

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud



**Trabajo Fin de Grado en Enfermería**

**Convocatoria: Junio de 2016**

ENFERMERÍA EN LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA DEL  
PACIENTE CRÓNICO. EFICACIA DE LA ENTREVISTA  
MOTIVACIONAL

**Autora: Trinidad M<sup>a</sup> Galera Barbero**

**Tutor: Gabriel Aguilera Manrique**

# ÍNDICE:

Páginas

1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. INTRODUCCIÓN	
2.1. Enfermedad crónica.....	4
2.1.1. Diabetes Mellitus tipo II.....	5
2.1.1.1. Tratamiento.....	6
2.1.1.2. Complicaciones.....	6
2.1.2. Hipertensión arterial.....	7
2.1.2.1. Tratamiento.....	8
2.1.3. Dislipidemias.....	8
2.1.3.1. Tratamiento.....	9
2.2. Adhesión terapéutica.....	10
2.2.1. Dificultades para definir adherencia al tratamiento, adhesión y cumplimiento terapéutico.....	11
2.2.2. Importancia de la adhesión al tratamiento.....	12
2.2.3. Factores de determinan la no adhesión.....	12
2.3. Entrevista motivacional.....	14
3. METODOLOGÍA	
3.1. Diseño.....	17
3.2. Criterios de selección de estudios.....	18
3.3. Análisis de estudios.....	19
4. DESARROLLO	
4.1. Estudios seleccionados. Tabla 1.....	19
4.2. Participantes en los estudios. Gráfico 1.....	25
4.3. Tipos de intervenciones.....	25
4.4. Medidas de resultado.....	26
4.5. Análisis de variables y resultados. Tabla 2.....	27
5. CONCLUSIONES.....	28
5.1. ¿Qué aporta este estudio?.....	31
6. BIBLIOGRAFÍA.....	32
7. ANEXOS.....	35

## Resumen

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es conocer los factores que determinan la falta de adhesión al tratamiento en el paciente crónico y los beneficios de la entrevista motivacional en la consulta de atención primaria.

**Metodología:** El trabajo consiste en una revisión de la evidencia de los últimos 10 años, sobre la adhesión al tratamiento en el paciente crónico y la entrevista motivacional como estrategia para facilitar cambios en salud, realizándose un análisis crítico de dicha literatura desde el punto de vista de la autora.

**Desarrollo:** La revisión consta de 17 referencias bibliográficas las cuales incluyeron 17 estudios con 5682 participantes.

**Conclusiones:** La entrevista motivacional aplicada a la atención enfermera del paciente crónico ofrece grandes beneficios en la adhesión al tratamiento, mejorando la calidad de vida de los pacientes y favoreciendo una relación profesional-paciente óptima que ayuda a la consecución de objetivos en salud.

### 1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

De acuerdo con el último informe de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2005) las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo y sus cifras no dejan de aumentar. En 2008 la OMS anunció que 36 millones de personas murieron como consecuencia de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran del sexo femenino y más de un 70% eran personas mayores de 60 años. Se espera que para 2020 sean responsables de más del 70% de las muertes en el mundo y el 60% de la carga de enfermedad (1). Estos cambios han sido habituales en todos los países desarrollados donde la población ha ido mejorando su calidad de vida. Enfermedades como la Hipertensión arterial o la Diabetes Mellitus han aumentado sus cifras progresivamente. Como resultado de estos datos han ascendido los costes económicos, sociales y humanos. Sin embargo, numerosas investigaciones han señalado que la mayoría de gastos sanitarios van destinados a patologías que podrían prevenirse modificando los principales factores de riesgo individuales como la dieta o el ejercicio físico (2).

La aparición de las nuevas tecnologías y tratamientos farmacológicos han hecho posible prescripciones médicas más eficaces (3). De esta manera sería lógico pensar que el

aumento de la efectividad farmacológica ha mejorado el nivel de salud de los pacientes, sin embargo no ha sido así. La explicación se encuentra en el incumplimiento terapéutico de los pacientes. Las bajas tasas de adhesión al tratamiento provocan que estos avances en las ciencias biomédicas no se traduzcan en los resultados de salud esperados (4).

Ante este problema en los últimos 40 años numerosos investigadores han comenzado a indagar sobre los beneficios de una herramienta propia del tratamiento de conductas adictivas, al paciente crónico, la entrevista motivacional.

## **2. INTRODUCCIÓN**

La introducción se estructura en 10 puntos principales que se pueden englobar en tres bloques temáticos, el primero en el que se define el concepto de enfermedad crónica y se reflejan aquellas con mayor incidencia, un segundo bloque que tratará la definición de adhesión al tratamiento, su definición, la magnitud del problema de la falta de adhesión y los factores y variables de la adhesión terapéutica, y finalmente el último bloque habla sobre la entrevista motivacional como una herramienta útil en atención primaria.

### **2.1. La Enfermedad Crónica**

La enfermedad crónica se define como una enfermedad de larga duración y generalmente de progresión lenta o sin curación que obliga a quien la padece a modificar su estilo de vida. Son enfermedades asociadas a múltiples factores de riesgo que precisan largos periodos de cuidados llevados a cabo por un equipo multidisciplinar (5).

Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la Diabetes Mellitus hasta el SIDA o la Artritis, y las podemos dividir en enfermedades crónicas infectocontagiosas y no infectocontagiosas. La diferencia entre ellas reside en que las enfermedades crónicas no infectocontagiosas son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que pueden relacionarse con la causa, mientras que el segundo grupo son transmitidas mediante el contacto personal. Las enfermedades crónicas con mayor incidencia y prevalencia en nuestro país son la Hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus tipo II y las Dislipidemias (6).

Uno de los mayores temores de los pacientes que las sufren es la incertidumbre ligada a estas enfermedades de larga duración. Las enfermedades crónicas exigen un cambio en el estilo de vida radical que puede resultar potencialmente estresante y conducir al abandono del tratamiento, como por ejemplo dejar de comer un alimento que te gusta o abandonar una actividad que te hace disfrutar, adaptarse a nuevas limitaciones físicas o pagar medicaciones o fármacos costosos.

### **2.1.1. Diabetes Mellitus tipo II**

La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico caracterizado por niveles de glucemia por encima de los rangos normales. Frecuentemente se asocia a anomalías en el metabolismo lipídico y proteico relacionado con un defecto en la secreción de la hormona insulina, hormona segregada por el páncreas y encargada de transportar la glucosa al interior de las células (7). La etiología de la Diabetes está condicionada por múltiples factores tanto genéticos como ambientales e inmunológicos.

La Diabetes Mellitus puede clasificarse en; Diabetes Mellitus insulino dependiente (DMID), Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID), intolerancia a la glucosa (IG) o Diabetes Mellitus gestacional (DMG). En nuestro estudio nos centraremos en la Diabetes Mellitus tipo II ya que supone el 90% de los casos totales de Diabetes (8) (9).

Los principales indicadores necesarios para el diagnóstico de DM tipo II son (7);

- Sufrir síntomas típicos de la Diabetes como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso inexplicables y glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dl.
- Glucemia basal en ayunas durante al menos 8 hrs  $\geq 126$  mg/dl.
- Glucemia basal a las 2 horas de un test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG  $\geq 200$ mg/dl).
- Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac)  $\geq 6,5\%$ .

#### **2.1.1.1. Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo II**

La DM tipo II conlleva numerosas complicaciones como la retinopatía diabética presente en 300.000-600.000 diabéticos en nuestro país, la neuropatía (lesión nerviosa provocada por alteraciones metabólicas derivadas de la Diabetes), las cardiopatías (presentes en el 30-40% de la población que sufre DM tipo II mayores de 65 años), la enfermedad vascular cerebral y la nefropatía (causa principal de enfermedad renal terminal) (9) .

### 2.1.1.2. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II

Hoy en día la Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad crónica, incurable y progresiva por lo que es de vital importancia mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen la enfermedad. Para ello es necesario llevar un control estricto de su salud, lo que lleva implícito mantener unos niveles de glucemia estables y dentro de los valores normales. Los aspectos claves del tratamiento y cuidado de esta enfermedad son la terapia farmacológica, el manejo dietético y ejercicio físico, el cumplimiento riguroso del tratamiento prescrito y la educación diabetológica (7).

