



## Concientización facilitadora: alternativa al concepto tradicional de la motivación en el campo de la salud

José FERNÁNDEZ ARROJO,<sup>1</sup> Inés CASADO VERDEJO<sup>2</sup>

### Resumen Abstract

Durante las últimas décadas, el mundo se ha expuesto a una serie de amenazas por brotes virales emergentes de diferente índole. Ante la nueva pandemia del COVID-19 las actitudes, las creencias, las expectativas, o la representación que se haga del problema de salud/enfermedad, cumplen un papel determinante. Alfabetizar en salud es concientizar, aprender a reflexionar, mostrar a los pacientes la vivencia problemática, conseguir inculcar una conciencia crítica para hacerles capaz de percibir lo malo, y de descubrir los medios a emplear para su mejora. Aplicando el proceso de concientización de Paulo Freire, es posible el paso de una conciencia pasiva a una conciencia crítica activa (concientización), mediante un método activo de alfabetización y concientización en salud, de diálogo y de crítica, con propuestas y contenidos apropiados para cada caso.

Palabras clave: Coronavirus. COVID-19. Educación en salud. Concientización facilitadora.

### FACILITATING CONSCIENTIZATION: ALTERNATIVE TO THE TRADITIONAL CONCEPT OF MOTIVATION IN THE FIELD OF HEALTH

Over the past few decades, the world has been exposed to a number of threats from emerging viral outbreaks of different kinds. In the face of the new COVID-19 pandemic, attitudes, beliefs, expectations, or representations of the disease/health problem, play a determining role. Alphabetize in health is to raise consciousness, to learn to think, to show patients their problematic experience, to inculcate a critical conscience to make them capable of perceiving what is bad, and to discover the means to be used for its improvement. Applying Paulo Freire's process of conscientization, it is possible to pass from a passive conscience to an active critical conscience (conscientization), through an active method of alphabetization and conscientization in health, dialogue and critique, with appropriate proposals and contents for each case.

Keywords: Coronavirus. COVID-19. Health education. Facilitating conscientization.

<sup>1</sup>Centro de Salud Puerta de la Villa, Gijón, Asturias, España. <sup>2</sup>Universidad de León, Ponferrada, León, España

CORRESPONDENCIA: José Fernández Arrojo  
josefernandezarrojo@gmail.com

Manuscrito recibido el 7.01.2020  
Manuscrito aceptado el 17.03.2020

Index Enferm 2020; 29(3):132-136  
e12692

## TEORIZACIONES

## Introducción

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el actual brote del nuevo coronavirus COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), queda claro más que nunca que las cuestiones de salud afectan y se localizan en un marco socio-político de orden mundial del cual es difícil aislarlas.<sup>1</sup> Si a principios del siglo XX la asistencia sanitaria era algo a lo que todavía las personas podían hacerle frente con sus propios recursos, para más tarde pasar a ser responsabilidad del Estado en forma de servicios nacionales de salud y seguros de asistencia sanitaria, la declaración del nuevo brote de coronavirus COVID-19 en la República Popular de China como la 6ª ESPII, ha puesto de manifiesto la necesidad de volver a llamar a la responsabilidad individual de las personas en todos los ámbitos de la salud.

La globalización y la falta de una vacuna disponible para prevenir la infección por COVID-19, han hecho que la educación para la salud tome un papel predominante como herramienta que facilite el desarrollo de habilidades personales con el objetivo de generar una alfabetización en salud, con la cual conseguir cambios conductuales que refuercen las conductas positivas y modifiquen comportamientos perjudiciales para la salud, y a su vez lograr un cambio más global a nivel social, económico, y ambiental.

La modificación de comportamientos en salud no es un proceso sencillo de alcanzar, existiendo diversos modelos teóricos derivados de diferentes ciencias. Una revisión de la bibliografía sobre la motivación en el campo de la salud nos ha llevado a identificar diferentes líneas de abordaje. En un primer apartado presentamos de forma concisa algunos de los elementos esenciales de los diferentes modelos, realizando un análisis crítico de su concepción de la motivación. En un segundo apartado presentamos el modelo de la concientización facilitadora como una alternativa al concepto tradicional de la motivación en el campo de la salud.

## Modelos del cambio de conducta en salud

*Teoría de la utilidad subjetiva de la acción de salud.* Edwards (1954), propuso que la probabilidad de que se produzca una determinada conducta en salud dependerá de la utilidad con la que la persona la perciba.<sup>2</sup> Ante varias opciones de tratamiento para

una enfermedad/problema de salud, la persona optaría por seguir aquellas cuyas consecuencias le fueran más útiles o deseables.

