



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día

www.elsevier.es/eii



REVISIÓN

Entrevista motivacional y adherencia terapéutica en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal



P. Lusilla-Palacios^{a,*} y F. Gomollón^b

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario Vall d'Hebron, CIBERSAM, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón, CIBEREHD, Zaragoza, España

Recibido el 21 de septiembre de 2016; aceptado el 9 de diciembre de 2016

Disponible en Internet el 26 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Enfermedad
inflamatoria
intestinal;
Entrevista
motivacional;
Habilidades de
comunicación;
Adherencia

Resumen La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica, y establecer un vínculo de confianza con el paciente es esencial para facilitar la adherencia al tratamiento. El 70% de los especialistas son conscientes de que una buena comunicación con los pacientes favorece la adhesión terapéutica, pero solo uno de cada 10 profesionales admite haber recibido un entrenamiento específico.

La entrevista motivacional (EM) es un método fácil de aprender cuyo uso se asocia en diferentes disciplinas de la medicina a una mejor adherencia y al cambio de hábitos no saludables. El artículo ofrece una revisión breve de las principales estrategias de la EM y cómo pueden aplicarse a la consulta diaria de EII.

© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Inflammatory bowel
disease;
Motivational
interviewing;
Communication skills;
Adherence

Motivational interviewing and therapeutic adherence in patients with inflammatory bowel disease

Abstract Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic condition and establishing a relationship of trust with the patient is key in facilitating treatment adherence. 70% of specialists are aware of the fact that good communication with patients encourages adherence to treatment but only one in ten professional admit to having received specific training.

Motivational interviewing (MI) is an easy-to-learn method. Its use in various medical disciplines is associated with better adherence and a change in unhealthy habits. This paper provides a brief review of the strategic principles of MI and how it can be applied to daily practice for IBS. © 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: plusilla@vhebron.net (P. Lusilla-Palacios).

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de trastornos crónicos que afectan a 2,2 millones de personas, jóvenes en su mayoría, en Europa¹, y como en la mayor parte de trastornos crónicos, promover la adherencia al tratamiento sigue siendo una asignatura pendiente². La literatura revela que entre el 43 y el 60% de los adultos con EII no se adhieren al régimen de medicación oral prescrito³, y que en el 35% de los casos la falta de adherencia no es una cuestión de olvido o incomprensión de las instrucciones, sino una elección voluntaria del paciente⁴. Entre las causas de este incumplimiento se han identificado factores que dependen de la enfermedad, del tipo de tratamiento, de las características del paciente o de la relación de este con el profesional, y como posibles soluciones se ha sugerido simplificar el régimen de dosificación, educar al paciente y mejorar la relación con él⁵. Por otra parte, el profesional en la consulta diaria se encuentra ante la ardua tarea de controlar la enfermedad, realizar una prescripción adecuada, identificar la comorbilidad psicológica —muy frecuente incluso en las épocas de remisión^{6,7}— y cultivar una relación terapéutica de confianza. No obstante, la habitual falta de tiempo y la lógica mayor formación del especialista en los aspectos físicos de la enfermedad condicionan que en la entrevista se prioricen los síntomas clínicos y la medicación, dejando poco margen a la atención del impacto emocional de la EII y a la propia relación terapéutica. Desatender el malestar psicológico del paciente afecta negativamente a la evolución de su trastorno gastrointestinal^{8,9} y se asocia a una menor adherencia, más recidivas y peor calidad de vida¹⁰.