### **2.1.2. Hipertensión arterial**

A principios del siglo XX las enfermedades cardiovasculares eran una causa poco frecuente de muerte en España, sin embargo conforme iban transcurriendo los años los niveles de mortalidad fueron ascendiendo y a finales del s. XX ya fue considerada la principal causa de muerte en el mundo. Este aumento tan significativo se asocia a múltiples factores, como alargamiento de los años de vida, cambios en la dieta, ausencia de actividad física, entre otras. La Hipertensión arterial es el mayor factor de riesgo de morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares en nuestro país y en el resto del mundo, tales como la Cardiopatía Isquémica, la Insuficiencia Cardíaca, los Accidentes cerebrovasculares, la Insuficiencia Renal o las Retinopatías (10).

La Hipertensión arterial se define como la elevación mantenida de las cifras de la presión arterial. La presión arterial es la presión que ejerce la sangre en las paredes de los vasos sanguíneos. La sangre es impulsada por el corazón, de esta manera la presión arterial oscila entre una fase máxima (tensión arterial sistólica) producida por la contracción ventricular, y una fase mínima (tensión arterial diastólica) como consecuencia de la relajación ventricular. Las presiones diastólicas y sistólicas dependen de las resistencias vasculares periféricas y del volumen de eyección del corazón. Por lo tanto hablamos de HTA en adultos con valores superiores o iguales a 140/90mm/Hg siendo los valores óptimos inferiores de 120/80mm/Hg. Sin embargo podemos diferenciar dos estadios en la enfermedad; estadio I: TAS 140-159 y TAD 90-99 y estadio II: TAS 160 y TAD 100 (11).

Históricamente se ha considerado la TAD como predictor principal del riesgo cardiovascular, pero desde 2003 se ha desmentido este dato y se ha demostrado que es

la TAS la que se relaciona con la mortalidad cardiovascular. Para diagnosticar la enfermedad se requiere tres tomas de la presión arterial del paciente en diferentes momentos del día y que los valores sean mayores de 140/90mm/Hg (11).

En cuanto a la etiología de la HTA es desconocida en el 95% de los casos, identificándose como primaria o esencial. El 5% restante se debe a causas secundarias a otra enfermedad o estado de salud, como padecer hipertiroidismo o consumir anticonceptivos orales (11).

#### 2.1.2.1. Tratamiento de la Hipertensión arterial

La Hipertensión arterial es una enfermedad crónica y asintomática que requiere tratamiento de por vida, pero al mismo tiempo es un factor de riesgo potencialmente modificable que influye en el estilo de vida de quienes la padecen. A pesar de los avances en el tratamiento de la Hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes controlados no supera el 30% de hipertensos, por lo que el número de complicaciones a la larga aumenta los gastos en salud (12).

El principal tratamiento para la HTA es el cambio en el estilo de vida del paciente, tal es su efectividad que es capaz de prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad y contribuir a controlar los niveles de presión arterial en pacientes hipertensos. Las pautas recomendadas para modificar los hábitos de vida son; restricción de la ingesta de sal y aumento de potasio, consumo moderado de alcohol y el abandono del tabaco, manejo nutricional (consumo de hortalizas, fruta, fibra y cereales integrales, proteínas de origen vegetal, al menos dos raciones de pescado a la semana y pocas grasas saturadas y colesterol), realizar ejercicio físico y seguir el tratamiento farmacológico (11).

#### **2.1.3. Dislipidemias**

Las Dislipidemias se definen como la alteración de los niveles séricos por sobreproducción o déficit de lipoproteínas, y es una enfermedad asintomática. Las lipoproteínas son moléculas encargadas de envolver los lípidos insolubles en el plasma y trasportarlos a los tejidos periféricos. Existen cuatro tipos diferentes de lipoproteínas; los quilomicrones, las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y las lipoproteínas de alta intensidad (HDL). Los niveles óptimos de lipoproteínas en adultos son; triglicéridos: < 200mg/dl, colesterol LDL:<130mg/dl, colesterol HDL:>40mg/dl y colesterol total:<200mg/dl (13).

La determinación cuantitativa de lipoproteínas es difícil, por lo que su diagnóstico se lleva a cabo a través de la evaluación de sus lípido-componentes (Test de quilomicrones, Triglicéridos, Colesterol LDL...). La etiología de las Dislipidemias se debe a factores genéticos (Dislipidemias primarias), o pueden ser consecuencia de patologías o de factores ambientales (Dislipidemias secundarias). En muchas ocasiones, los defectos genéticos requieren de la presencia de factores secundarios para expresarse clínicamente (Dislipidemias de etiología mixta) (13).

Existen diferentes tipos de Dislipidemias; la Hipercolesterolemia aislada (relacionada con un elevado consumo de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas y ácidos grasos), la Hipertrigliciremia aislada (asociada al consumo excesivo de fructosa, glucosa, sacarosa, alcohol y estrógenos orales que aumentan la síntesis y secreción de VLDL y cursa con niveles mínimos de HDL), Hiperlipidemias mixtas (multicausal) y el Déficit aislado de HDL (niveles inferiores a 35mg/dl) (13).

#### 2.1.3.1. Tratamiento de las Dislipidemias

El tratamiento de las dislipidemias se basa en la reducción del consumo de alcohol, en el manejo nutricional, en realizar ejercicio diario de intensidad moderada y en el tratamiento farmacológico (11).

### **2.2. Adhesión al tratamiento:**

Debido a la importancia y gran preocupación por los cambios en la salud de la población mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los profesionales de salud de las distintas áreas han desarrollado criterios de evaluación y diagnóstico, con el objetivo de profundizar en aquellas enfermedades que han ido expandiéndose rápidamente y de forma desproporcionada, como es el caso de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

Como he mencionado anteriormente las ECNT están relacionadas en su mayoría con factores de riesgo comportamentales, que conllevan cambios importantes en hábitos de vida, produciendo alteraciones en las actividades cotidianas, lo cual requiere reajustes y apoyo emocional (14).

La adhesión al tratamiento tiene 3 objetivos fundamentales; lograr que los pacientes acudan a los diferentes servicios de salud, haciendo posible el contacto profesional-



paciente. Por otro lado pretende que el paciente esté comprometido con su proceso de enfermedad y se haga responsable de su estado de salud. Y por último conseguir cambios en el estilo de vida que perduren en el tiempo.

### **2.2.1. Dificultades para definir adherencia al tratamiento, adhesión y cumplimiento terapéutico**

Actualmente no se ha llegado a ningún acuerdo sobre la definición de estos conceptos. Existen numerosas investigaciones y clasificaciones acerca de la adherencia al tratamiento, la adhesión y el cumplimiento terapéutico y en cada uno de ellas se abordan estos tres conceptos de manera distinta e incluso es habitual utilizarlos como sinónimos, lo cual lleva a errores y confusiones (15). Los conceptos de adherencia y adhesión son similares, sin embargo el segundo es el más aceptado por la Real Academia de Lengua (2015). La adherencia se define como “la unión física de pegarse una cosa con otra” (16). El término *adhesión al tratamiento* hace referencia a la “implicación voluntaria y activa del paciente en una serie de comportamientos, aceptados de mutua acuerdo con el objetivo de conseguir el efecto terapéutico deseado”. (Di Matteo & DiNicola: 1982, citado por Martín & Ábalo: 2004). Por otro lado *cumplimiento terapéutico* hace referencia a “la coincidencia de la conducta del paciente con la prescripción del profesional”. (Haynes: 1979, citado por Cirici, 2002).

En términos generales el cumplimiento terapéutico indica una conducta de obediencia en la cual el paciente se rige por las prescripciones del profesional (17). Mientras que hablamos de adhesión al tratamiento cuando queremos referirnos al compromiso mutuo entre las dos partes para lograr los objetivos marcados teniendo en cuenta los valores y características personales del paciente (18) (2). La dificultad de acordar un término único hace complicado la medición de la adhesión al tratamiento. La adhesión al tratamiento conlleva tareas difíciles, emociones o fenómenos que pueden no ser directamente observables, por lo que en numerosas ocasiones se recurre a métodos indirectos de medición, como las entrevistas. También es habitual que los médicos/as y enfermeros/as se ayuden de análisis de sangre u orina cuyas herramientas no han demostrado gran eficacia por sí solas, a la hora de evaluar la adhesión al tratamiento. La manera más efectiva según diferentes revisiones sistemáticas consiste en combinar ambos métodos, indirectos y directos.

