

## Revisión bibliográfica. Análisis de la efectividad de la entrevista motivacional en personas con obesidad adultas

### *Literature review. Analysis of the effectiveness of the motivational interviewing for adults with obesity*

**Autor:** Santiago Box Davó

**Dirección de contacto:** santiagoboxdavo@gmail.com

**Fecha recepción:** 02/12/2020

**Aceptado para su publicación:** 29/04/2020

**Fecha de la versión definitiva:** 12/05/2020

#### Resumen

**Introducción:** Un problema tan actual y relevante como la obesidad requiere una solución adecuada para las personas que la padecen, sobre todo la población adulta. Llevar a cabo esta entrevista motivacional repercutirá positivamente en la adherencia al tratamiento y su motivación de los pacientes frente al problema. **Objetivo:** Examinar la evidencia disponible sobre la efectividad de la entrevista motivacional en la población adulta con obesidad (IMC igual o superior a 30,0 Kg/m<sup>2</sup>) para mejorar su motivación y adherencia al tratamiento. La pregunta PICO que se realizó para delimitar la búsqueda fue: ¿Es efectiva la entrevista motivacional en la población adulta obesa para mejorar la adherencia al tratamiento de la obesidad? **Metodología:** Para obtener estudios originales se llevaron a cabo búsquedas electrónicas en bases de datos, MEDLINE y SciELO. Además de búsquedas manuales y rastreo de referencias. Se obtuvieron 14 estudios de diferentes países para evaluar los resultados, teniendo en cuenta dos variables: adherencia al tratamiento y motivación del paciente. **Resultados:** Los 14 artículos mostraron diferencias estadísticamente relevantes en la motivación del paciente y adherencia del tratamiento ( $p \leq 0.05$ ), tras aplicar una entrevista motivacional en los pacientes y llevado a cabo un seguimiento de ellos. **Conclusión:** La entrevista motivacional ha demostrado resultados positivos en la actitud de los pacientes y la adherencia de éstos al tratamiento.

#### Palabras clave

Obesidad; Efectividad; Adulto; Entrevista Motivacional; Cumplimiento; Adherencia al Tratamiento.

#### Abstract

**Background:** A problem as current and relevant as obesity requires an adequate solution for people who suffer, throughout the adult population. This solution would have a positive effect on the adherence to treatment and its motivation in patients facing the problem. **Objectives:** Examine the available evidence on the effectiveness of the motivational interviewing in the adult population with obesity (BMI same or greater than 30.0 Kg/m<sup>2</sup>) to improve their motivation and adherence to treatment. **Methods:** To obtain original studies, electronic searches were made in databases, MEDLINE y SciELO. In addition to manual searches and references tracking. Fourteen studies from different countries to evaluate the results, taking into account two variables: adherence to treatment and patient motivation. **Results:** The 14 articles showed statistically significant differences in the patient's motivation and treatment adherence ( $p \leq 0.05$ ), after applying a motivational interview in the patients and carrying out a follow-up of them. **Conclusion:** The motivational interview has shown positive results in patient attitudes and adherence to treatment.

#### Key words

Obesity, Effectiveness, Adult, Motivational Interviewing; Treatment Adherence and Compliance.

#### Categoría profesional y lugar de trabajo

Graduado en Enfermería. Enfermero del Hospital de la Vega Baja (Alicante, España).

## INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más preocupantes para la salud en la actualidad son las enfermedades crónicas (1). Según la OMS, el aumento de los niveles de obesidad a nivel mundial es drástico. Esta organización afirma que, en 2014, el 52% de la población a partir de 19 años a nivel mundial padecía sobrepeso; y dentro de este cupo un 13% obesidad (2). A día de hoy, 6 de cada 10 muertes son causadas por enfermedades no transmisibles, destacando las enfermedades cardiovasculares (ECV) al ser en los países desarrollados la primera causa de mortalidad (3).

Existe una evidencia relevante en la relación de los estilos de vida y la reducción de la morbimortalidad por las principales enfermedades crónicas (1). Se calcula que acerca del 80% de las ECV, el 90% de ellas se podrían prevenir mediante actividad física, dieta saludable y abandonando los malos hábitos (tabaco...) De todas estas enfermedades, el estudio se centrará en la obesidad (3).

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial con gran repercusión sociosanitaria y económica que se ha convertido en un problema de salud pública, que ya no es simplemente un dilema estético, ya que ha incrementado la morbimortalidad y empeora la calidad de vida de las personas que la padecen (4).

La prevalencia de la obesidad ha ido incrementando y se complica debido a dos problemas: la falta de adherencia al tratamiento y el riesgo que supone para presentar comorbilidades (5). El primero es debido al poco seguimiento del tratamiento para el control del peso, ya que el paciente suele tomar una actitud pasiva ante su enfermedad. El segundo problema consiste en que el paciente, aparte de padecer obesidad, también puede sufrir: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cerebrales y cardiovasculares, altos niveles de colesterol, hipertensión arterial y cánceres como: de endometrio, de colon o de mama..., causando un descenso de la esperanza de vida (6-7).

A pesar de esto, ninguno de estas razones es determinante para decidir abandonar el tratamiento (8). Los factores que interfieren en el cumplimiento del tratamiento son varios, pero de entre ellos destaca la participación y motivación del paciente (7).

El seguimiento del tratamiento se ve amenazado por poca actividad física y una dieta calórica, estas variables se relacionan con la adherencia al tratamiento directamente, la cual se ve reforzada con la pérdida de peso y, además, por la cantidad de intentos llevados a cabo con el objetivo de perder

peso (8). El riesgo de abandono crece hasta un 19% debido a una inadecuada comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes (9).

En el tratamiento de la obesidad, es imprescindible la dieta, aunque debe incluirse en un programa general, en el cual se encuentra el ejercicio físico, intervención con los profesionales sanitarios y modificar hábitos de vida (1). A pesar de los resultados que se obtienen respecto a las reducciones de peso relevantes, éstas solo permanecen en periodo largo en un reducido porcentaje; por esto resaltar la necesidad de la evidencia sobre técnicas de motivación de estas personas para modificar sus estilos de vida (10).

