

La evaluación no consiste solo en preguntar si se han dado las voluntades anticipadas o un testamento, sino que también incluye la evaluación de las capacidades funcionales, el estado cognitivo y el apoyo social del paciente (v. el cuadro *Lista de control de la coordinación de los cuidados*). Como componentes clave del equipo sanitario, las enfermeras pueden apoyar a los pacientes en las transiciones de cuidados conociendo los objetivos del paciente y de sus familiares, compartiendo su conocimiento con el equipo y trabajando con otros miembros para reunir los recursos necesarios para que el paciente logre sus objetivos. La enfermera que lleva a cabo la coordinación de los cuidados ofrece atención centrada en el paciente. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, et al. Quality and safety education for nurses. *Nurs Outlook*. 2007;55(3):122-131.
2. Lamb, G. Care coordination, quality, and nursing. In: Lamb G, ed. *Care Coordination: The Game Changer*. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2013:1-10.
3. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3rd ed. 2013. www.nationalcoalitionhpc.org/ncp-guidelines-2013.
4. Enderlin CA, McLeskey N, Rooker JL, et al. Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatr Nurs*. 2013;34(1):47-52.
5. Kelley T, Docherty S, Brandon D. Information needed to support knowing the patient. *ANS Adv Nurs Sci*. 2013;36(4):351-363.
6. Forbes TH 3rd. Making the case for the nurse as the leader of care coordination. *Nurs Forum*. 2014; 49(3):167-170.
7. Lamb G, Schmitt M, Sharp D. Recognizing care coordination in nurses' practice. In: Lamb G, ed. *Care Coordination: The Game Changer*. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2013:81-96.
8. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B, Ragan SL. *Communication in Palliative Nursing*. New York, NY: Oxford University Press; 2013.

RECURSOS

- Cipriano P. The imperative for patient-, family-, and population-centered interprofessional approaches to care coordination and transitional care: a policy brief by the American Academy of Nursing's Care Coordination Task Force. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):330-333.
- Erickson J. Bedside nurse involvement in end-of-life decision making: A brief review of the literature. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;32(2):65-68.
- Westphal EC, Alkema G, Seidel R, Chernof B. How to get better care with lower costs? See the person, not the patient. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(1):19-21.

Rita Ferguson es profesora auxiliar clínica en la University of Alabama en Huntsville College of Nursing, y anteriormente fue directora de enfermería en el Hospice of Limestone County en Athens, Alabama. La autora declara no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.

Entrevista motivacional para pacientes con trastornos del estado de ánimo

Nancy Tylus-Earl, MA, MSN, RN-BC, y Jennifer Jones, MSN, PHN, PMHNP-BC

ES FUNDAMENTAL que la comunicación sea excelente, independientemente de dónde se lleven a cabo los cuidados de enfermería. Desde la unidad de cuidados intensivos hasta el quirófano o en una unidad de salud mental, las enfermeras deben ser comunicadoras flexibles que fomenten el cambio positivo en sus pacientes.

La herramienta principal que se utiliza en enfermería de salud mental es la comunicación terapéutica. Del mismo modo que la tecnología médica está en mejora constante, nos comunicamos para promover los mejores resultados en nuestros pacientes. La investigación revela que la entrevista motivacional (EM) es un estilo comunicativo eficaz cuando se utiliza para fomentar un cambio de conducta¹.

En este artículo presentamos un proyecto en el que se exploró el efecto de las técnicas de EM aplicadas por profesionales para involucrar a los pacientes en su recuperación en una unidad de salud mental para adultos. Los resultados deseados eran una mayor asistencia de los pacientes a dos grupos de terapia cognitivo-conductual y mejores puntuaciones en un cuestionario que evaluaba el conocimiento de las técnicas de EM por parte de la plantilla. Después de enseñar a las enfermeras de nuestra unidad las habilidades básicas de la EM y de alentarlas a utilizar las técnicas cuando se comunicaran con los pacientes, las mediciones de ambos resultados mejoraron de manera significativa. Aprender técnicas de EM les permitió utilizar un estilo comunicativo basado en la evidencia, para animar a los pacientes a involucrarse en su recuperación. Este artículo presenta los pasos que se dieron para lograr los objetivos de este proyecto.

Preparación del escenario

Históricamente, la relación entre el profesional de salud mental y el paciente ha sido de desigualdad de poder, donde el profesional daba consejos no solicitados². Hoy en día, la filosofía "el doctor (o la enfermera) sabe lo que es mejor" ya está pasada de moda y se reconoce que la mejor práctica para fomentar la recuperación es una relación colaborativa entre el paciente y el personal sanitario^{3,4}.