### **2.2.2. Importancia de la adhesión al tratamiento**

Existen numerosas razones por las que estudiar la adhesión al tratamiento. En primer lugar en la mayoría de prescripciones no es posible que un agente externo al paciente supervise el tratamiento, es decir, es el paciente el que asume prácticamente toda la responsabilidad de su enfermedad desde que se le es diagnosticada (3). Numerosos estudios señalan que entre el 30 y el 70 % de los pacientes no cumplen con las prescripciones de los profesionales sanitarios. En el caso de las enfermedades agudas estas cifras descienden hasta el 20% por su carácter inmediato, mientras que en las enfermedades crónicas son superiores al 45% de los pacientes (19). También hay que señalar que estos valores aumentan o disminuyen en función del tipo de enfermedad que se padezca, las enfermedades que requieren un cambio drástico del estilo de vida, afectando a todas las áreas de vida sean recreativas, laborales o sociales tienen un porcentaje de incumplimiento superior al 50%.

En segundo lugar si el paciente no cumple con las prescripciones de los profesionales es imposible estimar la efectividad de dicho tratamiento, contribuye a alargar la terapia, a empeorar el estado de salud del paciente apareciendo nuevas patologías asociadas e incluso puede conducir a la muerte. Todas estas agravaciones a raíz del incumplimiento terapéutico acarrear grandes costes económicos para el sistema de salud, tanto por gasto en recursos sanitarios como por el tratamiento de nuevas complicaciones (supone más del 10% del gasto sanitario) (3).

### **2.2.3. Cambios en la vida del paciente crónico**

#### **En el entorno familiar**

El sistema familiar del paciente que sufre una enfermedad crónica se ve modificado por las continuas apariciones de síntomas o complicaciones, lo cual puede generar malestar y tensiones familiares difíciles de solventar. Algunas enfermedades crónicas se asocian a incapacidad para trabajar o dificultad para realizar determinadas actividades que antes del diagnóstico solía hacer el paciente. No poder controlar los síntomas crea mucha incertidumbre e incluso en ocasiones disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente. Por ello es fundamental focalizar la enfermedad no únicamente en el paciente al cual se le fue diagnosticada sino a todo el contexto social que gira en torno a él y que por su puesto también se ve modificado (20) (15).

#### **Estilo de vida**

Padecer ciertas enfermedades crónicas conlleva numerosos cambios en los hábitos de vida, como la alimentación o las actividades recreativas y costes económicos. A su vez acarrea más visitas asistenciales en las consultas de los especialistas por lo que habría que reestructurar el tiempo libre y planificar una rutina que permita cumplir con los requerimientos de los profesionales de salud pero también poder llevar una vida dentro de la normalidad,

### **Autoestima**

La cronicidad de este tipo de enfermedades puede provocar cambios en el estado de ánimo, crisis depresivas, problemas con la pareja, irritabilidad y rabia, y cambios en las expectativas de futuro. Todas estas modificaciones repercuten a la larga en la personalidad del paciente, por lo que es de vital importancia no dejar a un lado las emociones que experimenta el paciente durante su proceso de enfermedad (7).

#### **2.2.4. Factores que determinan la falta de adhesión**

Existen numerosos factores relacionados con el incumplimiento terapéutico; factores personales, factores relacionados con los profesionales sanitarios, tipo de enfermedad, implicaciones del tratamiento, entre otros (17).

Dentro de los factores personales podemos destacar la falta de motivación, la baja autoestima, el estado depresivo, la ausencia de conocimientos suficientes, el olvido, la actitud del paciente, sus sentimientos y creencias con respecto a su estado de salud, la edad (a mayor edad mayor adhesión) y las expectativas sobre las consecuencias del tratamiento. En este último punto el profesional sanitario desempeña un papel principal para rectificar errores o clarificar confusiones acerca de la enfermedad y de su tratamiento. El locus de control también se relaciona con la adhesión terapéutica, sin embargo no existe coincidencias significativas en las investigaciones (21).

Con respecto a la relación profesional-paciente existen pocas investigaciones acerca de esta variable, sin embargo en todas ellas se ha demostrado la gran importancia de este parámetro en la adhesión al tratamiento. En la mayoría de los estudios la adhesión del paciente está directamente relacionada con la satisfacción laboral y personal del profesional sanitario. Otras investigaciones tienen en cuenta también la sobrecarga de trabajo que soportan los profesionales sanitarios lo que en algunas ocasiones provoca falta de tiempo y dedicación a las consultas de crónicos (15).

La relación profesional-paciente no solo ayuda a mejorar la adhesión al tratamiento en el paciente crónico sino que además contribuye a la participación en su cuidado, al aumento de las visitas asistenciales y al incremento del compromiso del paciente a lo largo del proceso de enfermedad (15).

En cuanto al tipo de enfermedad, como he mencionado anteriormente las tasas de adhesión varían en función de las características de la enfermedad, de su duración y de su gravedad y magnitud. Cabe destacar que cuando los síntomas son agudos y reconocibles es más fácil que el paciente siga las prescripciones, mas cuando los síntomas no son identificables y perduran en el tiempo o bien es el propio tratamiento el que provoca su aparición, la persona que los padece es incapaz de adaptarse a ellos y abandona el tratamiento (15).

Otra variable fundamental que condiciona la adhesión es el tipo de tratamiento prescrito. Debemos tener en cuenta la complejidad y eficacia de las directrices y cómo repercuten en su vida diaria. Los pacientes cumplen mejor tratamientos sencillos y que modifiquen lo menos posible sus hábitos de vida. Así si el tratamiento exige cambios muy drásticos de los hábitos de vida o bien la prescripción es compleja, afecta a los niveles de adhesión. De forma que a mayor complejidad del tratamiento, menos adhesión (15).

### **2.3. La entrevista motivacional en el tratamiento del paciente crónico**

A lo largo de la historia de la enfermería nos hemos preguntado ¿a qué se debe que la población, aún conociendo los riesgos, realice acciones perjudiciales para su salud?, ¿cómo podemos promover que las personas eviten esos actos? y ¿qué podemos hacer para fomentar actividades beneficiosas para la salud?

Habitualmente la forma de conseguir cambios es a través del consejo médico/enfermero, basado en la transmisión de conocimientos. Sin embargo el consejo médico/enfermero tiene un éxito de menos del 10% en los pacientes (22).

Numerosos estudios han confirmado los beneficios de las intervenciones psicológicas en la mejora de la adhesión al tratamiento. Esta afirmación se justifica porque el autocontrol de la enfermedad mejora gracias a la percepción que tiene el paciente de llevar a cabo numerosas acciones que repercutan positivamente en su estado de salud.

De modo que la confianza en su habilidad de realizar conductas saludables influye significativamente en el desempeño de las mismas.

En los últimos 40 años se ha incorporado una herramienta propia del tratamiento de conductas adictivas, al paciente crónico, hablamos de la entrevista motivacional. El término “entrevista motivacional” surgió por primera vez en el siglo XX, para referirse a una variedad de tratamientos aplicados a las personas que tenían una conducta excesiva, principalmente el exceso de consumo de drogas (23). En esta década aparece un nuevo concepto diferente de las terapias de autocontrol características hasta ese momento y, que focalizaban la atención en el manejo de contingencias. Los términos utilizados variaron entre terapia de fortalecimiento motivacional, consejería motivacional hasta por último entrevista motivacional a finales de este siglo, concepto que se consolida ya a principios del siglo XXI.

