



Acta Médica Peruana

ISSN: 1018-8800

fosores@cmp.org.pe

Colegio Médico del Perú

Perú

Quillas Benites, Ruth Keyla; Vásquez Valencia, Cesar; Cuba Fuentes, María Sofía
Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta
ambulatoria

Acta Médica Peruana, vol. 34, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 126-131

Colegio Médico del Perú

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96652104008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria

Promoting behavioral changes towards healthy lifestyles in the outpatient setting

Ruth Keyla Quillas Benites¹, Cesar Vásquez Valencia¹, María Sofía Cuba Fuentes²

1 Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

2 Policlínico Juan José Rodriguez Lazo, EsSalud. Lima, Perú.

Correspondencia

Maria Sofia Cuba Fuentes
maria.cuba@upch.pe

Recibido: 15/03/2017

Arbitrado por pares

Aprobado: 10/05/2017

Citar como: Quillas Benites RK, Vásquez Valencia C, Cuba Fuentes MS. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. Acta Med Peru. 2017;34(2):125-31

RESUMEN

Se conoce que la mejor manera de evitar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, es a través de la práctica de estilos de vida saludables. Para los clínicos es importante buscar herramientas que ayuden a motivar y acompañar a los pacientes en este desafío al cambio, por esta razón debemos conocer los modelos teóricos de cambio de comportamiento, incluyendo la forma de valorar las diversas fases o estadios y las diferentes estrategias a desarrollar para poder acompañar a nuestros pacientes en estos cambios de estilos de vida.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Estilo de vida; Motivación (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

It is well known that the best way to prevent the occurrence of chronic non-communicable diseases is through healthy lifestyles. It is important for clinicians to look for tools that may help to motivate and accompany patients in this challenge for change; so, for this reason we must know the theoretical models for behavioral change, including how to assess its various phases or stages and the different strategies to be developed, in order to be able to accompany our patients in their lifestyle changing process.

Keywords: Primary health care; Life style; Motivation (source: MeSH NLM).

Introducción

Fuentes mundiales y nacionales reportaron, para el año 2014, que más de 1 900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso y alrededor del 13% de la población adulta mundial eran obesos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, reportó que en mayores de 15 años el 35,5% tenía sobrepeso, el 17,8% obesidad, siendo más frecuente en el sexo femenino [1].

A nivel mundial, este año la epidemia de tabaquismo matará a casi seis millones de personas. Más de cinco millones de ellas serán consumidores y exconsumidores de tabaco, y más de 600 000 serán no fumadores que estuvieron expuestos al humo de tabaco. Para el año 2030, el tabaco podría matar a ocho millones de personas por año, de las cuales el 80% corresponderá a países de bajos y medianos ingresos [2]. En el Perú según ENDES 2015 de la población mayor de 15 años el 11,2% reportó haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días [1].

Al año 2012 unos 3,3 millones (5,9%) de todas las defunciones a nivel mundial y la pérdida 5,1 años de vida ajustados en función de la discapacidad podía atribuirse al consumo alcohol. El nivel de consumo de alcohol a escala mundial en 2010 se estimaba en 6,2 litros de alcohol puro en mayores de 15 años. La prevalencia de los episodios de ingesta masiva de alcohol se registran en Europa y América [3].

En el Perú, el 91,5% de las personas mayores de 15 años declararon haber consumido alguna vez en su vida algún tipo de bebida alcohólica, el 32,6% había consumido bebidas alcohólicas por lo menos en los 30 días anteriores a la encuesta y el 64,2% en los últimos 12 meses. El 21,5% de personas reportaron consumo excesivo de alcohol con alteraciones significativas en la conducta y el raciocinio, siendo más frecuente en los hombres (32,1%) que en las mujeres (11,4%) [1].

El sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo importantes para el desarrollo de diabetes tipo 2, la enfermedad arterial coronaria y cerebrovascular por

arteriosclerosis [4]. El tabaco, que es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, contribuye al 40% de las muertes cardiovasculares y al 18% de las cerebrovasculares. Según revelan los datos del estudio Framingham, los fumadores tienen mayor mortalidad cardiovascular, además de la incidencia de hipertensión arterial [5]. El consumo de alcohol causa diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones, de forma dosis dependiente. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos [6].