Este proyecto se llevó a cabo en un hospital de salud mental de 149 camas en California, en el ala este II, en una unidad abierta de 32 camas para internos adultos con trastornos del estado de ánimo, del pensamiento y con dependencia química. En el ala este II se forman grupos de terapia cognitivo-conductual todos los días para alentar a los pacientes a identificar, abordar y gestionar pensamientos y comportamientos que afectan a su salud mental. La participación de los pacientes en estos grupos es fundamental para mejorar los resultados de salud mental¹.

El proyecto de mejora de la calidad se inició cuando el personal de enfermería expresó su descontento por la aparente incapacidad de involucrar a los pacientes en su recuperación. Concretamente, el personal no se sentía capaz de persuadir a los pacientes para que participaran en los grupos de terapia cognitivo-conductual.

Los pacientes deben sentirse empoderados para participar en la toma de decisiones como parte del proceso de recuperación. El cambio en la manera de comunicarse, tan esperado, conlleva retos de implementación, tanto para las enfermeras como para los pacientes. El deseo del personal de la unidad del ala este II por aprender a fomentar la

participación del paciente en la recuperación impulsó la elaboración de un plan de acción, empezando por una revisión bibliográfica.

Revisión bibliográfica

La EM es un método basado en la evidencia y centrado en el paciente que facilita el cambio para fomentar la autonomía del paciente y mejorar la concordancia del tratamiento, la satisfacción y los resultados clínicos¹. Algunas acciones importantes de la EM son expresar empatía y animar a los pacientes a identificar discrepancias entre sus conductas y los objetivos a largo plazo⁵.

Es previsible que los pacientes muestren resistencia a la hora de modificar su conducta inadaptada¹. La filosofía de la EM es aceptar y “minimizar” la resistencia antes que discutir con el paciente, porque esto no fomenta el cambio positivo⁶.

La EM no sirve solo para enfermeras psiquiátricas, sino que ha sido eficaz para promover cambios en el estilo de vida, como la reducción de peso y el abandono del hábito de fumar¹. La EM también ha sido eficaz para hacer que los pacientes se adhieran a tratamientos médicos complejos, como la autogestión de la insuficiencia cardíaca¹.

La EM es eficiente en intervenciones breves: con solo dos sesiones se pueden mantener resultados positivos para dos años o más⁷. Normalmente, los pacientes pasan menos de una semana en nuestra unidad, de modo que era importante utilizar una herramienta breve para fomentar y mantener resultados óptimos.

Un estudio de Dray et al. muestra que la satisfacción aumenta cuando el personal utiliza técnicas de EM⁸. Este estudio determinó que después de que el personal recibiera formación en EM, los pacientes manifestaron que se sentían más capaces de abordar y comunicarse con el equipo sanitario⁸.

La EM es un método rentable de refuerzo de pacientes para cambiar conductas problemáticas⁴. Formar a los formadores y el estudio individual son dos de los métodos de formación más baratos⁹. Los costes de formación del personal son un componente menor del coste total del tratamiento, y solo se necesitan tres o cuatro sesiones de instrucción y asesoramiento para conservar las capacidades⁸⁻¹⁰.

Métodos

Durante una breve reunión matutina con la jefa clínica de la unidad, los profesionales del turno de día del ala este II hablaron de su frustración porque no había apenas pacientes en la terapia de grupo. La discusión se prolongó durante varios días hasta que el personal del ala este II solicitó formación en técnicas de EM para garantizar unas conversaciones comprensivas y orientadas al cambio con los pacientes.

La recopilación de datos empezó a determinar la asistencia basal de los pacientes y el conocimiento del personal de las técnicas de EM. De media, solo el 42% de los pacientes habían acudido a grupos de terapia conductiva durante los 2 meses anteriores. Esto confirmó la sospecha de la plantilla de que muchos pacientes no acudían a los grupos.

La entrevista motivacional es un método rentable de refuerzo de pacientes para cambiar conductas problemáticas.

Un profesional del ala este II elaboró un cuestionario basal para evaluar los conocimientos del personal sobre técnicas de EM. El cuestionario de siete preguntas de selección múltiple se elaboró a partir de dos revisiones bibliográficas sistemáticas en la formación de EM^{11,12}. La puntuación media basal fue 74%. Los resultados del cuestionario demostraron que algunos miembros de la plantilla preferían dar consejos no solicitados a los pacientes; otras respuestas revelaron la creencia de que no se puede ayudar a los pacientes hasta que no pidan ayuda.