*Teoría de acción razonada.* Fishbein y Ajzen (1975), añadieron a la teoría de Edwards las actitudes y la norma subjetiva.<sup>3</sup> La intención de llevar a cabo una conducta de salud dependerá de las actitudes de las personas de llevar a cabo o no ese comportamiento, y de la norma subjetiva, entendida como aquello que las personas piensan que creen los demás (personas cercanas/importantes para el paciente) acerca de lo que se debe hacer o no, y la motivación para adecuarse a ello (lo que influye en la persona para cambiar o no esa conducta dependiendo de lo que esas personas piensen).

*Teoría de la acción planificada.* Azjen y Fishbein (1977), añadieron al esquema básico anterior el control conductual percibido como el determinante más influyente a la hora de llevar a cabo una conducta protectora o de salud, entendido como el grado (dificultad o facilidad) que tiene una persona para llevar a cabo una conducta de salud (el grado de autocontrol que tiene la persona).<sup>4</sup>

*Modelo de creencias en salud.* Rosenstock (1966) fundamentó el hecho de que la probabilidad de llevar a cabo un comportamiento en salud dependía de la percepción de amenaza que la persona tenga respecto a un problema de salud/enfermedad.<sup>5</sup> Ante ello, la probabilidad para cumplir con las recomendaciones para que se produzca un cambio en el comportamiento a largo plazo dependerá de la gravedad/amenaza que la persona perciba, pero también de los beneficios que conlleven la propuesta de conducta de salud, y las barreras/costos que conlleven el hecho de llevar a cabo dichas conductas. La persona no solo debe ver su enfermedad/problema de salud como amenazante para su salud, sino también creer que el cambio tendrá un resultado deseable, haciéndolo a un costo razonable.

Más tarde, para completar el modelo, se añadieron otros dos factores a tener en cuenta a la hora de cumplir con las recomendaciones de las conductas en salud: las características demográficas, sociales y culturales, y los estímulos para la acción de la conducta. Los estímulos para la acción hacen referencia a los aspectos internos (síntomas de una enfermedad), y a los

aspectos externos (campañas en los medios de comunicación, los consejos de otros, los recordatorios, enfermedad de familiares cercanos, etc.). En definitiva, es un modelo atractivo en el sentido de que si se modifican las creencias inadecuadas de las personas, se podrá manejar el comportamiento de salud de las personas. Sin embargo, la intensidad que se necesita de cada uno de estos determinantes para alcanzar la conducta adecuada puede variar de una a otra persona, e incluso en la misma persona en función del grado de amenaza que perciba.

*Teoría de la motivación para la protección.* Siguiendo la línea del modelo de creencias en salud, Rogers (1983) propuso la motivación como el factor determinante a la hora de llevar a cabo la conducta.<sup>6</sup> La motivación para llevar a cabo un comportamiento de protección en salud vendrá dado por la autoeficacia, entendida como la valoración que hacen las personas en función de su capacidad para llevar a cabo la conducta que les permita conseguir unos determinados objetivos en salud, y las estrategias de afrontamiento, entendidas a su vez como las diferentes formas o alternativas de respuesta ante una situación de amenaza de salud.

Una de las críticas a los modelos motivacionales que hemos visto hasta ahora, es que no tenían en cuenta en qué grado afectaban los diferentes determinantes en cada una de las fases del cambio. Parece claro que cuando queremos intervenir en una enfermedad/problema de salud, la intervención no será la misma cuando una persona no se ha planteado nunca la posibilidad de padecer una enfermedad que cuando ya se le ha diagnosticado. Esto implica que las actitudes de unas u otras personas para llevar a cabo una conducta de salud será diferente en función de la fase del proceso en el cual se encuentra, necesitando por tanto diferentes intervenciones.

*Modelo transteórico del cambio.* DiClemente y Prochaska (1982) propusieron que el cambio de conducta es un proceso donde las personas se encuentran en distintos grados de motivación y disponibilidad para cambiarla.<sup>7</sup> Según estos autores, la importancia o el grado de afectación de los diferentes determinantes en salud dependerán de las diferentes etapas del proceso del cambio. Así, los factores que influyen en el paso de la primera a la segunda etapa serán diferentes de aquellos que influyen en el paso de la segunda a la tercera.