El tratamiento tradicional está basado en la indicación farmacológica, y debe cumplir una serie de criterios para poder llevarlo a cabo: pacientes con IMC > 30 que padecen alguna comorbilidad como: hipertensión arterial, dislipemia o diabetes mellitus (1). Además, no debe ser una terapia aislada, sino acompañarse de ejercicio físico y cambios en la dieta de los pacientes (4,11).

La pérdida de peso, provoca una evolución favorable de la salud de las personas además de reducir costes importantes, directos como indirectos (12), ya que los gastos llegan a valores por encima de los 2.500 millones de euros anuales, prácticamente un 7 % del gasto sanitario total (13).

La entrevista motivacional se basa en un modelo de asistencia de manera directa centrado en el paciente (14). Aumenta la motivación generando el cambio de la conducta a través de una reflexión empática y autónoma del cliente (1). La entrevista motivacional trabaja basándose en cinco principios: favorecer la autoeficacia, eludir la confrontación, expresar empatía, crear un desacuerdo o discrepancia, y cambiar el punto de vista de ver las resistencias (4).

La intención de la entrevista es llevar a cabo una modificación en la conducta (15), facilitando que se puedan explorar y solucionar ambivalencias (sentimientos que se contraponen) entendiendo la ambivalencia como algo comprensible, normal y aceptable (14).

La posible justificación es la presencia de la ambivalencia en relación con la necesidad de cambiar (14). La entrevista motivacional trabaja con la ambivalencia, haciendo de ella un aliado y no un objeto de resistencia, por ello, se recomienda utilizar esta técnica siempre en estos casos (8).

El curso de la modificación comprende distintas fases, en las que en algunas de ellas es más posible que un paciente abandone una conducta que en otras

(16). Pero, cabe decir que, al comprometerse y responsabilizarse de un proceso terapéutico, se obtiene la clave para obtener los cambios de hábitos (11).

La estrategia motivacional usa técnicas como: escucha reflexiva, afirmaciones directas, preguntas abiertas, llevar a cabo resúmenes y enseñar frases automotivadoras (17-18).

Cuando se habla de la motivación se refiere a conseguir unas metas, para que los pacientes puedan tener medios y obtener así una conducta más saludable (14). Pero esto, puede seguir dos caminos bien distintos. El primero es la satisfacción progresiva, que nos fomenta a mantener un hábito en el momento que se obtienen los resultados, o el segundo, la frustración regresiva que, al contrario, dará lugar al abandono de los hábitos de conducta cuando los resultados no coinciden con objetivos establecidos. Esta doble posibilidad es relevante para los pacientes obesos ya que muchas veces no se consiguen los objetivos iniciales que las personas se proponen y esto da lugar a un bucle de frustración que deteriora aún más la situación (6). Uno de los métodos que se llevan a cabo para evitar este desarrollo se basa en establecer objetivos más específicos y alcanzables, que poco a poco se aproximen a las metas marcadas (16).

El tratamiento debe basarse en una comunicación bidireccional de información, donde se participe por parte de ambos para llegar a un acuerdo mutuo en la decisión final (1). Esto es totalmente diferente a la situación en la que el profesional proporciona la información y el cliente toma la decisión propia (19). En método se entiende que el paciente comprende toda la información y se siente capaz de llevar a cabo su elección. Se puede diferenciar 4 etapas de este proceso para tomar decisiones de manera compartida (16-17).

- **Crear un vínculo de confianza (16-17).**

- En esta primera fase, se basa en incrementar la motivación consiguiendo afirmaciones por parte del individuo de querer o desear, necesidades y razones para conseguir el cambio, (pre)contemplación

- **Intercambiar toda la información (16-17).**

- En esta segunda fase, se trata de preparar al paciente para entrar en las fases de acción y mantenimiento. Se llevará a cabo una conversación para conocer lo que el paciente conoce acerca de la enfermedad y para poder empoderarle y pueda tomar decisiones. Además, necesario para los profesionales saber si el paciente ve o reconoce el problema, porque si no se puede concretar otro momento para cuando él lo desee.

- **Meditar acerca de las diferentes opciones (16-17).**

- Una vez el paciente se encuentra informado es el momento de tomar decisiones y es el paciente que tiene que participar en esta decisión pues el profesional no debe tomar decisiones por él.

- **Decidir una intervención y realizarla (16-17).**

- Una vez decidida la intervención del resto, se decide comenzar con ella. Hay que tener en cuenta, tanto profesional como paciente que es posible que hayan recaída, por ello hay que recalcar que la comunicación es muy importante para poder afrontarlas y poder llevar un seguimiento correctamente sin llegar al abandono.

Durante estas fases mediante se llevarán las técnicas ya mencionadas para poder llevar a cabo los cinco principios en los que se basa la entrevista motivacional que ya han sido comentados (16-17). Todo ello, también con el objetivo de solucionar la ambivalencia y preferencias del paciente (20).

Crear un vínculo de confianza debe basarse entre el cliente y su entorno (cuidadores y familiares) y los profesionales sanitarios. Es importante destacar las primeras citas y basarse en el respeto, empatía y sinceridad (17). Todos los profesionales deben ser conscientes de los fallos e incumplimientos de los pacientes y estar preparados, pues ellos necesitan un gran apoyo para no abandonar el tratamiento (21).

El intercambio de datos debe contemplar beneficios y riesgos de las actividades propuestas (8), objetivos esperados y todo apoyado con la mejor evidencia, pero también es relevante saber cuáles son las metas, valores, temores, preferencias y expectativas de los pacientes (22). También es necesario que el paciente conozca los valores y expectativas de los profesionales para llegar a un acuerdo y enriquecer la relación. Al mismo tiempo, la implicación de los profesionales hace llamada a la motivación y los conocimientos acerca de la enfermedad favoreciendo la adherencia en el cumplimiento del tratamiento y haciendo llamada a la motivación e incrementar el compromiso del paciente (14).