La entrevista motivacional (EM) es una técnica que puede ayudar al profesional que atiende a pacientes con EII a mejorar la relación terapéutica a la par que se abordan sin necesidad de ser un psicólogo los aspectos emocionales de la enfermedad, facilitando por tanto la adherencia al tratamiento. La EM es un modelo de atención coherente con la tendencia actual de la medicina para el abordaje de los trastornos crónicos donde el papel tradicional paternalista del médico es sustituido por un rol de guía que tiene en cuenta las preferencias y preocupaciones del paciente y donde aprender técnicas de comunicación es una necesidad lógica cuando la mayor parte del tiempo de la interacción entre dos personas es a través del diálogo¹¹. En este sentido, en una encuesta reciente a profesionales que trabajan con EII (manuscrito en preparación) se detectó que el 70% de los encuestados con independencia de los años de ejercicio en la profesión consideraba esencial para mejorar la adherencia al tratamiento la formación en técnicas de la comunicación, mientras que solo uno de cada 10 profesionales había recibido algún tipo de entrenamiento en este sentido.

¿Qué es la entrevista motivacional?

La EM es un estilo de atención centrada en el paciente y basada en la colaboración cuyo propósito es reforzar la motivación para el cambio ayudando al paciente a resolver la ambivalencia al mismo a través de los propios motivos que expone el paciente para cambiar¹². En la EM, el clínico acepta que la ambivalencia ante el cambio es una

experiencia universal normal que surge antes de resolver un dilema sobre el que pesan factores a favor y en contra. El clínico actúa como un guía, clarificando las aspiraciones y fortalezas del paciente, escuchando sus preocupaciones, incrementando su confianza y colaborando en la elaboración de un plan de cambio¹³.

La técnica de la EM se inició en el campo del tratamiento de las adicciones, donde de forma tradicional se consideraba al paciente adicto como negador y resistente a asumir su problema y siendo el tratamiento más comúnmente utilizado la confrontación externa en la que el terapeuta señalaba de forma inequívoca los problemas de los pacientes con los tóxicos. Sin embargo, se observó que una escucha libre de prejuicios revelaba que ni el paciente era tan negador ni estaba tan reacio al cambio y que, por el contrario, las actitudes confrontativas del terapeuta generaban un abandono precoz de tratamiento¹⁴.

La EM ayuda al profesional de la salud a desarrollar el rol de guía¹⁵, es fácil de aprender y en diferentes países, incluido España, se han desarrollado proyectos de formación que han sido bien acogidos por parte de los gastroenterólogos¹⁶, pudiendo aplicarse en formato breve¹⁷ manteniendo su eficacia.

Evidencia de la eficacia de la entrevista motivacional en la adherencia al tratamiento

Las primeras evidencias de la eficacia de la EM se obtuvieron en el campo de las adicciones, donde se demostró que la intervención motivacional, en comparación con los métodos tradicionales, se asociaba a una alianza terapéutica más potente y a una menor tasa de recaídas¹⁴. La EM, en contraposición al modelo de atención tradicional, promueve una relación médico-paciente de tipo colaborativo, donde la información se ofrece ajustada a las necesidades del paciente^{18,19}. Esto es de vital importancia para mejorar la adherencia del paciente con EII, ya que si bien se ha observado que las intervenciones educativas tienen un cierto papel en mejorar la adherencia accidental²⁰ (por olvidos o por falta de comprensión de las pautas), no tienen efecto en el compromiso voluntario de aceptar el tratamiento, en el cual influyen variables emocionales como la preocupación por los efectos secundarios de la medicación o la falta de percepción de la necesidad de la misma²¹ que solo podrán ser soslayados en el contexto de una relación terapéutica colaborativa y empática.

En las últimas décadas la EM se ha extendido a diversas disciplinas de la medicina y existen en la actualidad más de 200 ensayos controlados del uso de la EM en diferentes escenarios clínicos. Una revisión sistemática de 2005 encontró un efecto clínico significativo en 3 de cada 4 estudios y funcionó mejor que el método tradicional estándar en el 80% de los estudios. En sesiones breves de menos de 15 min la EM fue eficaz en el 64% de los estudios²².

Igualmente, recientes metaanálisis han demostrado la eficacia de la EM para conseguir el cambio de conducta como reducir conductas sedentarias, mejorar la dieta o incrementar la actividad física, así como en mejorar la adherencia a las recomendaciones terapéuticas en ámbitos de la medicina distintos de las adicciones en comparación con las intervenciones tradicionales²³.