Una revisión sistemática sobre el efecto del ejercicio físico para el control de los factores de riesgo cardiovascular modificables del adulto mayor, concluye que los programas de ejercicios aeróbicos y anaeróbicos aportan cambios significativos para el control de factores de riesgo cardiovascular [7]. La alimentación saludable disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella, las modificaciones de la alimentación y del estilo de vida tienen un enorme potencial para reducir el riesgo de enfermedad y mejorar la esperanza y la calidad de vida de la población. Se puede concluir que la alimentación desempeña un papel importante en la prevención de la enfermedad coronaria; es un factor crucial en la etiología de la diabetes tipo 2, y aún quedan cuestiones por comprobar en cuanto al papel que desempeña en la etiopatogenia del cáncer [8].

En la atención primaria, la evidencia indica que la entrevista motivacional es efectiva en el tratamiento del abuso de alcohol, en los cambios de hábitos relacionados con la dieta y el ejercicio. También podría ser efectiva en la disminución del índice de masa corporal, del colesterol y de la presión arterial [9,10].

También existe evidencia con respecto a la efectividad clínica de las entrevistas motivacional, en pacientes con diagnóstico de prediabetes o diabetes gestacional [11].

A pesar de que existe mucha información y evidencia de los efectos positivos de los hábitos saludables, muchas personas aún

Tabla 1. Representación de una consulta médica tradicional.

Ejemplo de la práctica diaria		
Caso N° 01		Comentario
La señora C de 35 años acude a su chequeo general, encontrándose en el examen físico un índice de masa corporal: 34 kg/m ² . El Dr. R preocupado porque ella tiene antecedentes familiares de diabetes, le indica que debería ir al nutricionista porque debe bajar de peso; además que debe hacer actividad física diaria. La cita para su control en tres meses.		Dr. R asume una posición paternalista.
Después de tres meses la señora C acude a su control, el Dr. R comprueba que ella no ha disminuido de peso y le llama la atención energicamente. Le vuelve a incidir sobre las consecuencias de la obesidad y la vuelve a citar en tres meses porque quiere ver cambios.		Dr. R toma el control de la agenda.
La señora C se sintió avergonzada por no haber podido bajar de peso después de seis meses, por lo tanto decide no acudir a la consulta del Dr. R.		La señora C no se siente motivada para el cambio.

Adaptado de: Bothelo RJ. Motivational practice. Promoting healthy habits and self-care of chronic disease. 2^o ed. New York: MHH Publications; 2004.

Tabla 2. Acciones y resultados por cada etapa de cambio.

Etapas del cambio	Acciones	Resultados
Precontemplativo	Construyendo una negociación. Buscar motivaciones y resistencias. Brindar información	Ayudar al paciente a <i>pensar en hacerlo</i> .
Contemplativo	Negociando una agenda Evaluando motivaciones y resistencias.	Ayudar al paciente a <i>prepararse para el cambio</i> .
Determinación	Implementar un plan.	Ayudar al paciente a <i>tomar la acción</i> .
Acción	Desarrollar el plan.	Ayudar al paciente a <i>cumplir con los objetivos del plan</i> .
Mantenimiento	Seguimiento.	Ayudar al paciente a <i>mantenerse en el cambio</i> .
Recaída	Reforzar la motivación Reevaluar el plan	<i>Reiniciar el cambio</i> .

Fuente: Acciones para cada etapa. En La Entrevista Motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas, William R. Miller-Stephen Rollnick. 1999, 2002.

no deciden iniciar un cambio, o cuando deciden hacerlo les cuesta permanecer en éste, a diario nos encontramos con personas que mantienen comportamientos perjudiciales para su salud, los cuales son factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas. Los comportamientos asociados a la salud afectan y reciben el efecto de múltiples niveles de influencia: factores individuales, factores interpersonales, factores institucionales, factores comunitarios y factores de política pública [12].

Para abordar estos problemas se requiere además de las intervenciones en salud pública el correcto abordaje desde la consulta ambulatoria y la capacidad del clínico de generar cambios de comportamiento. Algunos ejemplos de problemas que podrían ser abordados desde la práctica ambulatoria son: obesidad, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, dietas no saludables, sedentarismo, conductas sexuales de riesgo [21]

La generación de cambios de comportamiento requiere el reconocimiento por el profesional de que la información aunque necesaria no es suficiente y que cada paciente puede estar en un diferente estadio hacia el cambio [13].