Desde esta perspectiva, se puede sacar

## TEORIZACIONES

el mejor partido de las intervenciones que se lleven a cabo ya que estas se adecúan a cada fase en la que se encuentre el paciente, no tratando por igual a todos los participantes sin tener en cuenta las variables que influyen en cada etapa del proceso del cambio.<sup>8</sup> Según este modelo, el profesional de la salud evalúa la motivación para el cambio del paciente mediante preguntas o cuestionarios, situándolo en un estadio concreto, y guiándolo por las diferentes fases o momentos.

Objeto de numerosas críticas, resulta al menos cuestionable como a partir de las verbalizaciones de los pacientes o de los indicadores recogidos mediante cuestionarios, el profesional de la salud infiere un estado de motivación para el cambio, el cual puede ser modificado y establecerse como el objeto del tratamiento en la conducta del cambio.<sup>9-12</sup> Más dudoso sería incluso focalizar el trabajo del profesional como artífice único del proceso del cambio, o atribuir que intervenciones específicas para cada fase obtengan un beneficio añadido en el proceso de cambio.

*Modelo de autorregulación de la enfermedad.* Leventhal (2003) abordó la enfermedad como una representación cognitiva elaborada por el paciente en función de factores como la causa de la enfermedad, su evolución, gravedad y duración previstas, su experiencia personal, etc., es decir, en función de las creencias y el comportamiento ante la enfermedad.<sup>13</sup> En un primer momento los pacientes procesan la información (diagnóstico de salud, detección de síntomas, conocimientos previos relacionados, etc.), elaborando una representación cognitiva propia del paciente. En una segunda fase, elaboran estrategias de afrontamiento en función de la representación construida (búsqueda o no de ayuda, cambio en las conductas, etc.), para ya por último realizar una valoración de las posibles consecuencias.<sup>14-15</sup>

Según este autor, la representación realizada por el paciente, definida como esquemas cognitivos, son elaborados en función de las estructuras de conocimiento que posee la persona, las cuales utiliza para organizar y dar un sentido a la información que recibe. Visto así, los esquemas elaborados por el paciente en relación con el curso de enfermedad/problema de salud, pueden influir enormemente en las conductas que lleve a cabo para su afrontamiento.<sup>16</sup>

En definitiva, el modelo de Leventhal pretende entender

cómo las personas representan, construyen y definen su enfermedad/ problema de salud a partir de una serie de determinantes cercanos a él, y en qué manera estos esquemas influyen en las conductas que llevan a cabo para hacerle frente. Ante la presencia del mismo síntoma, una persona puede minimizar su importancia y otra buscará ayuda. Este hecho así visto, debe hacer ver los diferentes conceptos de enfermedad entre las personas donde intervienen diferentes factores tanto cognitivos como conductuales, sobresaliendo la idea de que el profesional de la salud debe enfrentarse siempre ante enfermos y no enfermedades. El objetivo debe ser la búsqueda de una mejor comprensión de la enfermedad/ problema de salud en cada uno de los pacientes, la construcción de una representación más adecuada, y lograr así unas mejores conductas de afrontamiento ante ellas.

*Modelo precede-procede.* Desarrollado por Green et al. (1970), este modelo se fundamenta en la premisa de que de forma previa a la intervención en salud debe realizarse un diagnóstico educacional (de la misma manera que se realiza un diagnóstico médico previo al tratamiento).<sup>17</sup> Al llevar a cabo el diagnóstico de la conducta, existen una serie de factores fundamentales para el éxito de la intervención: factores predisponentes (ambientales, valores y creencias, lo que se sabe respecto a la conducta a modificar, etc.), factores facilitadores (habilidades del individuo para seguir la conducta prescrita, la accesibilidad a los instrumentos o espacios que faciliten la consecución de la conducta, etc.), y los factores reforzantes (la respuesta positiva/negativa de los agentes cercanos, la respuesta del propio individuo, los beneficios físicos, las recompensas tangibles, etc.).

*Entrevista motivacional.* La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991), es según sus autores, una forma de terapia cuyo objetivo es la búsqueda del cambio de conducta del paciente, mediante el apoyo por parte del profesional sanitario en la resolución de la ambivalencia en la que se encuentra.<sup>18</sup> Para lograr el cambio es necesario la motivación personal del paciente, la cual no se consigue mediante el simple consejo (consejo sanitario), sino que tiene que surgir de la confrontación con su ambivalencia (quiero pero no quiero).<sup>19</sup> En este proceso, el profesional sanitario tiene un papel de ayuda, identificando las contradicciones entre la conducta actual del

paciente y la conducta ideal.