Existen algunos estudios en la literatura en los que la EM se combina con otras estrategias para aumentar la adherencia en pacientes con EII^{24,25}, así como para ayudar a los pacientes en la toma de decisión a la hora de aceptar la colonoscopia de cribado²⁶. En ambos casos los resultados son prometedores. Sin embargo, hasta ahora no se ha descrito si estas técnicas pueden ser de interés en la consulta diaria de EII ni cómo la EM puede aplicarse en estos pacientes.

El objetivo de este trabajo es, por tanto, describir los elementos básicos de la EM que el gastroenterólogo o el profesional de enfermería pueden aplicar en su consulta diaria de EII para mejorar la relación terapéutica y facilitar la adherencia al tratamiento.

¿Cómo puede ser de ayuda la entrevista motivacional en la atención del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal?

En contraposición al estilo directivo tradicional, la EM propone al especialista desarrollar la empatía y asumir el papel de guía del paciente, que consiste en escuchar dando al mismo tiempo soporte y ofreciendo información de experto cuando es necesario. De esta forma, cuando el profesional «se pone en el lugar del paciente» y muestra interés por sus temores y sus opiniones sobre el tratamiento aumenta la probabilidad de que el paciente siga las recomendaciones, en contraposición a una prescripción sobre la que el paciente tiene serias dudas.

Aunque la filosofía de la EM va más allá de unas simples estrategias de comunicación (esta intervención tiene un claro trasfondo humanista, donde el respeto por la autonomía del otro, la colaboración y el trato compasivo son esenciales), a nivel práctico resulta muy útil conocer las *microhabilidades* que van a permitir al clínico mejorar algunos de los aspectos que más se relacionan con la falta de adherencia, como son los problemas de comunicación, la no identificación del nivel de predisposición al cambio o la falta colaboración del paciente. Las microhabilidades de la EM se conocen con el acrónimo PROSA (*Preguntas abiertas, Reflejos, Ofrecer información y consejo, Sumarios y Afirmación*)²⁷. A continuación se describe cómo estas habilidades pueden utilizarse en la consulta del paciente con EII con los siguientes objetivos:

1. Mejorar la comunicación y la relación terapéutica.
2. Identificar la predisposición del paciente al cambio o al tratamiento.
3. Facilitar la educación del paciente sobre su enfermedad e incrementar su colaboración.
4. Promover la toma de decisiones compartida.
5. Mejorar la motivación y la confianza del paciente.

Mejorar la comunicación y la relación terapéutica

La EM facilita el diálogo entre profesional y paciente; el 53% de los pacientes con EII salen de la consulta sin haber expuesto sus principales preocupaciones²⁸. Las herramientas de la EM, como son las preguntas abiertas, el reflejo y el sumario o resumen, facilitan la expresión abierta por parte del paciente de lo que le preocupa, al tiempo que este

percibe que el profesional se interesa por él y comprende su punto de vista.

Las *preguntas abiertas* son aquellas en las que no se puede responder con un sí o un no o en unas pocas palabras y animan al paciente a explicarse abiertamente. Proporcionan información de calidad muy útil que ayuda al clínico a conocer la posición inicial de un paciente respecto a un tema.

Ejemplos:

- ¿Qué le preocupa de la medicación?
- ¿Qué es lo que le parece que no está funcionando?

El *reflejo* o *escucha reflexiva* es la forma como respondemos al paciente tras formular las preguntas y es una herramienta característicamente nuclear de la EM. Consiste en repetir al paciente lo que nos ha confiado con sus mismas palabras o con otras parecidas. El efecto de esta estrategia es triple: el paciente automáticamente se siente escuchado, el clínico chequea que ha comprendido perfectamente lo que su paciente le explica y a su vez, al escuchar el paciente sus propias palabras en boca del profesional, se propicia una reflexión libre. El reflejo permite una comunicación desprovista de juicios de valor, ya que el profesional se limita a devolver más o menos elaborado el discurso del paciente. El reflejo no es una pregunta y el tono que se utiliza es un tono neutro.