De ahí la importancia de conocer que sucede dentro de la persona para que decida iniciar un cambio y mantenerse en él, para esto se han desarrollado modelos teóricos que buscan explicar las razones de dichos comportamientos [14].

Mencionaremos algunos de estos modelos, que han demostrado ser útiles para explicar y predecir el éxito de la adherencia o no a un cambio de hábito, pero haremos un énfasis especial en la teoría individual o modelo transteórico [15].

Teoría del comportamiento planificado-Ajzen y Madden

Este modelo enfatiza la intención del cambio pero también la importancia del control del comportamiento. El control está determinado, dependiendo del punto, en que los factores no voluntarios bien sea internos o externos interfieren con la intención de la persona de realizar el cambio. Es decir los

comportamientos se mueven en un largo continuo que puede ir desde control total hasta una falta completa de control. Por ejemplo, la persona puede tener la intención de salir a caminar temprano en la mañana (control total) pero puede estar lloviendo (falta de control) y esto le impide realizar su comportamiento. Este modelo clarifica la importancia de tener en cuenta las barreras, reales o percibidas, que eventualmente afectan el control percibido del comportamiento. El control percibido, son aquellas percepciones de la posibilidad de realizar el comportamiento; por lo tanto entre más recursos y oportunidades crea la persona tener, menos obstáculos tendrá y de esta manera tendrá un mayor control.

Teoría de la autoeficacia – Bandura

Esta teoría hace referencia a un factor personal clave para lograr un cambio comportamental, afirmando que éstos son mediados por un mecanismo cognitivo común que es la autoeficacia. La autoeficacia, es aquel aquel conjunto de creencias personales de la capacidad de responder a las demandas situacionales. Se afirma que estas expectativas influyen en: a) las actividades que las personas escogen hacer, b) el esfuerzo para mantenerse en dichas actividades y c) el grado de persistencia demostrado para no fallar. Es un acercamiento social cognitivo para las causas de comportamiento en el que los comportamientos cognitivos, psicológicos, comportamentales y ambientales interactúan recíprocamente entre ellos. Esta interacción es conocida como determinismo recíproco, el cual afirma que el comportamiento y el funcionamiento humano son determinados por la influencia interrelacionada de los estados psicológicos, comportamentales, cognitivos y ambientales individuales. La autoeficacia se enfoca en el rol del autoreferente y provee un mecanismo común mediante el cual las personas demuestran control sobre sus propias motivaciones y comportamiento. Es importante que una persona sienta que cuenta con las capacidades, físicas, mentales y personales, así estará dispuesta a un cambio, si por el contrario considera que no las posee es muy probable que se cierre a ésta posibilidad.

Por otro lado, cuando las personas comienzan un cambio, y empiezan a ver los resultados de éste, su autoeficacia cambia en

la medida en que se están demostrando a ellos mismos logros que no pensaban poder cumplir, y cada vez se sentirán más capaces de comprometerse con nuevos retos personales.

Modelo transteórico - Prochaska y Di Clemente

Es uno de los modelos más empleados, su fuerza está en su ya demostrada capacidad de acelerar la velocidad de los cambios comportamentales en las poblaciones intervenidas según sus variables o constructos explicativos; es hoy reconocido como un recurso innovador en el área de educación y promoción de la salud y es considerado por diversos autores como un importante factor en la redefinición de la base teórica de las intervenciones del área en los últimos años [16-18].

Explica que para llegar a la sustitución de conductas de riesgo por conductas promotoras de la salud, es necesario entender la transición como un proceso en donde la premisa es la motivación al cambio en las personas. Este esquema permite planear la intervención adecuada a las necesidades individuales, con base en una secuencia de etapas, procesos y principios abiertos al cambio; sin dejar de lado los factores biológicos, sociales y psicológicos [19].

A diario ponemos en práctica nuestras habilidades, buscando el bienestar de nuestros pacientes, pero muchas veces realizamos el abordaje tradicional en la consulta sin tomar en cuenta los estadios del cambio de comportamiento en el que puede estar el paciente. Esto es ejemplificado en el caso N° 01 (Tabla 1).