Antes de la formación de EM, normalmente la plantilla se comunicaba con los pacientes de manera terapéutica. Sin embargo, algunos de ellos intentaron involucrar a los pacientes de una manera paternalista que podía interpretarse como condescendiente. Este estilo comunicativo no se ajusta a los principios de la EM y puede ser contraproducente cuando el objetivo es facilitar el cambio². Se indicó un enfoque educativo estructurado y formal para definir las expectativas y garantizar la capacidad profesional.

En este proyecto utilizamos la estructura OARS para instruir en EM. La técnica OARS incorpora preguntas abiertas (*open-ended questions*), afirmaciones (*affirmations*), escucha reflexiva (*reflective listening*) y recapitulación (*summarization*)². El objetivo es implicar al paciente para trabajar en la ambigüedad de las conductas negativas o los cambios en el estilo de vida¹³.

Se preguntó al personal cómo les gustaría recibir la formación en EM para facilitar el desarrollo del proyecto. El consejo de práctica de la unidad adoptó el proyecto como objetivo del año y proporcionó información sobre el diseño educativo. Basándose en las respuestas y las preferencias de la plantilla, se utilizaron diferentes estrategias: la formación de formadores, un paquete educativo en EM, la discusión entre dos y un video¹⁴.

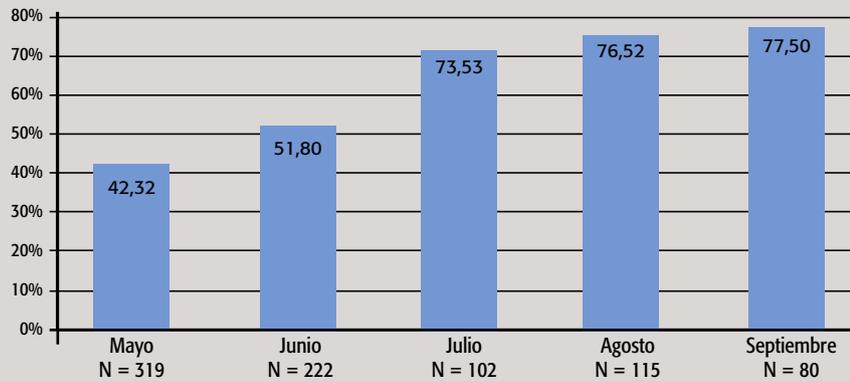
La jefa clínica del turno de día formaba a las jefas clínicas de los turnos de tarde y noche y a los especialistas, que a su vez educaban a las enfermeras de su turno. Cada mes se abordaban diferentes técnicas de EM y luego se practicaban en el informe del turno y en la reunión diaria. En la unidad se colgaron diferentes carteles educativos.

La fase de implementación educativa de este proyecto fue un poco larga y laboriosa, en parte porque se atendieron las preferencias educativas de la plantilla, pero la formación individual aseguró el tiempo para preguntas, debates y aclaraciones, así como dramatizaciones cuando fuera necesario.

Resultados

Después de recibir la formación en EM, la puntuación media de la plantilla mejoró de un 74% a un 89%. Las enfermeras mejoraron sus conocimientos sobre técnicas de EM para comunicarse de forma terapéutica con los pacientes e involucrarlos en su recuperación. Los profesionales utilizaron técnicas OARS para interactuar con los pacientes durante las evaluaciones del turno y a lo largo del día. Las jefas clínicas y los especialistas siguieron de cerca la plantilla y les hicieron llegar comentarios para garantizar que se ajustaban a los principios de la EM. Tras la incorporación de la EM en las evaluaciones

Asistencia a los grupos



Este gráfico muestra el porcentaje de pacientes que asistieron a los grupos de terapia cognitivo-conductual. El personal implementó las técnicas de entrevista motivacional en julio. La asistencia al grupo aumentó en un 83% de mayo a septiembre.

de los pacientes, la asistencia a los grupos de pacientes mejoró en un 83% (v. el cuadro *Asistencia a los grupos*).

Durante las entrevistas informales, las enfermeras comunicaron estar satisfechas con el apreciable aumento de asistencia a los grupos. La plantilla también comunicó que detectó un cambio de actitud que se tradujo en una relación diferente con los pacientes: antes había desigualdad de poder y ahora se fomentaba la autonomía del paciente. La colaboración con los pacientes facilitó la implicación en la recuperación. Las enfermeras dejaron de decir: “si quieres mejorarte, ve al grupo”, y ahora iniciaban conversaciones sobre la indecisión del paciente por cambiar. Estas conversaciones fomentaban una asociación terapéutica que animaba al paciente a participar en su recuperación asistiendo a grupos.

Discusión

Se invitó a la plantilla a identificar cómo les gustaría recibir la formación en técnicas de EM. Como la plantilla estaba involucrada en la toma de decisiones, se sentían responsables del proyecto, lo cual aumentó la participación. Las diferentes técnicas de EM, aunque llevaban mucho tiempo, permitían hacer preguntas sobre la formación y obtener ayuda individual. La eficacia de la formación fue evidente con la mejora de las puntuaciones en el cuestionario de conocimientos sobre EM.

Como observaron las jefas clínicas y los especialistas, la plantilla utilizó técnicas de EM de forma coherente cuando se comunicaba con pacientes, expresando empatía y alentando la identificación de divergencias entre la conducta problemática y los valores. Sabían que tenían que esperar que los pacientes se resistieran al cambio y aceptar esta resistencia para respaldar la autonomía del paciente.

La comunicación a través de técnicas de EM se tradujo en más asistencia a los grupos. Los resultados de este proyecto respaldan la investigación actual sobre la eficacia de la EM para facilitar el cambio positivo y la concordancia del tratamiento mediante la motivación del paciente⁴.

Recomendaciones

Nuestro proyecto de mejora de calidad ofrece un ejemplo de colaboración fructífera entre el equipo de liderazgo formal e informal del ala este II y el departamento de psicología. Muchas veces, cuando el personal de primera línea identifica un problema, la dirección interviene para resolverlo. La situación descrita en este artículo ilustra lo que se puede lograr cuando la plantilla, la dirección y cualquier departamento auxiliar clave se involucran en una verdadera colaboración y trabajan en equipo.

Basándonos en los resultados de este proyecto, llegamos a la conclusión de que formar al personal en técnicas de EM puede

aumentar la participación de los pacientes en su recuperación, y recomendamos que se forme a todo el personal del hospital. En la carrera del hospital hacia la obtención del certificado Magnet[®], se pretende hacer hincapié en la EM y planificar una formación para todo el personal del centro. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebow J. Overview of psychotherapies. UpToDate. 2015. www.uptodate.com.
2. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2013.
3. Jonikas JA, Grey DD, Copeland ME, et al. Improving propensity for patient self-advocacy through wellness recovery action planning: results of a randomized controlled trial. *Community Ment Health J.* 2013;49(3):260-269.
4. Ingersoll K. Motivational interviewing for substance use disorders. UpToDate. 2016. www.uptodate.com.
5. Cucciare MA, Ketroser N, Wilbourne P, et al. Teaching motivational interviewing to primary care staff in the Veterans Health Administration. *J Gen Intern Med.* 2012;27(8):953-961.
6. Copeland L, McNamara R, Kelson M, Simpson S. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2015;98(4):401-411.
7. Bagoien G, Bjørngaard JH, Østensen C, Reitan SK, Romundstad P, Morken G. The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit—a randomised controlled trial with two year follow-up. *BMC Psychiatry.* 2013; 13:93.
8. Dray J, Gilchrist P, Singh D, Cheesman G, Wade TD. Training mental health nurses to provide motivational interviewing on an inpatient eating disorder unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014; 21(7):652-657.
9. Olmstead T, Carroll KM, Canning-Ball M, Martino S. Cost and cost-effectiveness of three strategies for training clinicians in motivational interviewing. *Drug Alcohol Depend.* 2011;116(1-3):195-202.
10. Schwalbe CS, Oh HY, Zweben A. Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies. *Addiction.* 2014;109(8):1287-1294.
11. Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: a systematic review. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(1):101-109.
12. Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns.* 2011;84(1):16-26.
13. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;38:1-12.
14. Pariera J. A taste of motivational interviewing by Jennifer Pariera and Neisha Martorana [video file]. 2012. <https://www.youtube.com/watch?v=sWcOg2K9LA1&t=1s>.

En San Diego (California), Nancy Tylus-Earl es jefa de clínica en Sharp Healthcare y profesora adjunta en la University of San Diego y en la Azusa Pacific University. Jennifer Jones, antigua enfermera clínica en Sharp, actualmente está en el programa de residencia de posgrado en enfermería especializada en salud mental en el sistema sanitario San Francisco VA.

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.