Ejemplo:

El paciente puede decir en la consulta «Llevo demasiado tiempo con la medicación y estoy empezando a estar cansado». Aunque quizá el paciente no esté considerando dejar el tratamiento, nuestra reacción natural sería intentar anticiparnos al abandono y convencer al paciente de que debe ser constante con él para seguir bien. Sin embargo, esta actitud, a la par que frustrante para el paciente (no se le reconoce su esfuerzo), puede producir el efecto contrario: cuando insistimos en las ventajas de tomar el tratamiento en una persona ambivalente al mismo, nuestro interlocutor insistirá en hablarnos de los inconvenientes. El reflejo o escucha reflexiva soluciona estas lagunas de comunicación. Una respuesta con reflejo a lo que el paciente anterior dice podría ser: «Se siente cansado porque lleva mucho tiempo esforzándose». Con esta respuesta el profesional no presupone nada, pero el paciente se siente comprendido y aliviado, fortaleciéndose de esta forma la relación terapéutica.

El *sumario* o *resumen* es una estrategia que se utiliza para ordenar los contenidos que han ido surgiendo en la entrevista y presentarlos al paciente de forma respetuosa y a la vez didáctica. Permite orientar al paciente y redirigir la entrevista preparando al paciente para la negociación del plan terapéutico. Un buen resumen debe presentar al paciente todos los pros y contras que se han discutido durante la entrevista sobre un determinado tema.

Identificar la predisposición del paciente al cambio o al tratamiento

La EM ahorra esfuerzos al profesional al identificar el nivel de predisposición del paciente a asumir nuevas

propuestas terapéuticas o modificar sus estilos de vida. Esta estrategia se basa en el modelo de la rueda del cambio.

La rueda del cambio de Prochaska y di Clemente²⁹ es un modelo teórico, descrito inicialmente en fumadores, que de forma gráfica localiza el estadio del cambio del paciente. Según este modelo, la persona que se plantea un cambio atraviesa por las siguientes fases: precontemplación (todavía no se plantea cambiar), contemplación (fase de duda o de ambivalencia), determinación (toma de decisión), acción (primeros pasos), mantenimiento (cambio de conducta de al menos 6 meses de duración) y a partir de aquí remisión estable saliendo de la rueda o recaída, reiniciándose el proceso.

Las estrategias a utilizar varían según la etapa en la que se encuentra el paciente. Por ejemplo, si nuestro paciente está precontemplativo a la hora de seguir una dieta, mejor no insistir. Pero eso no significa que no podamos hacer nada: podemos mostrar interés en conocer los motivos que tiene el paciente para no querer cambiar y preguntarle si podemos ofrecerle información. Estas intervenciones nos ayudaran a comprender el punto de vista de nuestro paciente y generarle dudas, lo que nos permitirá pasar al siguiente estadio. En fase de contemplación es esencial explorar con el paciente la ambivalencia: las ventajas y desventajas de tomar el tratamiento pero también los factores a favor y en contra de dejarlo. En las fases de determinación, acción y mantenimiento la labor del clínico es por un lado reforzar de forma positiva la decisión y los logros del paciente y, por otro, revisar que efectivamente la ambivalencia está resuelta.

Facilitar la educación del paciente sobre su enfermedad e incrementar su colaboración

La EM, en contraposición al modelo de atención tradicional, promueve una relación médico-paciente de tipo colaborativo, donde la atención se centra en el paciente y la información se ofrece ajustada a las necesidades de este¹⁸. Esto es importante para mejorar la adherencia del paciente con EII, ya que si bien se ha observado que las intervenciones educativas tienen un cierto papel en mejorar la adherencia accidental²⁰ (por olvidos o por falta de comprensión de las pautas), no tienen efecto en el compromiso voluntario de aceptar el tratamiento. Sobre dicho compromiso influyen variables emocionales como la preocupación por los efectos secundarios de la medicación o la falta de percepción de la necesidad de la misma²¹ que solo podrán ser soslayados en el contexto de una relación terapéutica colaborativa y empática.

