de las estrategias que se describen a continuación.

Tabla 1. Estrategias para responder a la discordia en estilo motivacional

ESTRATEGIA	DESCRIPCION	EJEMPLOS
Reflejos (de distinto tipo)	Se refleja la conducta/emoción observada en el usuario/a que muestra la discordancia.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Prefiere no hablar del tema.</i> - <i>Para usted es molesto que le pregunten sobre ese aspecto de su vida.</i> - <i>Usted no conversaría sobre ese tema absolutamente con nadie.</i> - <i>Por una parte, le incomoda hablar sobre ese aspecto de su vida, y por otra parte pareciera que le gustaría poder finalmente compartirlo con alguien.</i>
Re encuadrar	Ofrecer una forma distinta de mirar la situación, una nueva perspectiva.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Usted ha seguido tratando de bajar de peso, a pesar de no lograr los resultados que quiere.</i> - <i>Usted tiene gran fuerza de voluntad lo que le permite continuar con su esfuerzo por lograr lo que quiere.</i>
Cambiar el foco de la conversación	Señalar que quizás no es el momento para hablar de ese tema. Preguntar el tema que la persona quisiera tratar en ese momento.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>¿Le parece que dejemos de lado ese tema en este momento?</i> - <i>¿Sobre qué quisiera usted que conversáramos?</i>
Estar de acuerdo y dar un giro a la conversación	Señalar que se está de acuerdo con una parte de lo que dice la persona y darle una nueva perspectiva a la otra parte del discurso.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Realmente, como usted dice, no es fácil mantener el plan de ejercicio físico, aunque por otra parte usted es de esas personas que cuando se proponen algo lo logran.</i>
Mostrar que la persona tiene el control	Reafirmar que el usuario/a es el que elige qué hacer.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Usted es el que toma sus propias decisiones, nadie lo puede hacer por usted.</i>
Ponerse del mismo lado	En la ambivalencia, ponerse del mismo lado del usuario/a y así estimularlo para que hable del otro lado.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>En realidad, usted tiene razón en que no es nada fácil seguir la dieta. Incluso a veces es prácticamente imposible.</i>
Pedir disculpas	Es decirle a la persona “lo siento”, en situaciones en que usted ha incurrido en un error, o en donde la persona se ha sentido incómoda con lo que usted le ha dicho.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Disculpe, no quise ser insistente.</i> - <i>Lo siento, creo que no lo comprendí bien.</i>
Afirmar	Una afirmación honesta y respetuosa puede ayudar a disminuir la tensión en la relación y disminuir las defensas del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Usuario: ¡¡¡Pierdo mucho tiempo viniendo al control!!!</i> - <i>Entrevistadora: A pesar de lo difícil que es venir a la consulta, usted ha seguido viniendo.</i>

F. Los procesos de la Entrevista Motivacional

La EM consta de cuatro procesos básicos: vinculación, focalización, evocación y planificación.

Vinculación: es la base de la relación entre entrevistador/a y usuario/a, que incluye el respeto mutuo y la confianza.

Focalización: se refiere a identificar de manera conjunta las metas y prioridades que le darán la dirección al diálogo.

Evocación: a través de la evocación se facilita que la persona aumente su discurso de cambio encontrando sus propias motivaciones y argumentos para ello.

Planificación: en la que, en conjunto, usuario/a y entrevistador/a buscan organizar la forma de llevar a cabo un cambio específico, definiendo metas medibles, alcanzables y en un tiempo definido (Miller & Rollnick 2013).

1. Vinculación

El proceso de vinculación es la base sobre la que se trabaja la EM. Hace referencia a la construcción de un vínculo de respeto, confianza, empatía y aceptación. Busca la creación de un clima cordial y de colaboración, en donde ambos se sientan cómodos conversando.

Algunas trampas que dificultan el vínculo son las siguientes (Miller y Rollnick, 2015):

Trampa de la evaluación: el entrevistador/a asume que, para ayudar a la persona, es necesario recopilar mucha información, centrando la metodología en preguntas las cuales son necesarias que sean respondidas por el usuario/a que asume un rol más pasivo. Por ejemplo:

- Centrar el control CERO en preguntas cerradas para contestar cada ítem de la pauta, en vez de aprovechar las preguntas del ámbito de la dieta e higiene realizando preguntas abiertas y que las respuestas a registrar sean consecuencia de una conversación basada en EM.

La trampa del experto: el entrevistador/a asume el rol de indicar soluciones a los problemas, a modo de receta. Este tipo de indicaciones casi nunca es efectivo para el cambio, con la consiguiente frustración del entrevistador/a. Por ejemplo:

22 Entrevista Motivacional para la Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales

- “Lo que usted debe hacer es cepillarse los dientes tres veces al día, como mínimo”.
- “Usted debe disminuir el consumo de alimentos azucarados, porque es la única forma de evitar la enfermedad de caries”.

La trampa del foco prematuro: la temática a abordar que le importa al entrevistador/a puede no ser compartida por el usuario/a, forzando la conversación y pudiendo generar discordia. Por ejemplo:

- Centrar la conversación rápidamente en el cepillado de dientes, en circunstancias que a la persona le interesa conversar sobre la alimentación.

La trampa de la etiqueta: es un tipo de foco prematuro, donde el entrevistador/a asume la necesidad de que el usuario/a admita el diagnóstico, que puede ser rechazado por la persona. Por ejemplo:

- “Usted tiene un problema con las caries”.
- “El daño en los dientes que tiene su hijo/a es un tipo de violencia”.

La trampa de la culpa: el culpar a la persona de la presencia de lesiones de caries puede ponerlo a la defensiva. A su vez, algunos usuarios intentan encontrar al culpable del problema con frases como “es que su papá le da demasiados dulces”. Por ejemplo:

- “Por su descuido el niño tiene estas lesiones de caries”.
- “Si su hija tiene sobrepeso y, además, muchas lesiones de caries, es porque ustedes, como sus padres, no se han preocupado de su alimentación”.

Con las frases anteriores, es probable que se genere una relación de conflicto, favoreciendo la discordia. En este sentido, es importante que el entrevistador/a señale que el objetivo del tratamiento no es encontrar culpables, sino que descubrir las cosas importantes para la persona y qué se puede hacer al respecto.

La trampa de la charla: el entrevistador/a se limita a charlar, sin una dirección concreta en la conversación. Por ejemplo:

- Conversar de temas que no son de interés de la persona, sin facilitar que éste construya su propio discurso de cambio.

2. Focalización

La focalización apunta a encaminar el proceso hacia un propósito concreto. El entrevistador/a puede tener sus propios objetivos y algunos pueden coincidir con los del usuario/a, pero no necesariamente todos. Es importante que el entrevistador/a identifique cuál es su agenda y la del usuario/a, en términos de sus expectativas, valores, miedos y preocupaciones. Por ello es necesario esforzarse en encontrar los tópicos relevantes sobre los cuales trabajar y en el que los objetivos personales del usuario/a concuerden con las aspiraciones del entrevistador/a. Enfocar es el proceso que permite desarrollar y direccionar la conversación sobre el cambio.

El foco de la atención odontológica facilita el poder centrar la conversación con mayor claridad, dado que las personas acuden con expectativas que pueden coincidir mayormente con la dirección de una EM con foco en la prevención de enfermedades. Pese a lo anterior, es importante identificar cuál es la motivación de la persona al respecto, la cual podría estar en el cepillado dental, alimentación u otra temática, y no necesariamente esa motivación estar en línea con el interés del entrevistador/a.

La focalización se orienta a metas positivas para el bienestar de la persona, con las que podremos concordar en la medida que tengamos evidencia de que hay ciertas opciones que pueden ser más beneficiosas que otras, por ejemplo, en las alternativas de tratamiento. Sin embargo, ¿qué sucede cuando no hay evidencia clara sobre qué opción es mejor para el usuario/a?