El cambio es un proceso que se desarrolla a través del tiempo. Esto implica una progresión a través de seis fases según el Modelo transteórico: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída [20].

- a) Precontemplación. Las personas subestiman los beneficios del cambio o sobreestiman los costos. Típicamente, no están conscientes que cometen esos errores. Si no están conscientes que están equivocados, será difícil que cambien. Muchas personas permanecen en esta fase durante años, dañando en forma considerable sus cuerpos, a si mismos y a otros.
- b) Contemplación. Fase en la cual las personas intentan cambiar en los seis meses siguientes. Aunque están muy conscientes de los beneficios del cambio, también están muy conscientes de los contra. El equilibrio entre los costos y los beneficios del cambio puede provocar una ambivalencia profunda. Esta ambivalencia puede reflejar una relación del tipo odio-amor, como con una sustancia adictiva o una relación destructiva, y puede inmovilizar a las personas en esta fase durante largos períodos. Los individuos pueden quedarse atascados en esta etapa durante largo tiempo.
- c) Determinación: Las personas piensan seriamente modificar su conducta en un futuro próximo (dentro de 30 días). En esta fase tienen un plan de acción, como asistir a un grupo de recuperación, consultar a un consejero, hablar con su

médico, comprar un libro de autoayuda, apoyarse en un enfoque de auto-cambio, entre otros.

- d) Acción: En esta fase se encuentra trabajando activamente en las modificaciones de las conductas que ataúnen a su salud, o bien el problema de salud identificado. Su duración es de seis meses.
- e) Mantenimiento: Se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. El sujeto debe practicarla continuamente para no retroceder a etapas anteriores.
- f) Recaída: En esta etapa el individuo inicia nuevamente el ciclo, es decir, el individuo deja de emitir la conducta deseada, lo cual es atribuido por la escasa motivación y el uso de una estrategia de cambio inadecuada.

Muchos de nuestros pacientes se resisten a estas intervenciones de cambio por lo tanto es importante que cada etapa de cambio tenga un plan de acción diferenciado para que la intervención tenga mayor efectividad [21]. Como apreciaremos en la Tabla 2.

Una herramienta que ayuda a las personas a reconocer y ocuparse de sus problemas potenciales y presentes es la Entrevista Motivacional (EM). Resulta particularmente útil en las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio. La EM es un estilo de comunicación colaborativa orientada hacia objetivos, que presta especial atención al lenguaje del cambio, y que está diseñado para fortalecer la motivación intrínseca y el compromiso de un paciente con un objetivo específico, suscitando y explorando sus propias razones para el cambio en una atmósfera de aceptación y compasión [22].

En toda relación terapéutica es necesario establecer un vínculo positivo con el paciente para que pueda darse una relación de colaboración [23].

Existen algunos principios de la motivación que podemos desarrollar para lograr un cambio de comportamiento estos son [21]:

- Desarrollar una relación empática con el paciente.
- Aclarar las funciones y responsabilidades para el cambio de comportamiento.
- Obtener el consentimiento de los pacientes para poder ayudarlos.
- Respetar la autonomía del paciente; no usar la influencia, ni ejercer el control para que realice el cambio.
- Trabajar a un ritmo acorde a las necesidades del paciente y su disposición al cambio.
- Ayudar a los pacientes a explorar y comprender mejor sus valores y percepciones.
- Ayudar a los pacientes a decidir si se debe cambiar sus valores y percepciones.
- Centrarse en las fortalezas, éxitos y fracasos de salud, no en sus debilidades y patologías.
- Centrarse en la solución y no en los problemas.
- Mejorar en los pacientes la confianza y sus habilidades para el cambio (autosuficiente).
- Negociar objetivos razonables para el cambio.