Fundamentado en una serie de principios (expresar empatía, crear discrepancia, aprovechar la resistencia, lograr/apoyar la autoeficacia, evitar la discusión), el objetivo es aumentar la motivación intrínseca/personal (cambiar creencias, mejorar la autoestima, aumentar el autocontrol, apoyar la buena predisposición, lograr la sensación de éxito y eficacia), para lograr así que surja un cambio sin imposiciones. El profesional sanitario no produce el cambio de forma directa, sino que fomenta la discrepancia aumentando su conciencia acerca de las consecuencias de sus conductas.

El modelo de la entrevista motivacional nació de la necesidad de encontrar una herramienta adecuada para el manejo de pacientes, los cuales pudieran alcanzar cambios sostenidos en sus estilos de vida y reforzar sus estrategias de afrontamiento. Sustentado en el modelo transteórico del cambio (los estadios del cambio asociados a este modelo tratan de explicar por qué en ciertos momentos es más probable que una persona abandone un hábito y cuáles son las señales que indican que se encuentra preparada), aunque desarrollados de forma independiente y sin ninguna teoría que los una, el papel del profesional sanitario adopta un rol de ayuda para que el paciente encuentre sus propios motivos y razones para superar su ambigüedad.<sup>20</sup>

Aunque ya los propios autores de este modelo afirmaron desconocer el mecanismo responsable de su eficacia, un análisis reflexivo plantea diversos interrogantes: ¿la clave se encuentra en la motivación intrínseca/personal del paciente, en qué encuentre sus propios motivos y razones para superar su ambigüedad como causa/respuesta suficiente para el cambio de conducta?; ¿se trata de la búsqueda de aquello que mantiene las conductas del paciente aceptando su punto de vista y evitando la confrontación?; ¿se pretende la toma de decisiones de forma colaborativa, proporcionando feed-back sin enjuiciar, aceptando su posible resistencia al cambio, y animándole a desarrollar sus propios motivos para el cambio de conducta?<sup>21-23</sup>

Aunque es cierto que la entrevista motivacional supone un paso más allá del modelo tradicional (recomendaciones y observaciones concretas sobre ciertas conductas), y que algunos autores la posicionan como posiblemente beneficiosa a raíz de la evidencias actuales, son esas propias evidencias las que ponen a su vez en entredicho el uso de este modelo para conseguir resultados significativos en ciertas activi-

dades.<sup>24-34</sup>

**Concientización facilitadora como método psicosocial de alfabetización en salud**

Los fundamentos del sistema de Paulo Reglus Neves Freire, pedagogo, se basaban en que el proceso educativo debía de estar centrado en el entorno de los alumnos. Suponía que el alumnado tenía que entender su propia realidad como parte de su actividad de aprendizaje. No basta con leer una frase, independientemente del contenido que sea, sin entender el contexto. En sus trabajos de campo, Freire constató que la población había desarrollado modos de pensar y de concebir el mundo según esquemas culturales que no solo contribuían a mantener una situación determinada, sino que desarrollaban creencias y comportamientos que los justificaban. Freire denominó a esta población concienzada de forma oprimida (padece la situación sin comprenderla ni analizarla, incluso justificándola).<sup>35</sup>

Freire postulaba que la alfabetización en educación, mediante un aprendizaje dialógico y un proceso de concientización-acción, podría contribuir a cambiar esta situación. Entendía la educación como un proceso de transformación de la sociedad, donde el aprendizaje dialógico es más que un aprendizaje significativo, es una acción global que permite a las personas descubrirse así mismas, y tomar conciencia del mundo que les rodea.

Para Freire, alfabetizar es concientizar, aprender a reflexionar, que las personas sean capaces de alcanzar un estado de conocimiento pleno sobre lo que les está pasando.<sup>36</sup> Esta educación se fundamenta en la toma de conciencia de su verdadera condición personal y social. Solo así podrá ser capaz de ser dueño de su destino y de dar solución a sus problemas. En la concientización no se trata de proporcionar una determinada cantidad de conocimientos a la persona como si fuera un bote donde meterlos, sino hacerle ver que solo mediante el análisis e interpretación de los conocimientos será capaz de ser crítico con su problemática y afrontarla exitosamente.

*Paulo Freire, y su proceso de concientización en el modelo de prevención en salud.*

Alfabetizar en salud es mostrar a los pacientes su vivencia problemática, conseguir inculcar una conciencia crítica para hacerle capaz de percibir lo malo, y de descubrir los medios a emplear para su mejora. Pero, ¿cómo realizar el paso de esta conciencia pasiva a una conciencia crítica activa (concientización)? Es posible mediante un método activo de alfabetización y concientización, de diálogo y de crítica, con programas y contenidos apropiados para cada caso.