La EM es el encuentro de dos expertos: un experto en EII que es el profesional y un experto en sí mismo que es el paciente. Contar que el trabajo solo debe hacerlo el primero es perder un potencial importante. En la EM, el clínico antes que ofrecer soluciones se interesa en obtener (*evocar*) las propias ideas del paciente para mejorar su situación o solucionar sus problemas. Esto facilita que el paciente participe de forma activa en su proceso, incrementando por tanto de forma voluntaria su compromiso.

Promover la toma de decisiones compartida

En situaciones críticas y agudas los profesionales pueden (y deben) ser directivos, pero en los trastornos crónicos la toma de decisiones consensuada es esencial para asegurar la adherencia. En este sentido, el afortunado eslogan sobre la atención centrada en el paciente «*no decisions about me without me*»³⁰, que es actualmente tendencia en la medicina occidental, implica que el paciente tome decisiones informadas sobre lo que es mejor para su salud y bienestar tras la valoración conjunta con el profesional de todos los aspectos implicados.

La EM propone una estrategia novedosa para la toma de decisiones, el PIP (*Pregunta-Información-Pregunta*), que puede utilizarse una vez que el paciente acepta realizar el cambio o tomar el tratamiento y antes de decidir el procedimiento a seguir.

Ejemplo:

Un paciente con colitis ulcerosa (CU) ha visitado a diferentes especialistas y busca una segunda opinión acerca de su tratamiento. La primera P es una pregunta abierta que busca obtener (evocar) la información que el paciente ya posee («¿Qué es lo que conoce de los tratamientos de la CU?»). La I es la información que, ofrecida de forma respetuosa y con permiso («Veo que conoce muchas cosas, ¿me permite que le comente otras opciones?»), proporciona el profesional. La última P es también una pregunta abierta con la que chequearemos si el paciente ha asimilado la información y conoceremos su parecer al respecto («¿Cómo ve lo que le he explicado?», «¿Qué cree que se ajusta mejor a su caso?»).

Mejorar la motivación y la confianza del paciente

Nadie se va a sentir con ánimos de realizar un sobreesfuerzo o cambiar una conducta muy arraigada por muy poco saludable que sea si no se siente capaz de hacerlo. Tampoco, una persona retomará un tratamiento que ha abandonado porque el profesional le «riña». La experiencia nos indica que la importancia que una persona atribuye al cambio y la confianza que tiene en poderlo realizar son dos elementos necesarios para que el cambio se lleve a cabo. Algunas estrategias de la EM, como la *afirmación* y las *reglas de la importancia y la confianza*, pueden aumentar la motivación y la percepción de autoeficacia de los pacientes. Afirmar significa valorar los aspectos positivos que vemos en el paciente de forma honesta y sincera. Por otra parte, las reglas de la confianza y la importancia tienen como objetivo conseguir que el paciente dé más importancia al cambio y tenga más confianza en lograrlo. Estas reglas consisten en preguntar al paciente que defina a qué nivel se encuentra en una escala imaginaria del 1 a 10, donde el 1 significa que concede muy poca importancia al cambio (o que se ve muy poco capaz de cambiar) y el 10 significa que tiene una gran confianza en el cambio (o que el cambio es muy importante). La labor del profesional será entonces explorar las razones por las que el paciente se sitúa en un número o nivel en concreto.

En la [tabla 1](#) se muestran los principales factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en el paciente con EII y las estrategias motivacionales que pueden utilizarse.