Por último, los compromisos y responsabilidades pueden causar que los pacientes se empoderen y lleven la iniciativa en la terapia (23). Importante en el momento de meditar y decidir que intervención realizarla de manera conjunta. Estos son los puntos que predominan sobre la adherencia al tratamiento (24-25).

Es importante describir los procesos que se llevan a cabo en la entrevista como: apoderamiento, autoeficiencia de los métodos de apoyo y la toma compartida de decisiones (26).

- **Autoeficiencia:** Seguridad que tiene una persona para realizar una acción con éxito. Conociendo (3, 17):
  - Esfuerzo necesario.
  - Durabilidad.
  - Dificultades previsible.
  - Posibles resultados negativos de no conseguirlo

Apoderamiento: Proceso que tiene como objetivo otorgar al paciente más confianza para que pueda tener más responsabilidades, autoridad a la hora de tomar las decisiones vinculadas con la obesidad (6). El apoderamiento es un modelo que tiene en cuenta el derecho de las personas a promover la toma de decisiones. Es muy positivo para la educación y cuidado de una enfermedad crónica como la obesidad (27).

Toma compartida de decisiones: proceso que consiste en la decisión conjunta entre paciente y profesional para tomar decisiones entre un número de opciones teniendo en cuenta diversos factores que afectan a cada decisión (22). En este método de autocuidado es necesario cumplir seis objetivos específicos, los cuales son (10):

- Implicar a los pacientes
- Conocer la satisfacción de los individuos
- Incrementar la percepción de la calidad de vida y el autocuidado
- Aumentar la información que tienen los pacientes sobre la enfermedad
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Reducir las estancias hospitalarias

Una de las principales competencias de profesionales sanitarios es la promoción de la salud en la población (21). Normalmente, son los profesionales de enfermería los que suelen llevar a cabo este tipo de técnicas, aunque a veces suelen llevarlo a cabo conjuntamente con otros profesionales como: médicos, nutricionistas... Sin embargo, llevarlo a cabo no es fácil debido a las dificultades que aparecen (3). La poca adherencia es sobrecogedora, sobre todo en países desarrollados, ya que los datos según la OMS acerca de una buena adherencia no llegan al 50% (7).

Acerca del cumplimiento del tratamiento en la obesidad, el 80% de los pacientes que comienzan un tratamiento para controlar o disminuir su peso no llegan a finalizarlo ya que suelen proponerse objetivos irreales, estilos de vida que no son compaginables, estrés, etc. (22).

Por tanto, el presente estudio se plantea como objetivo examinar la efectividad de la entrevista motivacional en la población adulta con obesidad (IMC superior a 30,0 Kg/m<sup>2</sup>) para mejorar su motivación y adherencia al tratamiento.

La pregunta PICO elegida para realizar la búsqueda fue: ¿Es efectiva la entrevista motivacional en la población adulta obesa para mejorar la adherencia al tratamiento de la obesidad?

## MATERIAL Y MÉTODOS:

### Estrategia de búsqueda

La metodología empleada en la adquisición de investigaciones relevantes fue por medio de búsqueda electrónica en las bases de datos: MEDLINE (PubMed) y SciELO y entre 2014 y 2020 como intervalo de tiempo. El patrón de búsqueda fue plantear para adquirir estudios originales sobre intervenciones acerca de la entrevista motivacional en los pacientes adultos para mejorar la adherencia al tratamiento.

La planificación de la búsqueda fue diseñada para obtener documentos originales a través del uso de cinco términos en inglés y español entre sí: obesidad / obesity, adulto / adult, entrevista motivacional / motivational interviewing and compliance. Para comenzar, se realizaron búsquedas mediante los descriptores los tesauros de cada base de datos que estaban asociadas con los términos de búsqueda. A continuación, con el objetivo de incrementar la sensibilidad del proceso se generaron listados de palabras clave, obtenidos a través de los DeCS - MeSH, relacionados a los términos de búsqueda, para conseguir todos los resultados que los contuvieran en título o resumen.

En las dos estrategias realizadas, los descriptores o los términos clave que estaban asociados con un mismo término se vincularon junto con el operador booleano OR u O se consiguieron un conjunto de descriptores o términos claves y, de cada palabra definitoria de la búsqueda, se unieron con el

operador AND o Y. De entre los cuatro descriptores elegidos como palabras clave, se combinaron cada término con el resto no llegando a utilizar los cinco al mismo tiempo, primero se unió los descriptores "adult" y "obesity" en título y resumen (AND), y después los otros tres descriptores en cualquier campo (OR) se unieron a la primera búsqueda realizada (AND). Los resultados de ambas búsquedas quedan reflejados en las figuras que aparecen más adelante (**Figura 1 y 2**).

Pese a los resultados conseguidos en las revisiones electrónicas, se prefiere mejorar a través de búsquedas manuales en las referencias bibliográficas de las investigaciones que fueron seleccionadas tras cumplir los criterios de inclusión, además de ser esta, otra táctica de obtener estudios adicionales (**Figura 1 y 2**).

Se realizó la misma estrategia en los dos recursos utilizados. Se adjuntan dos figuras de dos esquemas que representan como se obtuvieron los resultados a la hora de realizar la búsqueda (Figura 1 y 2).

Tras finalizar la búsqueda electrónica se recuperaron 124 estudios en total de ambas bases de datos. Tras leer los títulos y resúmenes de éstos se descartaron 77, dando como resultado 43 artículos los que fueron estudiados completamente. De todos ellos, se volvieron a excluir 36 artículos ya que no acataban los criterios de inclusión marcados, siendo el resultado de 9 investigaciones. También se obtuvieron 4 estudios de manera manual a través de la propia bibliografía de los artículos elegidos, los cuales cumplían los criterios de inclusión. Por tanto, el resultado final han sido 14 artículos incluidos en el estudio.