La entrevista motivacional es una intervención breve y focalizada en el paciente cuyo objetivo final es la consecución de un cambio en el comportamiento de este, gracias a la motivación. La motivación se define como un proceso psicológico que inicia la ejecución de la acción y la mantiene con el fin de conseguir un objetivo. El carácter motivado de una conducta es un aspecto fundamental y dispone que un comportamiento sea una acción propia de la persona o por el contrario sea un acto involuntario. Las metas a corto plazo de la EM son que el paciente muestre motivación por el cambio de comportamiento, que decida finalmente cambiar disminuyendo su resistencia al cambio, que el paciente confíe en sus capacidades, y que adopte las medidas necesarias para convertir en realidad su objetivo. Para conseguir estos logros la EM se apoya en dos soportes básicos; la relación durante la entrevista con un clima de empatía, confianza y sinceridad, y la técnica de intervención verbal del profesional.

Las herramientas de la EM son (22):

1. Preguntas abiertas: aquellas que no pueden ser contestadas con un Sí o un No.
2. Escucha activa: el profesional actúa como espejo de las respuestas del paciente, tomando un papel activo y decidiendo qué es lo que ignora o enfatiza.
3. Reestructuración positiva: se trata de resaltar los aspectos positivos de lo que ha dicho el paciente.
4. Resumen: se refuerza todo lo relevante, refleja la escucha reflexiva por parte del profesional y ayuda al paciente a continuar con la entrevista.

5. Frases de motivación: son una herramienta básica de la EM.

En la EM se utiliza un estilo comunicativo que evita la persuasión (que deriva en una discusión con el paciente), y por el contrario se basa en considerar válidas las perspectivas subjetivas del paciente y en la negociación (24).

Cualquier circunstancia que necesite una entrevista motivacional, es una situación que requiere un proceso de afrontamiento, sean cambios en los hábitos alimenticios o seguir un programa de ejercicios, deshabitación tabáquica...etc. En el caso de que el paciente cambiara su comportamiento de forma voluntaria e inmediata no sería preciso recurrir a la entrevista motivacional.

Las enfermedades crónicas citadas anteriormente tienen un carácter asintomático que le impide al paciente notar consecuencias a corto plazo por lo que le dificulta percatarse de la necesidad de cambios de conducta.

La modificación de un comportamiento relacionado con la salud es un proceso formado por múltiples factores que interactúan entre sí, y no un fenómeno simple y aislado. Dicho proceso engloba varias fases (22):

- Precontemplación:
  - El paciente no considera cambiar su conducta ya que para él no es un problema.
- Contemplación:
  - Reconoce el problema y empieza a considerar la posibilidad de modificarlo. No obstante tiene dudas y no ha tomado una decisión. En esta etapa es muy característica la ambivalencia.
- Acción:
  - Ya ha tomado la decisión de cambiar y comienza a hacerlo, mas es una etapa difícil y volverá a tener ganas de volver a la etapa anterior.
- Mantenimiento:
  - El paciente ha conseguido pequeños logros y se encuentra en una fase más estable de mantenimiento de la conducta.

Para cada etapa la EM plantea una función para el profesional sanitario (22):

En la etapa de precontemplación el objetivo del enfermero es que el paciente reconozca el problema y empiece a pensar en la posibilidad de cambiarlo para ello debe crear una relación cordial y sincera, indagar en las percepciones del paciente, en sus hábitos de vida, debatir y reflexionar junto a él para crear discrepancias y proporcionarle información. Hoy en día la mayoría de los profesionales se centra únicamente en proporcionar información.

En la siguiente etapa, contemplación, el enfermero tiene la obligación de aumentar la motivación del paciente, mostrarle las ventajas e inconvenientes de las diferentes opciones y ayudarle en la toma de decisiones.

Durante la fase de preparación, el profesional debe ayudar en la planificación e inicio de la acción para ello se fijan plazos, objetivos, recursos...etc.

En la fase de acción, se fomenta el cambio apoyando al paciente e identificando situaciones de riesgo y proporcionándole estrategias.

Y por último, la etapa de mantenimiento, en ella el profesional sanitario tiene que ayudar al paciente a evitar recaídas, dándole apoyo y recordándole sus logros y metas futuras. Toda intervención del profesional con objetivo de modificar conductas debe conocer en qué etapa motivacional se encuentra el paciente.

La entrevista motivacional precede a las estrategias educativas, cognitivas o conductuales, y ayuda al paciente a beneficiarse de los tratamientos prescritos por los profesionales sanitarios sensibilizándolo antes de que estos empiecen. La entrevista motivacional se basa en tres premisas; es necesaria la colaboración del paciente y del profesional, se respeta en todo momento la autonomía del paciente y es una entrevista evocativa. La colaboración es imprescindible en la entrevista motivacional ya que impulsa una relación de iguales entre el profesional y el paciente (en el que el paciente normalmente tomaba un papel pasivo) donde poder desarrollar una conversación activa que ayuda a la etapa de toma de decisiones. La entrevista motivacional es evocativa porque requiere que el paciente recupere la motivación así como las herramientas necesarias para el cambio. Por último debe respetar la autonomía del paciente ya que es este el que toma las decisiones a lo largo de su vida. Los profesionales sanitarios podemos informar y aconsejar pero finalmente será el paciente el que decida.

### 3. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer los factores que determinan la falta de adhesión al tratamiento en el paciente crónico y la eficacia de la entrevista motivacional en la consulta de atención primaria.

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1. Diseño

Se lleva a cabo una revisión narrativa sobre la adhesión al tratamiento en las enfermedades crónicas así como la entrevista motivacional como intervención de mejora, realizándose un análisis crítico de los distintos artículos de investigación.

Las fases para la revisión bibliográfica utilizadas en nuestro estudio fueron las siguientes: identificación del problema de estudio (formulación de la pregunta PICO), investigación bibliográfica, evaluación y análisis de los datos.

##### a) Identificación del problema de estudio

La pregunta de investigación formulada en formato PICO es la siguiente;

P: paciente crónico I: entrevista motivacional O: mejorar la adhesión al tratamiento

El criterio de comparación no fue aplicado y el resultado fue analizado bajo una perspectiva exploratoria. De tal manera que la pregunta de investigación sería;

“¿Cuál es la efectividad de la entrevista motivacional en la adhesión al tratamiento en el paciente crónico?”.

##### b) Investigación bibliográfica

Una vez enunciada la pregunta de investigación se lleva a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: *Cochrane Library*, *Lilacs*, *Medline*, *Dialnet*, *Scielo*, *Scopus*, *Cinahl* y *Cuiden*. También he realizado la búsqueda en las siguientes páginas oficiales: OMS, Ministerio de Salud y Consumo e Instituto Nacional de Estadística.

Se utilizaron las siguientes palabras clave:



- DeCS: adhesión, enfermedad crónica, Dislipidemias, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, entrevista motivacional.
- MeSH: adherence, arterial hypertension, chronic disease, Diabetes Mellitus, Motivational Interviewing, cholesterol.

### *Búsqueda Manual*

Se utilizó la tesis doctoral del profesor Gabriel Aguilera Manrique publicada en 2009 sobre adhesión a las prescripciones terapéuticas en el paciente crónico.

Se realizó una traducción de las palabras naturales a palabras clave, a través de los descriptores “DeCS” y “MeSH”.

Para seleccionar los artículos de investigación incluidos en nuestra revisión se estudiaron los resúmenes y las referencias bibliográficas de forma detallada.

### *Criterios de selección*

Con el objeto de seleccionar los diferentes artículos se han planteado una serie de criterios de inclusión y exclusión.

#### ○ Criterios de inclusión

- El diseño de los estudios seleccionados han sido: ensayos clínicos aleatorizados y controlados, revisiones sistemáticas y estudios cuasi-experimentales.
- El tema de inclusión de los estudios ha sido; enfermedades crónicas, adhesión al tratamiento y entrevista motivacional.
- No hay rangos de edad seleccionados.
- La literatura encontrada estaba en los siguientes idiomas; inglés, español y portugués.
- Se ha establecido un rango de fechas de antigüedad máxima de 15 años.
- Se seleccionaron artículos que focalizaran en las consultas de atención primaria.
- Se escogieron los artículos mencionados por más número de investigadores.
- Artículos ya publicados.

#### ○ Criterios de exclusión

Los artículos excluidos contaban con un tamaño muestral pequeño de  $n < 20$  o no se encontraban en texto completo.

Se recopilaron 36 estudios en Medline, 6 de Cinahl, 4 en Elsevier, 1 en Dialnet y 1 en Scopus. Una vez descartados los artículos duplicados y aplicados los criterios de selección se incluyeron 17 artículos (Figura 1).

### Recopilación de datos

La información obtenida de los diferentes artículos se organizó de la siguiente forma; autor y fecha de publicación, participantes, intervención, medición del producto (variables) y resultados relevantes del estudio.

#### c) Análisis de los estudios

Una vez identificados los datos más relevantes de cada uno de los artículos, fueron analizados e incluidos o no en el estudio en función de los criterios de inclusión y exclusión citados con anterioridad.

Los aspectos analizados fueron el alcance de la intervención, el tipo de intervención, cómo fue aplicada, quién era la población diana, los comportamientos de autocuidado esperados y cuáles eran los principales objetivos del estudio utilizados para evaluar la intervención.

## **4. DESARROLLO**

En primer lugar se presentarán los estudios seleccionados definitivamente, a continuación se analizan los participantes incluidos en cada estudio, a continuación se clasifican los resultados de los estudios en primarios y secundarios para nuestro estudio y por último se analizan las principales variables incluida por los diferentes estudios

### **4.1. Estudios seleccionados**

Un total de 17 estudios cumplieron con los criterios de inclusión, contando con quince estudios (Agren; 2012, Arredondo; 2012, Austin; 2012, Barnaso; 2010, Boyde; 2013, Brandon; 2009, Brennan; 2010, Brodie; 2008, Leventhal; 2011, De la porte; 2007, Ackerman; 2011, Sjöling; 2011, Greaves; 2008, Hardcastle; 2008 y Rubak; 2011) y dos revisiones sistemáticas que incluían 3916 participantes (Cabezas; 2015 y Lawton; 2013).

**Tabla 1.** Estudios seleccionados. Autor y año, participantes, intervención, medición del producto y resultados relevantes.

Autor y fecha	Diseño del estudio	Participantes	Intervención	Medición del producto	Resultados relevantes
Agren et al. 2012 (25)	ECA	_Paciente ambulatorio. _Edad media: 71, 2 años. _N=155 (71 pacientes en el grupo intervención y 84 en el grupo control).	_Soporte educativo al paciente y a la familia (informaciones verbales y escritas, programa de CD y psicosocial: entrevista motivacional) de forma individual en el grupo de intervención. _Duracion:12 meses	_Pérdida de peso _Gestión de los síntomas _Adhesión a la medicación _Seguimiento de la dieta _Dejar de fumar _Vacunación preventiva	El soporte educativo basado en la entrevista motivacional muestra un claro beneficio en las conductas de autocuidado en el paciente pero no en la familia (p<0.05).
Arredondo-Holguín et al. 2012 (26)	Estudio cuasiexperimental	_Paciente en ambulatorio. _Edad media: 65. _N=29 (23 hombres y 6 mujeres).	_Actividades educativas a los pacientes y familias. _Entrevista motivacional y empoderamiento . 2 reuniones, 6 sesiones de teleenfermería, 2 visitas domiciliarias y 2 sesiones de grupo. _Duración: 9 meses.	_Se aplicó la Escala de autocuidado de Artinian, cuya máxima puntuación es 84), compuesta por 28 ítems distribuidos en cuatro dimensiones (solicitud de ayuda, adaptación a la enfermedad y adhesión a los tratamientos farmacológico y no farmacológico).Se aplicó al inicio y terminación del estudio.	_ Los pacientes obtuvieron una puntuación inicial y final de 40 y 53 (p < 0.05). Las dimensiones en que más cambios positivos se observaron fueron: adaptación a la enfermedad, adhesión al tratamiento farmacológico y reducción en el consumo de sal. La intervención educativa de enfermería basada en la EM tuvo un efecto beneficioso en la mayoría de los comportamientos de autocuidado.
Austin et al. 2012 (27)	Estudio cuasiexperimental	_Paciente ambulatorio y hospitalizado. _Edad media: 64,5 años. _N=60 (23 hombres y 37 mujeres).	_Entrevista motivacional (reforzamiento de las prácticas de autocuidado) de forma individual, tanto al paciente como a la familia. _Duración: 30 días.	_Adhesión a la medicación _Gestión de síntomas _Seguimiento de la dieta _Pérdida de peso Análisis de covarianzas	_Más del 50% de los pacientes mejoraron todos los parámetros evaluados.

				(ANCOVA)	
Barnason et al. 2010 (28)	Estudio piloto(ECA)	_Paciente ambulatorio y hospitalizado. _Edad media: 76,9 años. _N=40 (26 hombres y 14 mujeres, 20 pacientes en el GI y 20 en el GC).	_Entrevista motivacional y enseñanza de las habilidades de autocuidados, de forma individual en el grupo de intervención. _Duración: 2 sesiones de 30 minutos cada una, durante tres meses.	_Adhesión a la medicación. _Gestión de síntomas. Análisis de covarianzas(ANCOVA)	_El GI obtuvo mejores resultados en la adhesión al tratamiento (p<0.001) y en la gestión de síntomas (p<0.006).
Boyde et al. 2013 (29)	Estudio cuasiexperimental	_Paciente ambulatorio y hospitalizado. _Edad: entre 65 y 74 años. _N= 38 (27 hombres y 11 mujeres).	Entrevista motivacional, enseñanza educativa focalizada en un tópico cada semana y grupo de discusión en la sesión final. _Duración: 8 semanas	_Se llevó a cabo un test pre y post intervención para evaluar los conocimientos y capacidad de autocuidado de los pacientes. Se evaluó la gestión de síntomas la adhesión a la medicación, el seguimiento de dieta y del ejercicio prescrito, y por último la pérdida de peso.	_Hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones previas y posteriores a la prueba de conocimientos (p <0,0001). La capacidad de autocuidado mejoró positivamente (p = 0,027).
Brandon et al. 2009 (30)	Estudio piloto(ECA)	_Paciente ambulatorio. _Edad: 60 años. _N=20 (9 hombres y 11 mujeres, 10 pacientes en GI y 10 en GC).	_Educación sobre fisiopatología y autocuidado y entrevista motivacional individualmente en el GI. _Duración: 2 sesiones semanales durante 6 meses.	_Se realizó un test pre y post intervención. Se evaluó el seguimiento de la dieta, la vacunación preventiva, la gestión de síntomas, la adhesión a la medicación y dejar de fumar.	_Los resultados de este estudio apoyan la idea de que la EM tiene un impacto positivo en los resultados de los paciente del grupo de intervención (p<0.05).
Brennan et al. 2010 (31)	ECA	_Paciente ambulatorio. _Edad:64 años. _N=281 (171 hombres y 110 mujeres, 146 en GI y 135 en GC).	_Enseñanza de los objetivos de cuidado individual utilizando la entrevista motivacional en GI. _Duración: 24 semanas.	_Pérdida de peso _Seguimiento del ejercicio prescrito. _Seguimiento de la dieta. _Gestión de síntomas.	_Ambos grupos mostraron los mismos niveles de adhesión al tratamiento.
Brodie et al. 2008	ECA	_Paciente ambulatorio. _Edad media:	_Intervención sobre estilos de vida con base en la entrevista	_Se utilizó la encuesta de Salud de resultados	_Tras la intervención se produjo un aumento

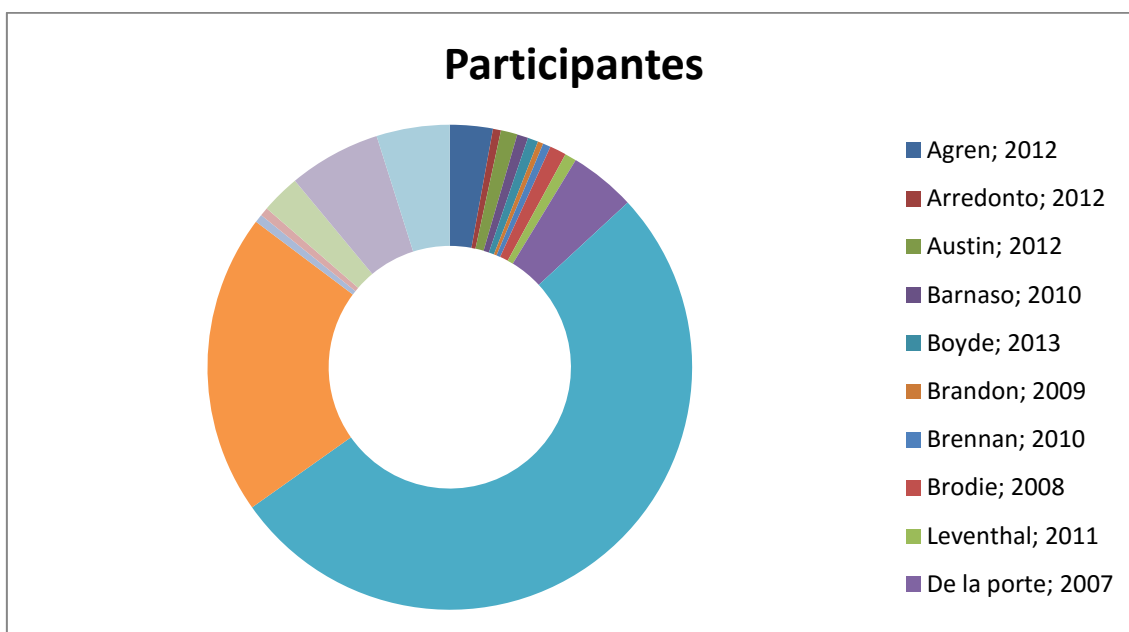
(32)		77,7 años. _N=60(todas mujeres, 30 en GI y 20 en GC).	motivacional, incidiendo en la actividad física en GI. _Intervención educativa clásica en GC. _Duración: 8 sesiones de 1 hora durante 5 meses.	médicos “Short Form-36”, un cuestionario de Minnesota Living y la escala de preparación motivacional de la Actividad Física para evaluar el seguimiento del ejercicio prescrito.	significativo ( $p < 0,05$ ) para tres de las dimensiones de la encuesta de salud en el GI. Sin embargo ambos grupos mejoraron sus puntuaciones ( $p < 0,05$ ) en el cuestionario.
Leventhal et al. 2011 (33)	ECA	_Paciente ambulatorio. _Edad media: 77,1. _N= 42 (26 hombres y 16 mujeres, 22 pacientes en GI y 20 en GC).	_Cuidado pedagógico y apoyo para crear habilidades de autocuidado basado en la entrevista motivacional en GI. _Duración: 12 meses.	_Se aplicaron tests para evaluar la gestión de síntomas, el peso y el manejo de la dieta prescrita. _Los datos fueron recogidos al inicio del estudio, a los 3, 6, 9 y 12 meses. _Se utilizó un análisis de regresión mixto (calidad de vida). La evaluación de resultados fue realizada por investigadores cegados a la asignación de grupo.	_Después de los 12 meses solo 3 pacientes fueron ingresados por empeoramiento o descompensación pero no se detectó ningún efecto significativo de la intervención relacionada con la calidad de vida.
De la Porte et al. 2007 (34)	ECA	_Paciente crónico ambulatorio. _Edad media: 70,5 años. _N= 240 (174 hombres y 150 mujeres, 118 paciente en GI y 122 en GC.).	_Concienciación sobre la enfermedad, etiología, comportamientos de autocuidado basada en la entrevista motivacional en GI. _Duración: 9 sesiones durante 12 meses.	_Se aplicaron teste para evaluar la adhesión al tratamiento farmacológico, el número de ingresos por empeoramiento, el seguimiento de dieta prescrita, la pérdida de peso, la gestión de síntomas por parte del paciente y el seguimiento del ejercicio prescrito.	_Durante los 12 meses, el número de ingresos por empeoramiento fueron menores en GI que en el grupo control (23 vs 47; riesgo relativo (RR) 0,49; intervalo de confianza del 95% (CI) 0,30 a 0,81; $p = 0,001$ ). Los efectos beneficiosos se observaron también en la adhesión al tratamiento farmacológico y la gestión de síntomas así como en el comportamiento del paciente en su

					autocuidado.
Cabezas et al. 2011 (35)	ECA	_Paciente de AP. _Edad media: 14-85 años. _N= 2827 pacientes	_Grupo intervención: 9 visitas programadas a lo largo de 6 meses basadas en la EM. _Grupo control: consejo breve. _Seguimiento durante 2 años.	_Evaluaciones a los 6 meses, 1 y 2 años. _Deshabitación tabáquica.	_La intervención mostró ser eficaz a largo plazo, con una pequeña, pero estadísticamente significativa, mayor tasa de abstinencia continua de un año tras 2 años de seguimiento.
Lawton et al. 2008 (36)	ECA	_Paciente de AP. _Edad media: 40-74 años, mujeres relativamente inactivas. _N=1089 pacientes de sexo femenino.	_Grupo intervención: Entrevista motivacional y personal al inicio y a los 6 meses de 30 minutos completada con llamadas telefónicas de 15 minutos. _Grupo control: Atención habitual de su médico y enfermera de AP. _Duración: 12-24 meses.	_Ejercicio físico.	_Ambos grupos aumentaron su actividad física, en grupo intervención una mayor proporción alcanzó el objetivo de 150 minutos semanales a los 12 meses, con niveles decrecientes pero significativamente diferente a los 2 años
Ackerman et al. 2011 (37)	ECA	_Paciente de AP. _Edad media: 52,4 años. _N= 30 adultos.	_Grupo de intervención: 3 sesiones de EM: una personal (30 minutos) y 2 telefónicas (15-20 minutos) con un mes de intervalo. _Grupo control: sin grupo control. _Duración: 3 meses.	_Ejercicio físico	_ El 80% de los participantes avanzaron en las etapas del cambio y aumentaron su actividad. _A pesar de que la muestra era pequeña y no había grupo control el estudio aporta evidencia que puede ser implementada en AP y además siendo consto-efectiva.
Sjöling et al. 2011 (38)	Estudio piloto-ECA	_Paciente de AP. _Edad media: pacientes mayores de edad con HTA leve a moderada y sedentarios _N=31 pacientes.	_Grupo intervención: 4 EM al inicio, 3, 9 y 15 meses. _Grupo control: sin grupo control. _Duración: 15 meses.	_Ejercicio físico	_Se observaron reducciones significativas en la presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, IMC y perímetro abdominal, así como la captación máxima de oxígeno. La calidad de vida relacionada con la salud indicó también una mejora en función física, vitalidad y dolor corporal. _No obstante es un

					estudio piloto.
Greaves et al. 2008 (39)	ECA	<p>_Paciente de AP. _Edad media: mayor de edad con IMC superior a 28 kg/m<sup>2</sup> _N=141.</p>	<p>_Grupo intervención: 11 EM: 8 personales y 2 telefónicas. _Grupo control: información habitual sobre dieta y ejercicio. _Duración: 6 meses</p>	<p>_Dieta _Actividad física</p>	<p>_ Una proporción significativamente mayor en el grupo de intervención alcanzó la meta del 5% de pérdida de peso. _Sin embargo no hubo diferencias significativas en cuanto a la actividad física. _La principal limitación de este estudio es su corto periodo de tiempo, 6 meses.</p>
Hardcastle et al. 2008 (40)	ECA	<p>_Paciente de AP. _Edad media: 18 – 65 años que presente al menos un factor de riesgo cardiovascular (sobrepeso, HTA o hipercolesterolemia). N= 334 pacientes.</p>	<p>_Grupo intervención: una EM inicial con la oportunidad de asistir a 4 más (duración media de 20 – 30 minutos) a lo largo de 6 meses. Media de sesiones a las que asistieron : 2. _Grupo control: Información habitual sobre dieta y ejercicio. _Duración: 6 meses.</p>	<p>_Dieta _Ejercicio físico</p>	<p>_ El grupo de intervención incrementó significativamente su nivel de actividad física, produciéndose una reducción de peso, presión arterial y colesterol sérico. _Estos efectos fueron mayores en los pacientes que asistieron a un mayor número de sesiones de EM.</p>
Rubak et al. 2011 (41)	ECA	<p>_Paciente de AP. _Edad media: 40 – 69 años con diabetes tipo II. _N=265.</p>	<p>_ Grupo intervención: Intervención intensiva en diabetes por médicos con formación en EM. _Grupo control: Intervención intensiva en diabetes por médicos sin formación en EM. _Duración: 12 meses.</p>	<p>_Adhesión al tratamiento.</p>	<p>_ En el grupo intervención se logra una adhesión al tratamiento del 100%, así como una mejora significativa en las cifras de HbA1c, pero sin diferencias entre ambos grupos. _Se atribuyen estos resultados a que los profesionales del grupo control pueden haber tomado conocimientos básicos en EM y los profesionales del grupo de intervención llevaron a cabo menos de 2 entrevistas de las 3 previstas.</p>

## 4.2. Participantes de los estudios seleccionados

Los estudios seleccionados incluyeron a 5682 participantes. El estudio más pequeño tenía 20 pacientes crónicos (Brandon; 2009) y el estudio más amplio constaba de 2827 pacientes (Cabezas; 2011). El tamaño muestral osciló entre 300 y 350 participantes, los pacientes tenían un promedio de edad de 63,12 y en su mayoría eran del sexo masculino. Gráfico 1.



**Gráfico 1:** Participantes de los estudios seleccionados.

## 4.3. Tipos de intervenciones

En 5 estudios no hubo grupo control (Arredonto; 2012, Austin; 2012, Boyde; 2013, Ackerman; 2011 y Sjöling; 2011), en 7 estudios el grupo control continuó con la entrevista al paciente crónico habitual (Agren; 2012, Barnaso; 2010, Brandon; 2009, Brennan; 2010, Leventhal; 2011, De la porte; 2007 y Rubak; 2011) y en 5 estudios el grupo control únicamente recibió información objetiva sobre su enfermedad, es decir, se comparó la EM con el consejo médico/enfermero (Brodie; 2008, Cabezas; 2011, Lawton; 2008, Greaves; 2008 y Hardcastle; 2008).

## 4.4. Medidas de resultado

Casi la totalidad de los artículos fueron publicados en revistas científicas de enfermería. Los estudios fueron llevados a cabo en diferentes países desarrollados de Europa y el



continente americano. Con respecto al momento del estudio, 14 estudios recopilaban pacientes durante su seguimiento clínico diario en el ambulatorio; 3 estudios se centraron en pacientes hospitalizados; 0 estudios obtuvieron pacientes que acababan de salir del hospital de camino a su domicilio, y la totalidad de estudios mencionaron esa información.

En cuanto a la población de estudio, la mayor parte de los artículos llevan a cabo intervenciones únicamente dirigidas al paciente (94,1%), pero un estudio incluye también a la familia (Agren; 2012).

Los objetivos principales de los artículos de investigación seleccionados eran evaluar los comportamientos de autocuidado de los pacientes y/o su familia.

Los comportamientos de autocuidado pretendidos variaron en cierta medida. Los comportamientos más esperados fueron el seguimiento de la dieta prescrita, mencionada en 10 artículos; el seguimiento del ejercicio, mencionado en 9 estudios; la gestión de síntomas, mencionada en 8 artículos; la adhesión al tratamiento farmacológico y la pérdida de peso, fueron mencionados en 6 estudios respectivamente. Los comportamientos esperados con menor frecuencia fueron dejar de fumar (3 estudios) y la vacunación preventiva con 2 artículos. La mayoría de los estudios fueron dirigidos al paciente únicamente e implementados individualmente y no en grupo.

Las herramientas utilizadas para evaluar los resultados de los diferentes artículos en su mayoría fueron cuestionarios aplicados tanto al principio como al final de la intervención. El único estudio dirigido tanto al paciente crónico como a su familia muestra un claro beneficio en las conductas de autocuidado en el paciente pero no en la familia (no se encontraron más artículos para su comparación).

Las dimensiones que más cambios positivos obtuvieron fueron la adhesión al tratamiento farmacológico y la gestión de síntomas. Tres estudios no obtuvieron diferencias significativas en la adhesión al tratamiento en el grupo de intervención con respecto al grupo control (Brennan; 2010, Brodie; 2008 y Rubak; 2011), un estudio reflejó diferencias en el parámetro de la pérdida de peso pero no en el seguimiento del ejercicio físico prescrito (Greaves; 2008) sin un motivo justificado y por último un estudio no reflejó ninguna mejora en la adhesión al tratamiento ni en el grupo de intervención ni en el de control (Leventhal; 2011).

#### **4.5. Análisis de las variables incluidas en los estudios**

En este apartado analizaremos los parámetros fundamentales incluidos en los estudios como la duración de la intervención, el seguimiento de la dieta y ejercicio prescrito, la gestión de síntomas por parte del paciente, la adhesión al tratamiento farmacológico, la reducción de peso, la deshabituación tabáquica y la vacunación.

##### **— Duración de la intervención**

La duración del seguimiento osciló entre 8 y 9 meses. La intervención más corta duró tan solo 30 días (Brodie; 2008) y la intervención más larga fue de 24 meses (Cabezas; 2011). La entrevista motivacional parece tener mayor utilidad y repercusión en la adhesión al tratamiento en el paciente crónico en el periodo de 12 meses (Lawton; 2008, Rubak; 2011, De la porte; 2007, Arredondo; 2012 y Agren; 2012), a 24 meses (Cabezas; 2011), aumentando la eficacia de la intervención conforme aumentaba el tiempo de aplicación.

##### **— Seguimiento de la dieta prescrita**

Esta variable ha sido valorada en 10 estudios. Ocho de ellos muestran mejores resultados en el grupo intervenido con la entrevista motivacional que en el grupo control y dos estudios no mostraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control (Leventhal; 2011 y Brennan; 2010).

##### **— Seguimiento del ejercicio prescrito**

Este parámetro fue evaluado en 9 estudios diferentes. Seis de ellos obtuvieron resultados positivos, mejorando así la tolerancia a la actividad física de los pacientes, pero en tres estudios la entrevista motivacional no ayudó a mejorar el seguimiento del ejercicio prescrito (Brodie; 2008, Brennan; 2010 y Greaves; 2008).

##### **— Gestión de síntomas**

Ocho estudios valoraron la gestión de síntomas por parte del paciente y al igual que en el seguimiento de la dieta prescrita ni el estudio de Leventhal; 2011 ni el de Brennan; 2010 mostró efectos positivos en el grupo de intervención.

##### **— Adhesión al tratamiento farmacológico**

Esta variable fue valorada por 6 estudios. Mostrando en todos los estudios mejores resultados en los pacientes que recibieron entrevista motivacional que en el grupo que no recibió.

#### — **Pérdida de peso**

La pérdida de peso se reflejó en seis estudios, de los cuales cuatro obtuvieron resultados positivos en el grupo de intervención y dos no (Leventhal; 2011 y Brennan; 2010).

#### — **Deshabitación tabáquica**

En tres estudios distintos se menciona como parámetro a evaluar la deshabitación tabáquica, donde aumenta el abandono del hábito tabáquico por parte del grupo de intervención.

#### — **Vacunación**

El estudio de Agren; 2012 y el de Brandon; 2009 son los que tienen en cuenta la vacunación preventiva. En ambos se obtienen resultados significativos.

## **5. CONCLUSIONES**

Desterradas las enfermedades infecciosas como la principal causa de muerte en el mundo, las enfermedades crónicas no infecciosas son las principales razones de morbilidad y mortalidad en nuestro planeta. En el año 2015 la Diabetes Mellitus tipo II fue la cuarta causa de muerte en la población femenina en España con una incidencia de magnitudes casi epidémicas. En el año 2011 se estimó que 246 millones personas padecían DM tipo II y se prevé que para el 2025 ascienda a 380 millones de personas. Entre un 30 y un 45% de la población general padece HTA y más del 20% de la población mundial sufre alguna Dislipidemia.

Actualmente se calcula que los pacientes que sufren alguna enfermedad crónica consumen un gran porcentaje del gasto sanitario global en los países occidentales, además la población que padece Diabetes Mellitus consume entre 2 y 6 veces más recursos directos que la población de edad y sexo similar con otras enfermedades crónicas, como consecuencia de las complicaciones a largo plazo derivadas del incumplimiento terapéutico.