El proceso de concientización de Paulo Freire comporta varias fases por las que pasa el paciente (oprimido) en su esfuerzo hacia la toma de conciencia (figura 1). Se trata de resolver el conflicto de aquellos que quieren superar sus problemas individuales, y a su vez participar en la transformación de la sociedad. Visto así, lo comparado por Freire como una opresión por parte del Estado en el ámbito educativo, en el modelo de salud su metodología es aplicada para recuperar la integridad de las personas mediante la lucha de la persona contra sus dificultades.

Freire planteó tres fases en su proceso de concientización: la mágica, la ingenua, y la crítica. En cada una de ellas, el oprimido define sus problemas, luego reflexiona sobre las causas y, finalmente, actúa (cumple con todas aquellas tareas que necesita para alcanzar los objetivos propuestos).

De forma aplicada, en la fase mágica el paciente (oprimido) se encuentra en una situación de impotencia, agobiado, perdido, una situación en la que se siente incapaz de controlar. El paciente no hace nada para resolver sus problemas, o espera a que esta situación cambie sola.

En la fase ingenua, el paciente (concientado) ya reconoce los problemas, pero

no logra combatir las causas que los originan. En consecuencia, cuando intenta pasar a la acción, fracasa. Este fracaso provoca en ocasiones un sentimiento de opresión hacia otros (familia, sistema sanitario, sociedad en general, etc.), e incluso hacia sí mismo.

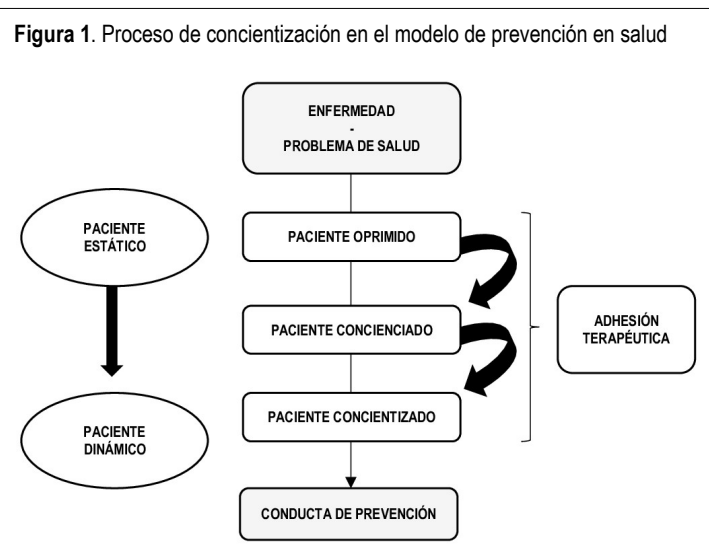
En la fase crítica, el paciente (concientizado) alcanza la comprensión total de su problema y sus consecuencias si no actúa ante él. Esta comprensión profunda le lleva a conocer sus debilidades, afrontarlas en lugar de compadecerse, aumentar su autoestima y confianza, a pensar en sí mismo rechazando las ideas de otros. Sus acciones se basan ahora en su esfuerzo individual, no necesita a nadie. El paciente (concientizado) se encuentra ahora liberado, convertido en un ser activo.

Aunque en este proceso es innegable la influencia de la variable entorno, está claro que para alcanzar la concientización solo es posible mediante la búsqueda individual y permanente de su problemática, solo mediante el acto responsable que cada uno lleva a cabo. Visto así, el modelo de Paulo Freire es una opción viable como método de solución de problemas de prevención en salud, un modelo de ayuda a quienes lo necesitan para alcanzar su mejora personal, sus metas.

**Conclusiones**

La incertidumbre y el impacto generado a nivel internacional del nuevo brote de COVID-19, han puesto de manifiesto las nuevas exigencias en temas de salud por parte de la sociedad. El número de personas infectadas y la rápida propagación del virus no tienen precedentes como emergencia de salud pública, lo que ha resultado un desafío no solo para la capacidad de los sistemas sanitarios de todo el mundo, sino también para el comportamiento de las personas.

Ante esta nueva realidad, los sistemas sanitarios deben plantearse su gestión, adaptándose al mundo globalizado actual, dando respuesta a las necesidades cambiantes y de vértigo, y replanteándose los objetivos y las metodologías de enseñanza en salud. Los profesionales sanitarios debemos aprovechar esta situación de crisis como una oportunidad para que los cambios de conducta



y hábitos generados persistan a largo plazo.

La aportación de Paulo Freire es y debe ser clave para entender los retos en salud que se avecinan, los que ya están entre nosotros, y los que no se puede hacer frente más que desde una actitud de diálogo, discusión, toma de conciencia, y cambio social. Aunque puede pensarse que es un autor de tiempos pasados, su aportación desde el ámbito educativo puede aplicarse hoy día a diferentes campos, entre ellos el de la alfabetización en salud.<sup>37</sup>

En definitiva, la concientización es y debe ser la fuerza de motivación necesaria para emitir una respuesta continua y activa ante los problemas de salud de las personas. La concientización facilitadora es y debe ser el proceso necesario para que las personas actúen de forma competente, con una actitud de aprendizaje y crítica constante hacia el entorno cambiante actual, en la búsqueda de un proceso de transformación necesario.

#### Bibliografía

- World Health Organization: WHO. Statement on the second meeting of the International Health Regulations. 2005. Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) [acceso: 11/04/2020].
- Edwards W. The theory of decision making. *Psychological Bulletin* 1954; 51:380-417.
- Fishbein M, Azjen L. Belief, attitude, intention and behaviour: an introduction to theory and research. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1975.
- Azjen L, Fishbein M. Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin* 1977; 84:888-918.
- Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs* 1966; 2:354-386.
- Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En: Cacioppo JT, Petty RE, authors. *Social Psychophysiology*. New York: Guilford press, 1983; cap. 6:153-176.
- DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addiction* 1982; 7:133-142.
- Sutton S. Stage theories of health behavior. En: Corner M, Norman P, editors. *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognitions models*. Buckingham, UK: Open University Press, 2005 (2nd ed.).
- Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden A, Mather L, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *British Medical Journal* 2003 May; 326(7400):1175.
- Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review* 2004; 24(3):361-378.
- Bridle C, Riemsma RP, Pattenden J, Mather L, et al. Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology & Health* 2005; 20(3):283-301.
- West R. Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction* 2005; 100(8):1036-1039.
- Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. En: Cameron LD, Leventhal H, editors. *The self-regulation of health and illness behavior*. London: Routledge; 2003; Pp. 42-65.
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology* 1980; 2: 7-30.
- Cameron LD, Leventhal H. Self-regulation, health and illness: an overview. En: Cameron LD, Leventhal H, editors. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. London: Psychology Press, 2003; Pp: 1-13.
- Gil Roales-Nieto J. *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2004.
- Green LW, Kreuter MV. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 1991.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 1991.
- Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23(4):325-334.
- Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review* 2004; 24(3):361-378.
- Miller WR. Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors* 1996; 21(6):835-842.
- Levensky ER. Motivational interviewing. *Cognitive behavior therapy* 2003; p. 252-260.
- Allsop S. What is this thing called motivational interviewing? *Addiction* 2007; 102(3):343-345.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843-61.
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986; 41:159-64.
- Shadish WR, Matt GE, Navarro AM, Phillips G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2000; 126:512-29.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55:305-12.
- Miller W, Sovereign R, Krege B. Motivational Interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as preventive intervention. *Behavioral Psychotherapy* 1988; 16:251-68.
- Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:455-61.
- Project Match Research Group. Project MATCH: rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol* 1993; 17:1130-45.
- Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol* 2006; 41:328-35.
- Grenard JL, Ames SL, Pentz MA, Sussman S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolesc Med Health* 2006; 18:53-67.
- Soria R, Legido A, Escolano C, López Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 2006; 56:768-74.
- Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br J Health Psychol* 2006; 11:319-32.
- Freire, Paulo. *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Siglo XXI Editores, 1985.
- Freire, Paulo. *Educación para el cambio social*. Buenos Aires: Tierra Nueva, 1974.
- Scorsolini-Comin, Fabio. Implicaciones pedagógicas del concepto de aprendizaje en la asistencia en enfermería. *Index de Enfermería* 2019; 28(1-2):79-83.



## Conviértete en suscriptor Premium

### Un curso eINNOVA gratis al año

Reserva prioritaria de plazas en actividades de la Fundación Index  
Revisión acelerada de manuscritos en revistas propias Cantárida  
Además de **+40 recursos Ciberindex** para tu desarrollo profesional

Por solo 90 €

[http://fundacionindex.com/?page\\_id=921](http://fundacionindex.com/?page_id=921)