Cuando la decisión de la meta depende de los valores o creencias de la persona y no de información basada en evidencia, estamos en una situación de equiponderancia. En estas circunstancias la EM no se usaría en beneficio de una meta específica en términos de conducta por salud, sino más bien, la meta sería ayudar al otro a que progrese en el proceso de tomar una decisión. En equiponderancia, el entrevistador/a asume un rol neutral, evitando en forma consciente guiar hacia una alternativa o cambio particular, explorando en forma equitativa todas las opciones existentes. En estos casos se recomienda usar la herramienta de Balance Decisional, ya que releva de igual manera los costos y beneficios de cada alternativa (Miller & Rose 2015).

Cuadro 9. Ejemplo de Focalización

En la evaluación inicial de un adolescente de cuarto medio, en una localidad rural, el usuario señala que no se cepilla los dientes y al examen de salud bucal se observa que no posee historia de caries. Al realizar la encuesta de dieta (recordatorio de 24 horas), se observa una alimentación con bajo consumo de azúcares, es decir de bajo nivel cariogénico, siendo corroborado por el usuario al señalar que en muy pocas ocasiones consume alimentos azucarados. Al momento de conversar sobre el cepillado, señala que su intención no es cepillarse ni utilizar pasta de dientes.

Se conversa sobre el origen de la enfermedad de caries y el efecto que ejerce el cepillado sobre las bacterias que se adhieren en el diente (a través de la utilización de macromodelo educativo). Se evidencia al usuario, a través del uso de espejo facial, que presenta inflamación de sus encías (gingivitis) y que eso muy probablemente se debe a la ausencia de cepillado, conversando respecto al origen de la gingivitis, probables consecuencias y el cepillado de dientes como una forma de prevenir su avance.

El usuario señala que se cepillará los dientes solo una vez al día y sin pasta de dientes. Ante ello, el entrevistador sugiere que sea en la noche, antes de acostarse, y explica la razón de ello. El usuario contesta que le parece bien, y que lo hará.

Se informa acerca del probable sangrado de las encías cuando comience a cepillarse, producto de la gingivitis, y que con el transcurso de las semanas este sangrado disminuirá, hasta desaparecer, conforme se desinflame la encía.

Luego de la alternativa elegida por el usuario, el entrevistador no insiste respecto a la necesidad de un mayor número de cepillados al día, y tampoco recomienda ni indica uso de pasta fluorada. El usuario reside en una zona rural, sin agua fluorada y, por lo tanto, el uso de fluoruros en la pasta de dientes ayudaría bastante en mantener los dientes sanos. Sin embargo, se entregan las opciones según la alternativa elegida por la persona, considerando aspectos importantes como que la alimentación es de baja cariogenicidad.

En los próximos controles se realizará seguimiento a la meta establecida por el usuario. Como también podría retomarse, pidiéndole permiso al usuario, el tema de la frecuencia del cepillado.

3. Evocación

La evocación es la característica principal de la EM y el objetivo es ayudar a la persona a descubrir en sí misma argumentos para el cambio. Esto se hace a través de la identificación y profundización del discurso de cambio de la persona: por qué desea cambiar, para qué necesita cambiar, qué habilidades de cambio tiene y qué desea cambiar. Para ello se utilizan las micro habilidades y algunas estrategias ya mencionadas. En este proceso es importante seguir el ritmo de la persona, ayudándola a progresar hacia la decisión de cambiar y dar pasos o realizar acciones concretas hacia el cambio.

4. Planificación

La planificación es el último proceso en una EM. Consiste en acompañar a la persona mientras elabora e implementa un plan de cambio, por ejemplo, en su estilo de vida. Significa apoyar el diseño del plan, aportando información necesaria para el usuario/a, ofreciendo distintas opciones, construyendo en conjunto las mejores estrategias de acuerdo con la realidad particular de cada persona y evitando dar instrucciones sobre lo que debe hacer, como si fuera una receta. En este sentido, la entrega de las indicaciones del tratamiento puede hacerse utilizando el estilo motivacional de modo que la persona sea quien explora alternativas, evalúa las que ofrece el entrevistador/a y planifica cómo llevarlas a cabo. La claridad del plan dependerá de la claridad del objetivo planteado. Un objetivo específico (“dejar las bebidas azucaradas”) facilita la definición de pasos concretos y su evaluación, a diferencia de uno más difuso (“ingerir menos azúcar”).

Es importante considerar que estos 4 procesos se inician en distintos momentos, y una vez activos, “corren” en forma paralela. La vinculación es la base necesaria para toda la intervención basada en EM, este proceso es necesario para poder focalizar un objetivo a trabajar. Saber hacia dónde queremos ir, guiará el proceso de evocación y finalmente, la evocación podrá llegar a activar o no, el proceso de planificación.

En esta etapa, se proponen objetivos o metas basándose en los recursos con los que cuenta la persona. Tampoco se trata de que el entrevistador/a adopte un rol pasivo y no pueda ofrecer una alternativa. Siempre es factible hacerlo, aunque ofreciéndole la opción a la persona.

La realidad del trabajo del equipo de salud en APS es una oportunidad para planificar y dar seguimiento al plan de cambio elegido por el usuario/a. Los principios irrenunciables del

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado, consideran a las personas en su integralidad física, mental, espiritual y social, dando importancia a sus necesidades y expectativas, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, existiendo una continuidad del cuidado, donde las intervenciones en salud son experimentados como coherentes y conectadas entre sí en el tiempo. De esta forma, cada punto de contacto del equipo de salud con los usuarios/as y sus familias, constituyen una oportunidad para acompañar y motivar el proceso de cambio.

Cuadro 10: Procesos en la entrevista motivacional. Ejemplo.

En el marco de un control odontológico en la infancia en una posta de salud rural, durante una EM que se enfoca en la alimentación, la madre identifica que un comportamiento que podría aumentar la probabilidad de que su hija presente lesiones de caries en el futuro es el consumo de leche en formato caja sabor chocolate. El entrevistador, al indagar sobre la marca y tipo de leche, da cuenta a la madre que cada vaso de leche contiene aproximadamente 4 cucharadas de azúcar, y que si se multiplica por las 3 veces que la consume al día, da un total de 12 cucharadas de azúcar. La madre señala que no tenía conocimiento respecto de la gran cantidad de azúcar que estaba consumiendo su hija.



El entrevistador entiende que ante esa realidad es muy difícil proponer un cambio radical, como eliminar el consumo de leche con chocolate de inmediato y pregunta a la madre:



El entrevistador observa en los ojos de la usuaria una expresión de afirmación. Se percató que los ojos le brillaron a la madre en ese momento, y pregunta:



Se establece un objetivo claro de la EM que es disminuir el consumo de azúcar en la leche a la mitad. Con ello, la usuaria comprende que el entrevistador es un aliado, y que las opciones para prevenir la enfermedad de caries no se tratan del “todo o nada” (dejar por completo el consumo de azúcar), sino que pequeños cambios son muy importantes para seguir avanzando y obtener buenos resultados.

Asimismo, con la estrategia de EM, el entrevistador siente satisfacción de poder ayudar a la persona a que descubra su propia motivación, situación que es menos probable bajo el enfoque tradicional de educación en salud.

Además, la recomendación del entrevistador posee un enfoque territorial, consistente en tomar en cuenta los determinantes sociales que influyen en esa familia, para que los objetivos sean realistas y pertinentes a la realidad comunitaria.

IV. PASOS PARA IMPLEMENTAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN SALUD BUCAL

A. En términos de la preparación del equipo de salud

Paso 1: Desarrollo de un documento que establece principios teóricos, evidencia y metodologías de aplicación de la EM.

Paso 2: Capacitación del equipo de salud, dentistas, asistentes dentales, educadoras.

Paso 3: Aplicación piloto y evaluación de la intervención.

Paso 4: Instalación de la intervención con evaluación en indicadores conductuales.

B. En términos del desarrollo de la intervención mínima

Paso 1: Entrada al problema. Intervención por parte del odontólogo/a tratante dirigida hacia el cuidador/a en caso de niños y niñas y hacia el usuario/a en caso de adolescentes y personas adultas. Se muestra la situación de salud del paciente, señalando las ventajas y desventajas de mantener ese estado de salud y discutiendo la capacidad que siente la persona de ejecutar conductas que promuevan las ventajas.

Paso 2: Cuestionamiento de la situación. Preguntas dirigidas al cuidador/a o usuario/a respecto al grado de satisfacción con la actual situación de salud. Si la situación de salud es buena, destacar esa situación como un logro relevante, preguntar cómo lo ha logrado, qué necesita para conservarlo, en qué puede ayudar el equipo de salud, qué metas se pueden proponer en forma conjunta. Si la situación de salud es regular o deficiente, enfatizar los beneficios de mejorar la situación de salud, preguntar qué beneficios percibe de una buena salud oral, cómo lo pueden hacer en forma conjunta para lograr avances, identificar barreras para adoptar un cambio de conducta, establecer acuerdos mutuos.

Paso 3: Reforzamiento del cambio de conducta. Evaluación clínica del paciente y abrir diálogo con cuidador/a o paciente en relación a la evolución de la situación de salud. Analizar en forma conjunta conformidad con la situación de salud, si se ha mantenido o mejorado, identificar cuáles han sido las conductas favorables y qué se podría hacer para mantenerlas, reconocer esfuerzos o aptitudes. Si la situación sigue siendo deficiente o ha empeorado, preguntar a qué atribuye la persona la deficiente situación de salud, cómo podrían mejorarla e identificar cuáles han sido las barreras o dificultades que se han presentado, que metas se podrían acordar para una siguiente evaluación.

V. REFERENCIAS

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M. & Fulcher, L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71, 862-78.

Clarkson JE, Young L, Ramsay CR, Bonner BC, Bonetti D. How to influence patient oral hygiene behavior effectively. *Journal of dental research*. 2009;88(10):933-7.

Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H.-S., & Wollin, J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2012;49(6), 637-644.

Dan S., Tu-Zhen X., Qiu-Hua S. Effect of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *International journal of nursing sciences* 2014;1: 291-297.

Harrison RL, Veronneau J, Leroux B. Effectiveness of maternal counseling in reducing caries in Cree children. *Journal of dental research*. 2012;91(11):1032-7.

Heisler, M. & Resnicow K. Helping Patients Make and Sustain Healthy Changes: A Brief Introduction to Motivational Interviewing in Clinical Diabetes Care. *Clinical Diabetes* 2008;26, (4):161-165.

López-Jornet P, Fabio CA, Consuelo RA, Paz AM. Effectiveness of a motivational-behavioural skills protocol for oral hygiene among patients with hyposalivation. *Gerodontology*. 2014

Miller WR & Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Guilford Press.

Miller WR & Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3 edition. Guilford Press. 2013

Miller WR, Rose GS. Motivational interviewing and decisional balance: contrasting responses to client ambivalence. *Behav Cogn Psychother* 2015;43(2):129-41).

Ministerio de Salud. *Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de caries dental en niños y niñas con dentición primaria*. 2018.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Santiago de Chile: División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2013: 13 - 17.

Palacio A., Garay D., Langer B., Taylor J., Wood B. & Tamariz L. Motivational Interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2016;31(8):929-40

Rosenbek Minet, L. K., Wagner, L., Lønving, E. M., Hjelmberg, J., & Henriksen, J.E. The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomized controlled trial. *Diabetologia* 2011;54 (7), 1620-9. DOI: 10.1007/s00125-011-2120-x

The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial Rosenbek Minet, Lisbeth Kirstine ; Wagner, Lis; Lønving, E M; Hjelmberg, Jacob v. B.; Henriksen, Jan Erik

Thoesen M. & Newton K. Supporting Self-management in Patients with Chronic Illness. *American Family Physician* 2005;72 (8):1503-1510

Zomahoun H., Guénette L., Grégoire J., Lauzier S., Moulikatou A., Cyril Ferdynus L., Huiart L. & Moisan J. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis *Int. J. Epidemiol* 2016;0(0):1-14

Zomahoun H., Guénette L., Grégoire J., Lauzier S., Moulikatou A., Cyril Ferdynus L., Huiart L. & Moisan J. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis *Int. J. Epidemiol* 2016;0(0):1-14