Ante esta problemática los profesionales de enfermería tienen un papel principal en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, donde la educación para la salud toma gran importancia, especialmente en el ámbito de atención primaria. Habitualmente la manera de lograr cambios en salud es a través del consejo médico/enfermero, basado en la transmisión de conocimientos para persuadir al paciente y así modificar sus hábitos y actitudes. Sin embargo esta táctica no tiene resultado en la mayoría de las personas.

La integración de la dimensión psicológica en todo el ámbito de la salud y particularmente en la prevención y promoción, debe ser un objetivo de los profesionales sanitarios ya que está demostrado claramente que no basta con la difusión de la información de forma objetiva sino que es necesario involucrar otros factores motivacionales para conseguir logros en salud y cambios de hábitos de vida a corto y largo plazo.

La entrevista motivacional es una herramienta que puede ser utilizada por todos y no únicamente por los psicólogos, debido a la importancia de la comunicación y relación entre el profesional y el paciente cuando se pretenden cambios muy complejos y de difícil consecución.

El objetivo de esta revisión bibliográfica fue evaluar la eficacia de la entrevista motivacional en la consulta de enfermería del paciente crónico, aumentando así la adhesión al tratamiento de los pacientes y promoviendo su autocuidado. Todos los estudios seleccionados utilizaron técnicas educativas basadas en la entrevista motivacional. Los resultados recogidos reflejan la importancia de las herramientas motivacionales en la consecución de cambios tan arraigados, como los hábitos de vida. Todas las intervenciones dirigidas al paciente crónico tienen un carácter educativo pero también se debe tener muy en cuenta la importancia de la psicología con el uso de estrategias cognitivo- conductuales.

Esta revisión refleja que la entrevista motivacional puede ser incorporada perfectamente a la práctica clínica en una amplia variedad de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, especialmente en atención primaria. De los distintos ensayos clínicos se extrae el efecto positivo de la entrevista motivacional en la gran mayoría de artículos al compararse con la asistencia habitual basada en la transmisión de información. La entrevista motivacional demuestra también su eficacia incluso en

encuentros breves o en pocas entrevistas. Sin embargo las investigaciones presentan una serie de dificultades identificadas en el transcurso de los estudios como la escasez de información acerca de la calidad de las intervenciones, la fidelidad de su aplicación o los instrumentos que han utilizado para medir con exactitud los resultados, como tampoco la formación que los profesionales sanitarios han adquirido para llevar a cabo la práctica. De esta forma podemos deducir que aún se necesitan más estudios de calidad metodológica que concreten la entrevista motivacional como herramienta de la práctica clínica habitual en los distintos ámbitos de salud, con las limitaciones del contexto y del tiempo

En resumen, la evidencia disponible refleja la efectividad de la entrevista motivacional en los cambios de hábitos inadecuados por hábitos saludables, como seguir una dieta equilibrada o realizar ejercicio físico moderado. Así la EM es una intervención beneficiosa para aumentar la motivación de los pacientes y para lograr mejoras en salud especialmente en atención primaria donde el seguimiento del paciente es mucho más sencillo y posible que en atención especializada. Incluso siendo consciente del tiempo dedicado a esta tarea, debemos tener presente sus beneficios demostrados en gran cantidad de estudios de alta calidad. La entrevista motivacional es una intervención sencilla de llevar a cabo pero al mismo tiempo requiere el aprendizaje de habilidades para su implementación en la práctica clínica diaria.

### **5.1. ¿Qué aporta este estudio?**

Las aportaciones de este estudio son las siguientes:

- La falta de adhesión al tratamiento del paciente crónico es un problema de salud pública mundial que aún se encuentra sin solución.
- Queda demostrada la eficacia de la entrevista motivacional en la consulta de atención primaria, que ayuda a lograr cambios del comportamiento.
- La entrevista motivacional mejora la relación profesional-paciente, variable determinante para lograr la adhesión al tratamiento.
- Para los profesionales ayuda a conocer la evidencia disponible sobre la adhesión al tratamiento y la entrevista motivacional en el paciente crónico y así poder mejorar su práctica clínica.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. Organization WH. Chronic Diseases. [Online].; 2010. Fecha de consulta: 4/11/2015 Available from: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/).
2. Cerda J. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. Elsevier. 2014 septiembre; 6.
3. Ortiz M. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Revista médica de Chile. 2007 julio; 135.
4. Conthe P. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Revista clínica española. 2014 mayo.
5. Mendes M. Chronic Health Conditions in adults: concept analysis. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 julio; 15(4).
6. Evolución de enfermedades crónicas en población de 16 años y más. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
7. Martínez A. Diabetes tipo 2 en España: Estudio Crítico de la situación. Fundación Gaspar Casal. 2012 Septiembre.
8. León A. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con Diabetes tipo 2. Revista Española de Salud Pública. 2009 Agosto; 83(4).
9. Ramos MR. La Diabetes Mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gaceta Sanitaria. 2006 Marzo; 20(1).
10. Mancia G. Guía de práctica clínica de la ESH /ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Hipertensión y riesgo vascular. 2013; 30(3).
11. Aguilera G. Adhesión a las prescripciones terapéuticas en el paciente crónico. 1st ed. Almería: Universidad de Almería; 2009.
12. Granados G. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Int J Clin Health Psychol. 2007 julio; 7(3).
13. A A. Manual de diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile. 1997.
14. Gómez ÁMO. Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. Revista colombiana de psicología. 2014 abril; 24(1).
15. Cols G. Adherencia al tratamiento. Acta médica colombiana. 2005 diciembre; 30(4).
16. García AG. ¿Adherencia o adhesión? Actualidad en farmacología terapéutica. 2010 junio; 8(2).

17. Ramos MR. La Diabetes Mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes economicos y desigualdades. *Gaceta sanitaria*. 2006; 20(1).
18. Alfonso LM. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud*. 2004 diciembre; 30(4).
19. Martin L GJ. La adherencia terapeutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicologia de la salud: Fundamentos y Aplicaciones*. 2005.
20. Gómez ÁMO. Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista colombiana de psicología*. 2014 abril; 24(1).
21. Romero BCM. Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológica. *Index Enfermeria*. 2016 Julio; 15.
22. Mercado SR. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atencion primaria? *Evidencia en medicina de familia*. 2008; 5(40).
23. Fontán JB. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención primaria*. 2013 septiembre; 45(9).
24. Alarcón LF. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en psicología latinoamericana*. 2007; 25(2).
25. Agren S. Dyads affected by chronic heart failure: a randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. *J card fail*. 2012; 18(5).
26. Arredondo E. Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(2).
27. Austin LS. Extending the continuum of care in congestive heart failure: an interactive technology self-management solution. *J Nurs Adm*. 2012; 42(9).
28. S B. Pilot testing of a medication self-management transition intervention for chronic patients. *West J Nurs Res*. 2010; 32(7).
29. Boyde M. Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013; 12(1).
30. Brando AF. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Appl Nur Res*. 2009; 22(4).
31. Brennan PF. Technology-enhanced practice for patients with chronic disease: home implementation and evaluation. *Heart Lung*. 2010; 39(6).

32. Brodie DA. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45(4).
33. Leventhal ME. Swiss Interdisciplinary Management Programme for Heart failure. *Swiss Med Wkly.* 2011; 141.
34. De la Porte PW. Added value of a physician-and-nurse-directed heart failure clinic. *Heart.* 2007; 93(7).
35. Cabezas C. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster-randomized clinical trial. *Addiction.* 2011; 106.
36. Lawton LA. Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BMJ.* 2008; 337.
37. Ackerman E. Motivational interviewing: a behavioral counseling intervention for the family medicine provider. *Fam Med.* 2011; 43.
38. Sjoling M. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BMC Research Notes.* 2011; 4.
39. Greaves CJ. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2008; 58.
40. Hardcastle S. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns.* 2008; 70.
41. Rubak S. Effect of motivational interviewing on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: a one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scand J Prim Health Care.* 2011.
42. Gómez M. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en Diabetes infantil. *Revista colombiana de psicología.* 2008 julio; 1(17).
43. Campuzano M. Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicología.* 2013; 10(1).



## 7. ANEXOS

Figura 1-Diagrama de las etapas metodológicas usadas en la revisión bibliográfica.