### Criterios de inclusión

Los criterios para seleccionar las investigaciones relevantes fueron aquellos estudios en los que se analizan la efectividad de la entrevista motivacional en la población adulta (19-44 años) con obesidad (IMC igual o superior a 30,0 Kg/m<sup>2</sup>) para mejorar su adherencia al tratamiento.

Las investigaciones incluidas fueron aquellas comprendidas entre el año 2014 y 2020 que se encontraban en español o inglés (Figura 1).

En ellos se debía hallar como técnica sesiones o reuniones presenciales con los pacientes donde llevar a cabo la entrevista motivacional y llevar a cabo un seguimiento. Además, en las investigaciones también debía demostrar si había mejora o no en la

adherencia al tratamiento por parte de la población no solamente tras haber realizado la actividad, por ello se seleccionaron aquellos estudios que llevaban a cabo un seguimiento.

Por último, decir que los estudios para poder ser incluidos debían ser experimentales o quasi-experimentales.

### Criterios de exclusión

Las investigaciones que se excluyeron fueron aquellas que se encontraban en otro idioma que no fuese el inglés o español prácticamente.

En la elección de los artículos se evaluaron los títulos y abstract, que incluyeran los descriptores elegidos, para su exclusión o inclusión en la revisión. Dentro de los estudios encontrados parecían ser relevantes o de interés por su título y abstract para la investigación, pero se dudaba sobre su inclusión o no, al existir discrepancia se solventó con la lectura completa del estudio.

Además, también se excluyeron aquellos estudios donde no se llevaba a cabo un seguimiento tras realizar la entrevista motivacional, pues no se podría evaluar en un paso del tiempo de si la intervención ha sido efectiva.

Por último, otro motivo de exclusión de algunas investigaciones en las que no explicaban en qué había consistido la intervención ni el método llevado a cabo.

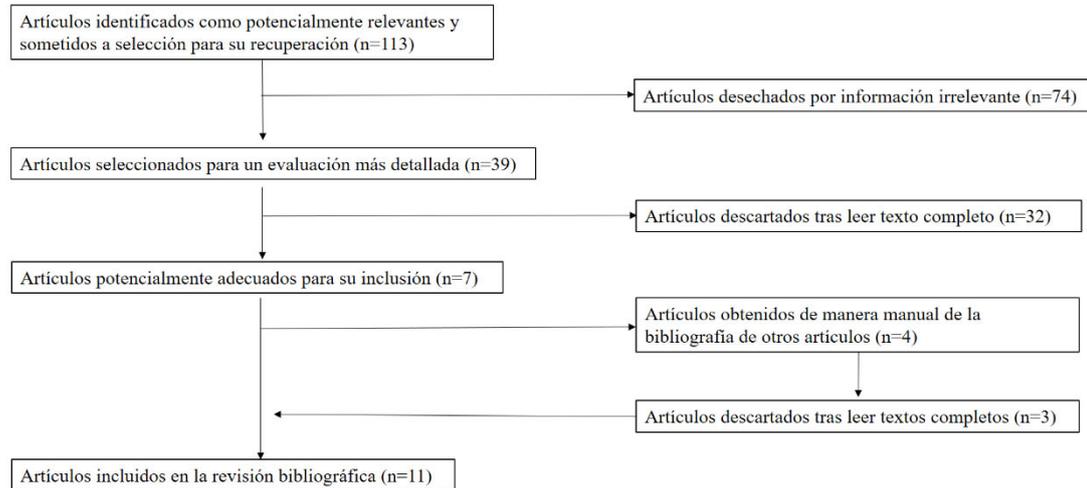
### Extracción de datos

La obtención de datos se dividió en dos partes: información relativa sobre el estudio e información acerca de las intervenciones. En la primera parte se encuentra la información sobre la metodología realizada, diseño elegido, año en el que se realiza, lugar donde se lleva a cabo, el tamaño muestral, las características sociodemográficas como la edad o género.

La segunda parte aporta los datos acerca de las intervenciones: en qué consiste, tiempo de realización, por quien es desarrollada, las medidas que son evaluadas como resultados (adherencia y motivación), y para terminar los resultados que se obtienen.

Para finalizar, solo señalar que el autor de este estudio llevó a cabo la extracción de datos y utilizado la herramienta gestora bibliográfica llamada Mendeley para una mejor organización de los datos y trabajar de una manera más eficaz y cómoda.

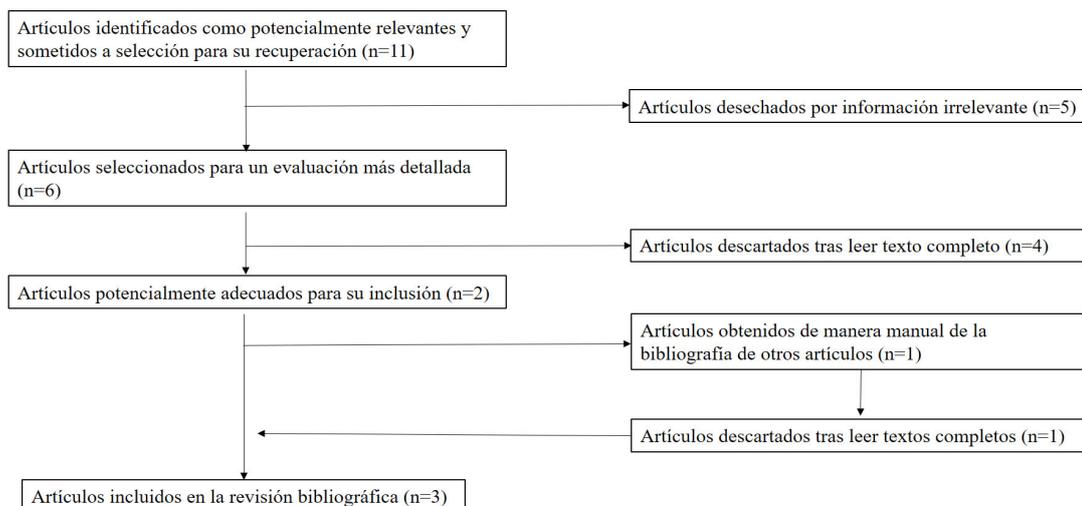
### Búsqueda en la base de datos de PUBMED