Tabla 1 Factores que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la enfermedad inflamatoria intestinal y que son susceptibles de mejora con la entrevista motivacional

Factor causa de falta de adherencia	Estrategia motivacional
Mala relación médico-paciente	Desarrollo de la empatía, rápida vinculación
Actitud confrontativa/autoritaria	Rol de guía, colaboración
Desatención de los aspectos emocionales	Escucha reflexiva (reflejos)
Falta de tiempo	Enfoque rápido del problema. Intervención breve
Falta de motivación del paciente	Afirmación, mostrar interés, escala de confianza
Preocupación por los efectos secundarios	Balance decisonal. Análisis de los pros/contras
Ausencia de conciencia de problema	Escala de importancia
Desinformación del paciente	Educación colaborativa, PIP
Comorbilidad psicológica, hábitos tóxicos	Resolución de la ambivalencia al cambio/a pedir ayuda especializada

La estructura de la entrevista motivacional

La EM no es directiva, pero tiene una dirección: ayudar al paciente a cambiar y a conseguir sus metas. En esquema, se estructura en 4 procesos o fases consecutivos: vincular, enfocar, evocar y planificar, y como si se tratara de subir una escalera con el paciente, no podemos subir un peldaño hasta haber superado el anterior, ni subir de dos en dos los peldaños. La primera fase es la de *Vincular*; en este escalón el clínico se preocupa de generar alianza terapéutica. Según Rollnick et al.¹², el 20% del tiempo de la primera visita con un paciente debería estar dirigido únicamente a conseguir establecer un vínculo de confianza. En la segunda fase (*Enfocar*) el clínico y el paciente trabajan para identificar cuál es el objetivo a conseguir y los problemas a resolver. Una vez delimitados estos, comienza la búsqueda de soluciones en las que se van a tener en cuenta, además de la opinión del profesional, las propias ideas del paciente (tercer escalón o fase de *Evocar*). El último escalón (*Planificación*) consiste en diseñar, de acuerdo con el paciente, un plan terapéutico aceptable y adaptado al mismo. Las microhabilidades descritas anteriormente se usarán en todas las fases.

Conclusiones

Una buena comunicación profesional-paciente es esencial en el abordaje de los trastornos crónicos en general y en la EII en particular para facilitar la adherencia al tratamiento. La EM es una técnica que puede ayudar a los profesionales de gastroenterología a mejorar la comunicación con el paciente, aumentando la implicación de este en el proceso del tratamiento y ayudándole a efectuar cambios en su estilo de vida. El aprendizaje de las técnicas motivacionales no es

complicado, y capacita al clínico para realizar una entrevista empática. Existen algunas evidencias de su utilidad en la mejora de la adherencia al tratamiento cuando se complementan con otros recursos y en la toma de decisión de la colonoscopia de cribado. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar si la aplicación de la EM por sí sola, en comparación con la entrevista clínica convencional, es factible en la consulta diaria de EII y si su uso permite incrementar, de forma análoga a como ocurre en otras disciplinas de la medicina, la adherencia terapéutica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Autoría

M. Pilar Lusilla ha sido responsable del diseño, de la estructura y de la redacción del manuscrito. Fernando Gomollón ha sido responsable del diseño y de la revisión final del manuscrito.

Conflicto de intereses

La Dra. Lusilla-Palacios ha recibido remuneración por parte de las compañías farmacéuticas Abbvie y Shire para la preparación y realización de talleres de formación en entrevista motivacional dirigido a profesionales de gastroenterología.

El Dr. Gomollón ha sido asesor de Abbvie, Biogen, Kern, Hospira, Vifor y Pharmacosmos. Ha recibido emolumentos por conferencias de Abbvie, MSD, Takeda, Kern y Janssen. Ha recibido ayuda para la investigación (grupo de trabajo, no directas) de MSD y Abbvie.

Ninguno de los autores ha recibido emolumentos por el diseño y la redacción del presente manuscrito.