Tabla 3. Representación de una consulta médica usando el modelo transteórico

Ejemplo de práctica motivacional		
Caso N° 02	Comentario	
<p>La Señora C de 35 años acude a su chequeo general, encontrándose en el examen físico un índice de masa corporal: 34 kg/m². El Dr. P le pregunta si alguna vez le ha preocupado su peso. Ella le responde que sí le preocupa, pero por su trabajo no tiene tiempo de realizar actividad física y tampoco hace dieta porque come fuera de casa. Ella está pensando en hacer cambios porque sabe que no es bueno para su salud. El doctor le pregunta si está dispuesta a empezar pronto, y le sugiere acordar un plan, para lo cual tiene que traer para siguiente consulta un listado de pros y contras de hacer cambios en su estilo de vida, ella acepta y acuerdan una cita en una semana.</p>	Paciente en etapa contemplativa, el doctor evalúa motivaciones y resistencias.	
<p>La señora C acude a su cita en una semana y se da cuenta que hay muchas cosas negativas con respecto a la obesidad. Entonces elaboran un plan de acción donde tiene que ordenar sus horarios y buscar cómo preparar su dieta para ello necesita dos semanas para poder empezar a hacerlo. Acuerdan una nueva cita en tres semanas.</p>	Paciente en etapa Determinativa, el Dr. R y la Sra. C acuerdan un plan de acción.	
<p>Luego de tres semanas el Dr. P le pregunta que cambios vienen realizando para cumplir las metas. La Sra. C le dice que ya empezó a realizar 30 min de ejercicio por la mañana antes de ir al trabajo y que ya encontró un lugar en donde le preparen la dieta cerca al trabajo. El Dr. P la felicita y juntos acuerdan un plan de trabajo con otras recomendaciones adicionales y ahora la cita en un mes.</p>	Paciente en etapa de acción y mantenimiento, donde se refuerza el plan de acción.	

Fuente: Adaptado del libro Motivational Practice, Richard J. Botelho

- Ayudar a los pacientes a creer que es posible lograr resultados favorables.
- Ayudar a los pacientes aumentar sus puntos favorables y reducir las barreras para el cambio.
- Desarrollar planes para prevenir recaídas y usar las fallas como oportunidades de aprendizaje.

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014 [Internet]. Lima: INEI; 2015 [cited el 2 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco [Internet]. Washington, DC: OPS; 2000 [cited el 2 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173241/1/La%20Epidemia%20del%20Tabaquismo.pdf>
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited el 2 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. García García E, De la Llata Romero M, Kaufer Horwitz M, Tusié Luna MT, Calzada León R, Vázquez Velázquez V, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Salud Pública de Mex. 2008;50(6):530-47.
5. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García LA, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006;44(3).
6. Monteiro MG. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2008 [cited el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/01/Alcohol-y-atencion-primaria-de-la-salud.pdf>
7. Ramírez Villada JF, Chaparro Obando D, León Ariza HH, Salazar Pachóna J. Efecto del ejercicio físico para el control de los factores de riesgo cardiovascular modificables del adulto mayor: revisión sistemática. Rehabilitacion. 2017;51(2):240-51.

8. Calañas Contente AJ. Alimentación saludable basada en la evidencia. *Endocrinol Nutr.* 2005;52 Supl 2:8-24.
9. Rivera Mercadoa S, Villouta Cassinelli MF, Ilabaca Grez A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria. *Aten Primaria.* 2008;40(5):257-61.
10. Bóveda Fontán J, Péruela de Torres LA, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2013;45(9):486-95.
11. Canadian Agency for Drug and Technologies in Health. Motivational interviewing following pre-diabetes diagnosis: clinical effectiveness [Internet]. Ottawa: CADTH; 2015 [cited el 19 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/jan-2015/RB0772%20Motivational%20Interviewing%20Final.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota Descriptiva N° 311: [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [cited el 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
13. Organización Mundial de la Salud. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria [Internet]; 2011 Ginebra: OMS; 2016 [cited el 10 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf
14. Li F. The exercise motivation scale: Its multifaceted structure and construct validity. *J Appl Sport Psychol.* 1999;11(1):97-115.
15. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.
16. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
17. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. The heart and soul of change: what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
18. Cabrera A, Gustavo A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2000;18(2):129-38.
19. Salabert JD. El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escr Psicol.* 2001;5(21):21-35.
20. DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognit Ther Res.* 1985;9(2):181-200.
21. Botelho RJ. Motivational practice: promoting healthy habits and self-care of chronic diseases. 2nd edition ed. New York: MHH publications; 2004.
22. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd edition ed. New York: Guilford publications; 2013.
23. Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *An Psicol.* 2003;19(2):205-21.

Las ediciones anteriores de Acta Médica Peruana
están disponibles en:

www.redalyc.org