**Figura 1.** Búsqueda en PubMed

En esta figura se observa el resultado obtenido en la base de datos PubMed y cómo se han ido seleccionando y descartando los artículos según los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

### Búsqueda en la base de datos de SCIELO



**Figura 2.** Búsqueda en Scielo

En esta figura se observa el resultado obtenido en la base de datos SciELO y como se han ido seleccionando y descartando los artículos según los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

## RESULTADOS

ARTÍCULO	ORIGEN	DISEÑO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA
M <sup>a</sup> Loreto Tárraga Marcos, et al (2014)	España	Quasiexperimental	193 hombres 653 mujeres	Personas con un IMC $\geq$ 30 registrados en la HC del Centro de Salud entre 30 y 70 años
A. Feliu Rovira, et al (2014)	España	Quasiexperimental	48 hombres 68 mujeres	Personas adultas de edad con un IMC $\geq$ 30
Nuria Rosich et al (2016)	España	Quasiexperimental	308 hombres 153 mujeres	Personas mayores de 20 años que tengan un IMC $\geq$ 30
P. Gorrotxategi, et al (2014)	España	Quasiexperimental	57 hombres 32 mujeres	Personas mayores de 20 años que tengan un IMC $\geq$ 30
D. Press (2015)	Inglaterra	Quasiexperimental	303 hombres 220 mujeres	Personas entre 40 y 64 años que tengan un IMC $\geq$ 30
Robert. P, et al (2017)	EE.UU	Quasiexperimental	100 adultos	Personas con más de 21 años que tengan IMC $\geq$ 30
Maribel Candelaria Martínez (2016)	España	Quasiexperimental	9 hombres 7 mujeres	Personas con más de 27 años que tengan IMC $\geq$ 30
Raquel Alba Martín y Juan Luis Salceda García (2015)	España	Quasiexperimental	133 hombres 79 mujeres	Personas con entre 27 y 44 años que tengan IMC $\geq$ 30
Mirkarimi, K (2017)	EE.UU	Quasiexperimental	73 hombres 68 mujeres	Personas con entre 21 y 44 años que tengan IMC $\geq$ 30
Concepción Fernández-Moreno, et al (2015)	México	Quasiexperimental	34 participantes de ambos sexos	Personas adultas de edad que tengan IMC $\geq$ 30
D. Christie and S. Channon (2014)	Inglaterra	Quasiexperimental	92 hombres 65 mujeres	Personas mayores con más de 30 años que tengan IMC $\geq$ 30
Kenneth Resnicow, et al (2014)	EE.UU	Quasiexperimental	211 hombres 161 mujeres	Personas con más de 30 años que tengan IMC $\geq$ 30
S. Barret, et al (2018)	EE.UU	Experimental	114 hombres 72 mujeres	Personas con entre 21 y 44 años que tengan IMC $\geq$ 30
Espinoza, P, et al (2018)	España	Quasiexperimental	32 hombres 24 mujeres	Personas mayores de 20 años de edad que tengan IMC $\geq$ 30

**Tabla 1.** Información sobre el artículo y muestra utilizada en este

ARTÍCULO	INTERVENCIÓN	DURACIÓN	¿QUIÉN LO LLEVA A CABO?	VARIABLES RESULTADOS	VALORES ESTADÍSTICOS
M <sup>a</sup> Loreto Tárrega Marcos, et al (2014)	Charlas y visitas donde se realiza una entrevista motivacional para realizar cambios en: los estilos de vida, el ejercicio físico en la dieta e ir realizando mediciones antropométricas con el paso del tiempo cada 3 semanas	1 año	Médicos y enfermeros	Adherencia al tratamiento e incremento de la motivación	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas y posteriores. P ≤ 0,02
A. Feliu Rovira, et al (2014)	Diferentes fases de actuación con objetivos en cada una de ellas que se realizan cada semana. Fase 1: E. Motivacional Fase 2: Intervención	3 años	Enfermeros	Adherencia al tratamiento e incremento de la motivación	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas a la intervención y las posteriores a ellas. P ≤ 0,05 (I. Confianza = 95%)
Nuria Rosich et al (2016)	Charlas y entrevista motivacionales semanales en grupos con los participantes que irán variando y donde entre ellos y los profesionales motivaran cambios y adherencia al tratamiento	1 año	Médicos y enfermeros	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y pérdida del peso un 5%	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas y posteriores. P ≤ 0,038
P. Gorrotxategi, et al (2014)	6 sesiones grupales, 1 mensual, donde se trabaja la adherencia al tratamiento mediante la motivación a través de charlas y pequeños logros conseguidos en el tiempo	6 meses	Médicos y enfermeros	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y control del IMC	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas a la intervención y las posteriores a ellas. P = 0,041
D. Press (2015)	Entrevista motivacional semanal (en la que se trabaja con la experiencia y emociones) e incrementar la adherencia en el tratamiento (ejercicio físico y en la dieta)	12 meses	Médicos	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y pérdida del peso	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas y posteriores. P ≤ 0,043
Robert. P, et al (2017)	Intervención basada en 3 procesos de 1 hora: 1. Atención estándar + entrevista motivacional 2. Atención con médico generalista 3. Atención médico especialista Seguidas de encuentros mensuales con los profesionales.	6 meses	Médicos generalistas y especialistas	Adherencia al tratamiento e incremento de la motivación	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas a la intervención y las posteriores a ellas. P ≤ 0,05
Maribel Candelaria Martínez (2016)	Intervención realizada en 6 sesiones mensuales basada en 3 fases: 1. Diagnóstica 2. Intervención motivacional 3. Evaluación	6 meses	Profesionales sanitarios (enfermeros, nutricionistas...)	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y control del peso	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas y posteriores. P ≤ 0,04
Raquel Alba Martín y Juan Luis Salceda García (2015)	Intervenciones presenciales basada en una entrevista motivacional y una terapia conductual para promover cambios en el la dieta y el ejercicio semanales. También se llevaban a cabo a veces el seguimiento por teléfono si no era posible la asistencia.	6 meses	Enfermería	Incremento de la motivación para una mejor adherencia al tratamiento	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas a la intervención y las posteriores a ellas. P ≤ 0,05 (I. Confianza = 95%)
Mirkarimi, K (2017)	6 sesiones (mensuales) con el objetivo de aumentar la motivación para perder peso en un periodo de tiempo	6 meses	Profesionales sanitarios (enfermeros y médicos)	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y pérdida del peso	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas y posteriores. P = 0,047
Concepción Fernández-Moreno, et al (2015)	Sesiones de 45 minutos semanales los primeros 6 meses y el resto cada 15 días. En las cuales se realizan la entrevista motivacional y contar experiencias entre pacientes se trabajan las emociones, pensamientos, cambios en la dieta...	1 año	Profesionales sanitarios (enfermeros y nutricionista)	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y pérdida del peso	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas a la intervención y las posteriores a ellas. P ≤ 0,05 (I. Confianza = 95%)

D. Christie and S. Channon (2014)	Sesiones semanales con grupos pequeños donde se a través de la entrevista y las experiencias de cada persona se intenta incrementar la motivación	6 meses	Profesionales sanitarios	Incremento de la motivación para una mejor adherencia al tratamiento	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas a la intervención y las posteriores a ellas. P= 0,044
Kenneth Resnicow, et al (2014)	Dos grupos mixtos en los que se realizan sesiones cada 2 semanas y se trabaja en grupo en cada uno de los aspectos importantes	2 años	Médicos y enfermeros	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y pérdida del peso	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas y posteriores. P≤ 0,03
S. Barret, et al (2018)	Sesiones realizadas semanalmente donde en cada una de ellas se realiza de nuevo la entrevista motivacional para conocer la situación del paciente y trabajar con las experiencias y emociones para mejorar la adherencia al tratamiento	3 meses	Profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...)	Incremento de la motivación para una mejor adherencia al tratamiento	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas a la intervención y las posteriores a ellas. P= 0,038
Espinoza, P, et al (2018)	Entrevista motivacional seguidas de diferentes sesiones semanales donde se trabaja la confianza y motivación con los pacientes y se refuerza con vivencias propias entre ellos	4 meses	Enfermería	Adherencia al tratamiento, incremento de la motivación y pérdida del peso	El estudio muestra diferencias entre las mediciones previas y posteriores. P = 0,04

**Tabla 2.** Información acerca de la intervención llevada en cada uno de los estudios

### Descripción de los artículos seleccionados

Los datos de la tabla 1 muestran artículos procedentes de diferentes países, es decir, distintas culturas, pero la mayoría de las investigaciones fueron realizadas en España seguidas de las estadounidenses. Los diseños de las investigaciones han sido "Quasi-experimentales" a excepción de una que fue de tipo experimental (1-2,4-6,8,9,11,17,20,23-25,27-28).

Las muestras de los distintos estudios se encuentran en un intervalo comprendido de 16 hasta 846, dando lugar a gran diferencia en tamaños muestrales entre los estudios con individuos que poseen diferentes características cumpliendo con los criterios de inclusión. El género masculino fue el gran predominante prácticamente en todos los estudios, debido a que la incidencia de obesidad en ellos es mayor, aunque no en todos, y dos estudios no realizan distinción de género (1,9,17-18). Es importante resaltar que los estudios que llevan a cabo estas sesiones con grupos muestrales más pequeños tienen mejores resultados, pues es más fácil llevar a cabo el seguimiento de los individuos en comparación grupos más grandes (17,24).

Además, los individuos más jóvenes llevaban a cabo mejor el seguimiento, respecto a los adultos más mayores, pues estaban más preocupados por su salud, eran más expresivos mostraban todos sus miedos y dudas en las sesiones (1,21,23).

En la tabla 2, se muestran los datos de las intervenciones que iban dirigidas a trabajar con la motivación de los pacientes para conseguir un incremento de ésta y que produjera una mejor adherencia al tratamiento.

Estas intervenciones fueron presenciales y semi-presenciales, donde uno de los criterios de inclusión a los estudios era u. La formación fue impartida sobre todo zonas sanitarias (hospitales, centro de salud...) (1-2,4-6,9,11,17,20,22-28).

Los estudios que llevaban a cabo intervenciones semanalmente o más frecuente que los que realizaban de manera mensual han demostrado un mejor seguimiento y, por tanto, mejores resultados (2-4,9,11,20-21,23-27). De la misma manera que en la duración del seguimiento, pues las investigaciones que tienen una duración mayor o igual a 6 meses han mostrado efectos más positivos que los de una duración inferior (1-2,4-6,9,11,22).

Los temas tratados en las distintas sesiones fueron: la motivación de cada uno de los individuos, sus sentimientos, experiencias... cambios en la dieta, ejercicio y en la adherencia al tratamiento. Además de trabajar las actitudes negativas como: miedo a incrementar el peso o no conseguir el objetivo, evasión... Trabajando algunos los factores que condicionan a algunos pacientes según (edad, género, etnia, religión, etc.), influencia de las creencias y emociones en las actitudes (religión, cultura, etc.). Algunas

investigaciones no eran claras con los contenidos abordaban, solamente comentaban que impartían “materia relacionada con la entrevista motivacional” (24). Los estudios en los que los individuos participan contando sus experiencias mientras el resto de individuos mostraba efectos positivos en el resto de participantes pues a través de sus anécdotas observaban que las recaídas o adversidades son comunes en todos. Siendo un refuerzo positivo. Estas acciones eran más frecuentes en grupos pequeños (9,10,18).

También influía el tiempo dedicado a la formación de los pacientes y el tiempo dirigido al seguimiento. Pero en algunos estudios no se hacía mención a la duración de la intervención, pues en muchas ocasiones no había un tiempo delimitado, al contrario que con el seguimiento que oscila desde 3 meses, siendo el más breve, hasta 3 años (13,27).

Esta formación fue impartida por médicos (generalistas y especialistas) profesionales de enfermería y nutricionistas especializados en la formación a través de la entrevista motivacional. Todos tuvieron efectos positivos, pero uno más que otros, por tanto, cabe destacar que al igual que cuanto más pequeño era el grupo muestral mejores resultados habían ocurrido con los profesionales que llevan a cabo estas intervenciones. A mayor número de profesionales, es más difícil llevar un seguimiento pues tienes que compartir competencias y en algunos casos, cada intervención la hacía un profesional diferente (2,21-22). Y respecto a la efectividad de los estudios, todas las investigaciones mostraron diferencias estadísticamente significativas en su variable resultado ( $p \leq 0.05$ ).

Cada programa se centró el tema desde una metodología diferente, por ejemplo: terapias y actividades experimentales en grupo (reuniones de profesionales donde exponían sus experiencias y sentimientos) (3,6,11,24,27), mientras que otros llevaban a cabo terapias motivacionales a través de charlas y visitas a las pacientes basadas en diferentes procesos en cada una de ellas (diagnóstico, intervención y evaluación). Todas ellas, con el objetivo de ver mejoras y potenciar la adherencia al tratamiento (4,21-22,24,27).

Casi todas las investigaciones fueron totalmente presenciales, ya que algunas de ellas llevaban a cabo el seguimiento por vía telefónica en algún momento (11), todos fueron voluntarios siempre para mejorar la adherencia al tratamiento y conseguir los objetivos sin recibir en ningún momento ningún tipo de remuneración. Por último, destacar la diferencia de metodologías de intervención entre los distintos

estudios, dando a una gran variedad y diversidad de maneras de trabajar o aplicar los conocimientos de la entrevista motivacional y llevar su seguimiento.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo examinar el efecto positivo del uso de la entrevista motivacional en los pacientes adultos obesos para mejorar su adherencia al tratamiento. Debido a la gran diversidad de estudios que hay, en este estudio se han recogido aquellos que tras aplicar esta intervención llevan a cabo un seguimiento en presencial.

La investigación contó con 14 estudios en los cuales la mayoría mostró que los pacientes sometidos a estas intervenciones llegaban a conseguir llevar una mejor adherencia al tratamiento y poder contar con el personal sanitario como apoyo en la lucha contra esta enfermedad.

Al analizar el resultado de la entrevista motivacional mostraba evidencia para modificar las conductas de alimentación y ejercicio físico mejorando adherencia en el tratamiento conllevando a mejoras en la calidad de vida (aumento de autocontrol, en mejoras en la imagen corporal, entre otros) y evitando malos hábitos como comer alimentos impulsivamente... (1-2,6,22,27).

Un punto importante a tener en cuenta es que en los estudios elegidos se observa una gran variedad de metodologías aplicadas, desde el número de sesiones, duración de las mismas y duración del seguimiento (19). Debido a esta diversidad dificulta que no pueda concluir o aclarar cuál sería la dosificación adecuada, ni la duración de la intervención ni cuál sería el equipo y número perfecto de profesionales. Esto dificulta poder monitorizar las variables de una manera más correcta (27-28).

Por estas razones, se recomienda que todos los profesionales, sobre todo en atención primaria que es lugar donde más se suele realizar la promoción a la salud, deben ser capaces de adquirir herramientas de entrevista motivacional para poder aplicarlas en la atención a los pacientes: con ello se piensa que podría convertirse en una estrategia costo-efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento y por tanto resultados la salud a largo plazo (4,20,24,27).

Otro aspecto a tener en cuenta es que en el estudio donde se incorporan el uso de teléfonos (11), también fueron positivos, pero tras observar los resultados es posible que el hecho de llevar a cabo estas intervenciones de manera grupal

y presencial otorgan una mejor adaptación de las recomendaciones a sus necesidades emocionales (1,2,4,9,17,20,23-25,28).

### Limitaciones del estudio

A pesar de que los resultados sean contundentes, es importante conocer las limitaciones a las que ha estado sometido este estudio. La primera, ha sido la incapacidad de acceder a algunos de los estudios publicados. La siguiente limitación es propia del uso de búsquedas electrónicas y obtención de documentos. En la estrategia ha priorizado la sensibilidad; para ello, se han elegido varias bases de datos, y las búsquedas electrónicas se han perfeccionado con búsquedas manuales y rastreo de referencias. La última limitación ha sido el no haber considerado la inclusión de la literatura gris.

Como conclusión, podemos decir que los artículos muestran que la intervención motivacional llevada a cabo por los profesionales sanitarios, en especial enfermeros, en la población adulta provoca buena aceptación y en ella se observan, a través del seguimiento intensivo, cambios positivos en algunos aspectos de sus comportamientos (habilidades, motivación, etc.). Sobre todo, esta intervención es de mucha utilidad para conseguir una mejor adherencia al tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Barcenilla B. G, Martínez Rubio A. Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad, (22), 133-141. *Pediatría A. Primaria* (2015). [Citado 20 Ene 2020]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322013000300016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300016&lng=es)
2. Galvez Espinosa P, Gómez San Carlos N, Nicoletti Rojas D, Cerda Rioseco R. (2018) ¿Es efectiva la entrevista motivacional individual en la malnutrición por exceso? *A. Primaria* [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. [Citado 20 Ene 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.006>
3. Press D, Harmon J. Pharmacist interventions for obesity: improving treatment adherence and patient outcomes. *Integr Pharm Res Pract* (2015) [Internet]. [Citado 17 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741031/>
4. Loreto M, Marcos T, Rosich N, María J, Royo P, Casas AG, et al. Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 2014;30(4):741-748. [Citado 17 Ene 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7704>
5. Kamal Mirkarimi M, Javad Kabir M, Reza Honarvar M, Phil M, Maryam E. Effect of Motivational Interviewing on Weight Efficacy Lifestyle among Women with Overweight and Obesity: A Randomized Controlled Trial. *IJMS* (2017) PubMed Central (PMC). [Citado 19 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5366367/>
6. Walsh S, Welsh J, Holly S, Nelson J, Palmer W, Vos M. Nutrition in Clinical Practice [Internet]. *Clinical Pediatrics*. 2014 [Citado 16 Ene 2020]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0009922814553432?journalCode=cpja>
7. Trillo J M, Martín Moreno F. Toma de decisiones compartidas a través de la entrevista motivacional con el paciente obeso. *RCE AP*. 2016 [Citado 17 Ene 2020]. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2009m5n17/rceap\\_a2009m5n17a9.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2009m5n17/rceap_a2009m5n17a9.pdf)
8. Golay A. Dietary and body weight control: therapeutic education, motivational interviewing and cognitive-behavioral approaches for long-term weight loss maintenance. *Nestle Nutr Workshop*. 2017 [Citado 13 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16820736>
9. Martínez MC, García I, Daniel B, Aranda E. Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Rev. Mex. de trastor. Aliment*. 2016. [Citado 13 Ene 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000100032&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000100032&script=sci_arttext)
10. Malbadi G, Romero V. Entrevista motivacional como estrategia para el cambio de conducta en el tratamiento de la obesidad. *Facultad de Ciencias de la Salud* [online]. 2014; [Citado 26 Ene 2020]. Disponible en: <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/671/627>
11. Rajmil L, Bel J, Clofent R, Cabezas C, Castell C, Espallargues M. Intervenciones clínicas en sobrepeso y obesidad: revisión sistemática de la literatura 2009-2014. *An. Pediatr*. 2017;86(4):197-212. [Citado 13 Ene 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.03.012>
12. Maguiña M. (2016). Entrevista motivacional para mejorar la adherencia en tratamiento de la Obesidad en adolescentes y adultos. 2, 260-266.

- [Citado 27 Ene 2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/cbc4/1ba8e9da495376e15755333554b4b211b30d.pdf>
13. Dorsten B. Van. Revisión en Nutrición Pediátrica (2014). The Use of Motivational Interviewing in Weight Loss.
  14. Rovira AF, Miró NP, Zaragoza-Jordana M, Pallàs NF, Chiné M, Pereferrer F, et al. Efectividad clínica y metabólica de una nueva terapia motivacional (OBEMAT) para el tratamiento de la obesidad. *An. Pediatr.* 2014;78(3). [Citado 27 Ene 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.06.006>
  15. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and / or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews.* 2011;(4):709–723. [Citado 27 Ene 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x>
  16. Tárraga M, María L. Eficacia de la intervención motivacional en el tratamiento de la obesidad. *RUIdeRa.* 2017; [Citado 26 Jun 2019]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/15299>
  17. Ana D, Cappelletti M. Entrevista motivacional en personas obesas. *Sociedad Argentina de Nutrición* (2017) [Citado 4 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/ficha-entrevista-motivacional.pdf>
  18. Martín RA, Luis J, García S. Análisis de las modificaciones en el índice de masa corporal en un grupo de pacientes con obesidad y mayores de edad. *Sociedad Argentina de Nutrición.* 2016; 18(2), 31–42. [Citado 15 Ene 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.amim>
  19. Loreto M, Marcos T, María J, Royo P, Rosich N, Albero JS, et al. T. (2016). Effect of a motivational intervention of obesity upon cardiovascular risk factors. *JONNPR.* 2016;1(2):56–64. [Citado 4 Ene 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.2.974>
  20. Solbrig L, Whalley B, Kavanagh D, May J, Parkin T, Jones R, et al. Entrenamiento de imágenes funcionales versus entrevistas motivacionales para bajar de peso: un ensayo controlado aleatorio de breves intervenciones individuales. *INTJ Obes* 2017 [Citado 20 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30185920>
  21. Gorrotxategi PG, Olarreaga LL, Sorondo BA, Imaz A, Imaz T, López Cancio H, et al. Protocolo del estudio: abordaje del sobrepeso en Atención Primaria. Papel de la entrevista motivacional, 199–207. *Protocolo de investigación.* 2014; [Citado 20 Ene 2020]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n64/20\\_proyecto.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n64/20_proyecto.pdf)
  22. Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers E, et al. Office-Based Motivational Interviewing to Prevent Obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2017;161(5):495. [Citado 21 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17485627>
  23. Resnicow K, McMaster F. Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,* 9(1), 19. *Arch Pediatr Adolesc Med* (2014) [Citado 18 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22385702>
  24. Fernández-Moreno AC, Jiménez-García A. Intervención grupal en la obesidad a través de la terapia cognitivo-conductual (Entrevista motivacional). *Rev Paraninfo digital.* 2015: 22 [Citado 26 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/280.pdf>
  25. Christie D, Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes Obes Metab.* 2014 May;16(5):381–7. doi: 10.1111/dom.12195.
  26. McMaster F, Bocian A, Harris D, Zhou Y, Myers E, Smith K, et al. Motivational Interviewing and Dietary Counseling for Obesity in Primary Care. *Pediatrics.* 2015; 135(4). [Citado 17 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4379459/>
  27. Begg S, Halloran O, Kingsley M. La entrevista motivacional integrada y la terapia cognitiva conductual pueden aumentar la actividad física y mejorar la salud de los pacientes adultos de atención ambulatoria en un hospital regional: el ensayo controlado aleatorio Healthy4U. *BMC Public Health.* 2018; [Citado 23 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30305078>