Bibliografía

1. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142:46–54.
2. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action [consultado 14 Mar 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf2>.
3. Kane S, Shaya F. Medication non-adherence is associated with increased medical health care cost. *Dig Dis Sxi*. 2008;53:1020–4.

4. Lopez San Roman A, Bermejo F. Review article: How to control and improve adherence to therapy in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24:45–9.
5. Lopez San Roman A, Bermejo F, Carrera E, Perez-Abad M, Boixeda D. Adherence to treatment in inflammatory bowel disease. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005;97:249–57.
6. Diaz Sibaja MA, Comeche Moreno MI, Mas Hesse B, Díaz García M, Vallejo Pareja MA. Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. *Apunt Psicol.* 2008;26:91–102.
7. Mikocka-Walus A, Knowles SR, Keefer L, Graff L. Controversies revisited: A systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22:752–62.
8. Bernstein CN. Psychological stress and depression risk factors for IBD? *Dig Dis.* 2016;34:58–63.
9. Brooks AJ, Rouse G, Ryde A, Peach AJ, Corfe BM, Lobo AJ. Systematic review: Psychological morbidity in young people with inflammatory bowel disease — risk factors and impacts. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;44:3–15.
10. Bannaga AS, Selinger CP. Inflammatory bowel disease and anxiety: Links, risks, and challenges faced. *Clin Exp Gastroenterol.* 2015;8:111–7, <http://dx.doi.org/10.2147/CEG.S57982>.
11. Gallo C. *The Apple Experience.* New York: McGraw Hill Professional; 2012.
12. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior.* New York: The Guilford Press; 2008.
13. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ.* 2010;340:c1900.
14. Moyers T, Miller W. Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav.* 2013;27:878–84.
15. Miller W, Rollnick S. *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar.* Barcelona: Paidós; 2015.
16. Proceedings. Taller de Comunicación Motivacional IBD Connect, patrocinado por Abbvie. Madrid, 27-28 de septiembre de 2012.
17. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health-care settings opportunities and limitations. *Am J Prev Med.* 2001;20:68–74.
18. Kane SV. Overcoming adherence issues in ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2007;3:795–9.
19. Stavropoulou C. Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Educ Couns.* 2011;83:7–13.
20. Waters BM, Jensen L, Fedorak R. Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease: A randomized controlled trial. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2003;1:170–3.
21. Greenley RN, Kunz JH, Walter J, Hommel KA. Practical strategies for enhancing adherence to treatment regimen in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19:1534–45.
22. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55:305–12.
23. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2013;93:157–68.
24. Cook PF, Emiliozzi S, el-Hajj D, McCabe MM. Telephone nurse counseling for medication adherence in ulcerative colitis: A preliminary study. *Patient Educ Couns.* 2010;81:182–6.
25. Moshkovska T, Stone MA, Smith RM, Bankart J, Baker R, Mayberry JF. Impact of a tailored patient preference interventions in adherence to 5-aminosalicylic acid medication in ulcerative colitis: Results from an exploratory randomized controlled trial. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:1874–81.
26. Pengchit W, Walters ST, Simmons RG, Kohlmann W, Burt RW, Schwartz MD, et al. Motivation-based intervention to promote colonoscopy screening: An integration of a fear management model and motivational interviewing. *J Health Psychol.* 2011;16:1187–97, <http://dx.doi.org/10.1177/1359105311402408>.
27. Lusilla-Palacios P, Masferrer E. La entrevista motivacional en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:627–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.03.001>
28. Panés J, O'Connor M, Peyrin-Biroulet L, Irving P, Pettersson J, Colombel JF. Improving quality of care in inflammatory bowel disease: What changes can be made today? *J Crohns Colitis.* 2014;8:919–26.
29. Prochaska JO, di Clemente CC. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy.* Homewood, IL: Dow/Jones Irwing; 1984.
30. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. The King's Fund. London, 2011 [consultado 10 Sep 2014]. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf.