



## ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO HERRAMIENTA CONTRA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

*Trabajo de Fin de Grado*

*Revisión crítica de la literatura*

*Autora: Paula Ciudad San Vicente*

*Directoras: Elena De Lorenzo Urien y Begoña Garitano Tellería*

*Escuela Universitaria de Enfermería Vitoria-Gasteiz*

*Vitoria-Gasteiz, 20 de Abril de 2020*

*Nº de palabras:6239*

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres Lourdes y Juanjo y mi hermana Ana, que han sido la luz de mis sombras. Los que han creído en mí en todo momento cuando yo ni siquiera sabía cómo hacerlo. Los que han convertido en risas mis llantos, llenando de colores este proceso de aprendizaje y crecimiento.*

*A las que se han convertido en mi segunda familia, Anaïs, Yaiza, Amaia, Stefania, Erika y Gorka, pues con ellas estos 4 años han estado repletos de alegría, compañerismo y bondad.*

*A mis grandes amigas desde siempre y para siempre, Ainhoa, Patricia, Idoia, Sara, Pancho y Paloma por crecer de la mano y tendérmela cuando lo necesitaba.*

*En especial, a mis dos directoras, Elena y Begoña, que sin ellas no hubiera sido posible la realización de este trabajo, destacando toda su atención y dedicación recibida.*

*Para finalizar, a todos aquellos profesionales, pacientes y profesores que han coincidido conmigo a lo largo de este viaje, por abrirme los ojos sobre esta profesión tan bonita y tan humana.*

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN.....	2
3. OBJETIVO.....	6
4. METODOLOGÍA.....	7
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1. ESTADO PONDERAL.....	9
5.2. PERÍMETRO DE CINTURA.....	16
6. CONCLUSIONES.....	19
7. BIBLIOGRAFÍA.....	21
8. ANEXOS	
8.1. ANEXO 1: Tabla de conceptos y palabras clave.....	26
8.2. ANEXO 2: Tabla de proceso de búsqueda bibliográfica.....	27
8.3. ANEXO 3: Diagrama de flujo.....	30
8.4. ANEXO 4: Lectura crítica de los artículos seleccionados.....	31
8.5. ANEXO 5: Tabla resumen artículos seleccionados.....	35
8.6. ANEXO 6: Árbol Categorial.....	47

## 1. INTRODUCCIÓN

**Marco y justificación:** El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por ser una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede resultar perjudicial para la salud. Estos, suponen una puerta de entrada a multitud de complicaciones que afectan a la esfera física, emocional y social de la persona. La cifra de dichas afecciones ha ido en aumento en los últimos años. Así, en 2016 más de 1900 millones de adultos padecían sobrepeso, de los cuales 650 millones tenían obesidad. Ante esta situación, nace la necesidad de la utilización de herramientas que motiven el cambio, como es la entrevista motivacional.

**Objetivo:** Identificar la efectividad de la entrevista motivacional en los procesos de reducción de peso en adultos con sobrepeso/obesidad.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión crítica de la literatura. Para ello, se descompusieron las palabras que componían el objetivo, analizando sus sinónimos y convirtiéndolas en las palabras clave de cada base de datos: Motivational interviewing, obesity, overweight y weight loss. De este modo, se realizaron búsquedas en diversas fuentes científicas: Medline Ovid, Pubmed, Pscinfo, Cinahl, Cuiden, RNAO, Cochrane, Science Direct, Fistera, Google Académico.

**Resultados:** Se obtuvieron 15 estudios que analizaban el efecto de la entrevista motivacional en el estado ponderal; peso e IMC, y/o perímetro de cintura. Casi la totalidad de los artículos son ensayos clínicos aleatorizados, en concreto 14 y, el restante, trata de un análisis retrospectivo de datos. Los estudios seleccionados fueron publicados entre los años 2007-2017.

**Conclusiones:** A pesar de los resultados contradictorios, se ha podido ver un posible efecto en la disminución del estado ponderal utilizando la entrevista motivacional. En cuanto al perímetro de la cintura, no es concluyente, pero atendiendo a la lógica fisiológica, también podría tener un efecto en este. Las entrevistas motivacionales de más de 2 sesiones, de 45-60 minutos de duración, complementadas con un programa o recomendaciones sobre dieta y actividad física, tanto de carácter individual como grupal, y cara a cara, han resultado ser más efectivas y especialmente, en las mujeres.

## 2. MARCO Y JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se caracterizan por ser una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede resultar perjudicial para la salud<sup>1</sup>. Una forma sencilla de medir el sobrepeso y la obesidad en los adultos es el Índice de Masa Corporal (IMC), también llamado índice de Quetelet, que constituye un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Éste, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Actualmente, dicha herramienta se ha convertido en el método diagnóstico de mayor utilidad, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. De este modo, el IMC igual o superior a  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$  expresa sobrepeso y cuando es igual o superior a  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  determina obesidad<sup>1-3</sup>.

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas por las dimensiones que ha ido alcanzando en la prevalencia en los últimos tiempos, su repercusión en la calidad de vida, morbimortalidad y gasto sociosanitario. Desde 1975, hasta el año 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado. En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso (39% en hombres y 40% en mujeres) de los cuales, más de 650 millones eran obesos (11% hombres y 15% mujeres)<sup>1</sup>. Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, en España un 18,2% de hombres y un 16,7% de mujeres, de 18 y más años de edad, padecían obesidad. Respecto al sobrepeso, un 44,3% de hombres y un 30% de mujeres lo sufrían<sup>4</sup>. Es más, un estudio elaborado por científicos del Instituto Hospital del Mar (IMIM) advierte que ocho de cada diez hombres y casi la mitad de las mujeres de España serán obesos o tendrán sobrepeso en 2030, es decir, el 80% de la población<sup>5</sup>. Concretamente, en el País Vasco, el 13,5% de mujeres, frente a un 14,2% de hombres, padece obesidad<sup>6</sup>.

Hasta hace pocos años, dichas enfermedades eran consideradas un problema propio de los países desarrollados. No obstante, cada vez son más los datos que contraponen este pensamiento, ya que tanto la obesidad como el sobrepeso han ido adquiriendo mayor protagonismo en países de ingresos medianos y bajos. Hoy en día, la cifra de personas que padecen obesidad es mayor que las que poseen un peso inferior al recomendable<sup>1,7</sup>.

De esta forma, como dato abrumador, cada año mueren unos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia de la obesidad y el sobrepeso<sup>1</sup>. Para añadir, los españoles viven en promedio 2,6 años menos debido al sobrepeso. Dichas cifras, ponen de manifiesto el problema de Salud pública que supone<sup>8</sup>.

Por ello, se hace evidente la necesidad de explicar la etiología del sobrepeso y la obesidad. La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial influida por factores psicológicos, medioambientales, genéticos, socioeconómicos y fisiológicos<sup>9,10</sup>. El estrés, aburrimiento y los trastornos de salud mental, están involucrados en comer en exceso y poder contribuir al desarrollo de la obesidad<sup>11,12</sup>. Como consecuencia, se dice que las personas que sufren depresión tienen un 58 % más de riesgo de desarrollar obesidad<sup>13</sup>. Por otra parte, multitud de

aspectos de nuestro entorno pueden contribuir al desarrollo de dicha enfermedad. Entre ellos, se encuentran la vida sedentaria y el fácil acceso a los alimentos poco saludables<sup>1,11</sup>. Es más, algunas personas están predispuestas a desarrollar obesidad en función de sus antecedentes familiares<sup>11</sup>. Asimismo, el lugar en el que vive una persona, la sociedad y sus ingresos también están involucrados en las probabilidades de padecer obesidad<sup>11,14</sup>. En términos generales, la obesidad puede producirse debido a un desequilibrio entre la energía que se ingiere y la energía que se utiliza, siendo el exceso de energía almacenado como tejido adiposo<sup>1,11</sup>. El equilibrio energético está basado en un mecanismo complejo regulado de forma centralizada por el cerebro, a partir de las señales hormonales periféricas enviadas desde el sistema gastrointestinal, páncreas y tejido adiposo que se integran para regular el apetito y el gasto de energía<sup>15</sup>.

Cabe mencionar que las respuestas fisiológicas a la pérdida de peso favorecen la recuperación del mismo<sup>15</sup>. Dicha reducción, en las personas con obesidad provoca cambios en las hormonas del apetito que aumentan el deseo de comer durante al menos 1 año.<sup>15-17</sup> De este modo, las hormonas relacionadas con el apetito juegan un papel clave en la recuperación de peso después de la pérdida de este. Ello es debido a que, tienden a favorecer recuperar el peso aumentando el hambre y favoreciendo el almacenamiento de energía. En dicho proceso, se encuentran involucradas las siguientes hormonas; la leptina, producida por el tejido adiposo, que inhibe las ganas de comer, mientras que la grelina, sintetizada por el duodeno y estómago, despierta la sensación de apetito<sup>18</sup>. De esta forma, mantener la pérdida de peso, en muchas ocasiones, supone un gran desafío<sup>15</sup>.

Asimismo, todos y cada uno de dichos factores desencadenan el sobrepeso y la obesidad, pudiendo llegar a generar más de 195 complicaciones<sup>19</sup>. El sobrepeso y la obesidad pueden provocar importantes repercusiones en la persona, ya que afectan en la esfera física, emocional y social de esta<sup>19-22</sup>.

En cuanto a las complicaciones fisiopatológicas, suponen un importante factor de riesgo para la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, principalmente cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, la diabetes, trastornos del aparato locomotor, en especial la osteoartritis, y algunos cánceres, en concreto, endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon<sup>19,20</sup>. Existe evidencia científica que demuestra que un IMC elevado se asocia con una reducción de la esperanza de vida de hasta 10 años<sup>23</sup>.

Haciendo referencia al impacto emocional, el sobrepeso y la obesidad pueden generar emociones negativas, como son la angustia, ira, miedo, vergüenza, ansiedad, pensamientos suicidas, ansiedad y etc. Es más, las personas con obesidad tienen un 55 % de aumento del riesgo de aparición de depresión a lo largo del tiempo. Sin olvidarse de las personas que, en el intento de seguimiento de dietas, han sufrido el ciclo pérdida-recuperación de peso y se han podido sentir culpables y criticadas. Todo ello, se encuentra aún más favorecido debido a la estigmatización social, ya que, a ojos de la sociedad actual, la delgadez representa el ideal de

belleza, mientras que la obesidad, absolutamente lo opuesto. Estas emociones pueden variar de persona a persona y según el sexo, pues las mujeres son las desventajadas por las construcciones sociales creadas en torno a su género<sup>19,21</sup>. En cuanto a las repercusiones sociales, el rendimiento académico y laboral se pueden ver comprometidos, por lo que deriva en dificultad para llevar a cabo el trabajo o ausentismo laboral por su situación de salud<sup>19,22</sup>.

Debido a dichas repercusiones, el sobrepeso y la obesidad generan un incremento de servicios sanitarios, los que se traducen en un importante gasto económico<sup>24</sup>. Según la OCDE, el sobrepeso representa el 9,7% del gasto de salud en España, contabilizándolo junto a sus enfermedades asociadas, y reduce la producción del mercado de trabajo en una cuantía equivalente a 479 mil trabajadores a tiempo completo por año. Para cubrir dichos costes, cada ciudadano paga 265 euros adicionales de impuestos al año<sup>8</sup>.

En resumidas cuentas, la obesidad como puerta de entrada a una multitud de otras enfermedades y complicaciones, es una realidad a la que nos enfrentamos desde hace tiempo, y que, lejos de detenerse, con el inexorable paso del tiempo, está avanzando peligrosamente, hasta amenazar nuestro sistema universal de salud<sup>1</sup>.

Sin embargo, los estilos de vida poco saludables como son la ingesta de comidas hipercalóricas y la baja actividad físicos impulsados por los factores medioambientales ya mencionados, son los principales agentes causales de la enfermedad potencialmente modificables<sup>1</sup>. Por ello, hemos de dar importancia a la promoción y prevención de la salud, es decir, los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras de Atención Primaria, ocupamos un papel clave en el fomento de hábitos saludables y en el cambio de estilos de vida<sup>25</sup>.

Tradicionalmente, los profesionales sanitarios han animado a los pacientes a realizar tales cambios a través de simples consejos informativos basados en la persuasión, en su mayoría sistemáticos y poco personalizados. En dicho enfoque, el personal adquiere un rol paternalista, situando al paciente en un rol pasivo cuya tarea consiste en aceptar el consejo o resistirse al mismo<sup>26</sup>. En cambio, la persona debe ser quién tome el mando de los procesos de toma de decisiones sobre su salud, ya que, las personas suelen quedar más convencidas por lo que se escuchan a sí mismas<sup>27</sup>.

De este modo, se hace evidente la necesidad de utilizar herramientas que motiven el cambio, como es la entrevista motivacional<sup>27-30</sup>. La entrevista motivacional (EM), es un tipo de entrevista clínica, centrada en el paciente que se caracteriza por ayudarlo a articular y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano, y así poder impulsar cambios hacia estilos de vida más saludables. Es decir, intenta aumentar la conciencia de los pacientes sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto<sup>27-30</sup>. La ambivalencia es una experiencia humana habitual en el cambio, donde el individuo tiene motivos para cambiar y motivos para continuar con la misma conducta. De este modo, facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas, sacando a relucir su percepción de capacidad<sup>27</sup>. Por tanto, es tarea del paciente, y

no del profesional, esclarecer su ambivalencia. El profesional ha de facilitar la expresión de ambos lados del atasco de la ambivalencia y acompañarle hacia el cambio<sup>28</sup>. Constituye un estilo de conversación colaborativo cuyo objetivo es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio, con la intención de guiar, en vez de dirigir. En concreto, consiste en organizar las conversaciones de tal forma que las personas se persuadan a sí mismas para cambiar, basándose en sus valores. Puede ser breve o prolongada y puede darse en multitud de contextos distintos, individualmente o en grupo<sup>27</sup>.

La EM se remonta a años atrás. Fue desarrollada por W.R. Miller y S. Rollnick en los años noventa, donde vieron la necesidad de búsqueda de un nuevo estilo en el tratamiento del alcoholismo<sup>28</sup>. Estos, se basaron en el modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, en el que expresaban que la persona puede viajar en círculos por diferentes etapas mostrando una actitud mental y motivación diferentes. De esta forma, adaptaron la entrevista según los diferentes estadios de motivación<sup>27-30</sup>:

- Precontemplación: La persona no ve, o no quiere ver el problema en su conducta
- Contemplación: Comienza a tener dudas sobre su conducta
- Determinación: Decide intentar un cambio
- Cambios: Pone en práctica dicho cambio
- Mantenimiento: Se concentra activamente en mantener el cambio
- Recaída: Vuelve a la conducta anterior

Desde entonces, La EM se ha aplicado en Atención Primaria en una gran variedad de comportamientos y problemas relacionados con la salud como el abuso de sustancias adictivas, adherencia a tratamientos y etc<sup>28</sup>. Por ello, supone una herramienta que puede ser de gran utilidad para enfermería, ya que posibilita adentrarse en la motivación para el cambio del paciente, creando una sintonización con la situación psicológica de este, y mejorando así la relación terapéutica entre enfermera-paciente<sup>31</sup>. Es más, cuida la salud mental de la propia enfermera, al aumentar su satisfacción y disminuir el sentimiento de impotencia<sup>29</sup>.

De esta manera, es clara la necesidad de una intervención que motive el cambio de hábitos en las personas con sobrepeso y obesidad con el fin de que consigan obtener un peso saludable que repercuta favorablemente en todas y cada una de sus esferas. Además, proporciona a la enfermería un método para ofrecer un cuidado holístico, humanizado, personal e integral, que puede aplicarse de múltiples modos y no crear perjuicio ni efectos adversos<sup>32</sup>.

### **3. OBJETIVO**

Identificar la efectividad de la entrevista motivacional en los procesos de reducción de peso en adultos con sobrepeso y/o obesidad.

## 4. METODOLOGÍA

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo, se ha realizado una revisión crítica de la literatura. Este tipo de diseño requiere de un proceso de búsqueda exhaustivo.

Para ello, se comenzó definiendo el tema y el objetivo del mismo. Más tarde, se desglosaron los conceptos que conformaban el objetivo. Una vez analizados estos, se articularon sus sinónimos y se tradujeron al inglés. Después, dichos términos fueron traducidos al lenguaje controlado de cada base de datos, obteniendo las palabras clave (Véase Anexo 1: Tabla de palabras clave).

Una vez obtenidos los descriptores, se combinaron con los booleanos “AND” y “OR” con el propósito de asegurar una búsqueda más efectiva. Así, se ejecutaron diferentes ecuaciones de búsqueda. Se realizaron dichas búsquedas tanto en bases de datos nacionales, como internacionales; Medline Ovid, Pubmed, Pscinfo, Cinahl, Cuiden, RNAO y Cochrane. Del mismo modo, se realizaron búsquedas manuales con el motor de búsqueda Science Direct, Fistera y Google académico. Todo ello queda reflejado en el proceso de búsqueda (Véase Anexo 2: Proceso de búsqueda bibliográfica).

Asimismo, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para limitar la búsqueda en la medida de lo posible y obtener concreción.

### Criterios de inclusión:

- Tipo de publicación: Se incluyeron artículos tanto de fuentes primarias (ensayos clínicos aleatorizados, ensayos cuasi-experimentales), como secundarias (revisiones sistemáticas) que estuvieran disponibles gratuitamente y a texto completo.
- Tipo de participantes: En la muestra a estudio, se admitieron únicamente personas mayores de 18 años de edad, con un IMC superior a 25kg/m<sup>2</sup>, con independencia de la raza, sexo y país de procedencia.
- Años de publicación: Se admitieron aquellos artículos posteriores a 2004 inclusive, con el propósito de obtener mayor cantidad de artículos.
- Idioma de publicación: Se seleccionaron artículos que estuvieran escritos tanto en inglés como en español, para posibilitar la comprensión del lector.

### Criterios de exclusión:

- Tipo de publicación: Se descartaron artículos de opinión, cartas a editoriales, literatura gris, pósteres, actas de conferencias y documentos de baja o muy baja calidad. También, se excluyeron aquellos artículos que no poseían abstract.

- Tipo de participantes: Se excluyeron publicaciones que contenían una muestra con mujeres que presentaran embarazo.

Después de la búsqueda y con los resultados obtenidos, se realizó un proceso de selección crítica que se descompuso en tres fases, proyectado en el diagrama de flujo ([Anexo 3: Diagrama de flujo](#)). En la primera fase, se obtuvieron 315 artículos de las diferentes bases de datos, de los cuales se seleccionaron 77 artículos para una primera lectura. En la segunda fase, se excluyeron 64 artículos por no seguir el objetivo ni los criterios de inclusión y exclusión establecidos. En la tercera fase, se obtuvieron 13 artículos de las diferentes bases de datos, a los que se sumaron 2 artículos de búsquedas manuales. De estos 15 artículos, se llevó a cabo un análisis crítico de la literatura ([Anexo 4: Lectura crítica](#)) con el propósito de evaluar su fiabilidad de ejecución. Más tarde, se descompuso la información relevante de cada artículo para facilitar la comprensión e interpretación de los datos ([Anexo 5: Tabla resumen de artículos](#)). Tras el análisis de los resultados, se agruparon y reagruparon los diferentes tópicos en dos dimensiones, creando así, el árbol categorial ([Anexo 6: Árbol categorial](#)).

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión crítica emergen de los 15 estudios seleccionados en el proceso de búsqueda. Casi la totalidad de los artículos son ensayos clínicos aleatorizados, en concreto 14 y, el restante, trata de un análisis retrospectivo de datos. Los estudios seleccionados fueron publicados entre los años 2007-2017 y, cabe destacar que 6 artículos fueron publicados en ese último año (figura1). Los estudios provienen de gran variedad de países, como puede apreciarse en la figura 2.

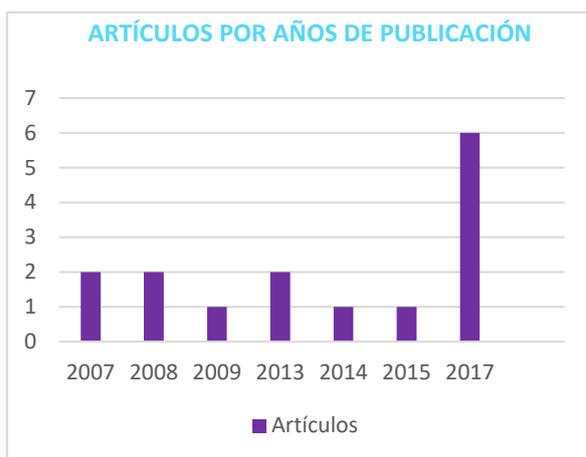


Figura 1: Artículos por años. Fuente: Elaboración propia

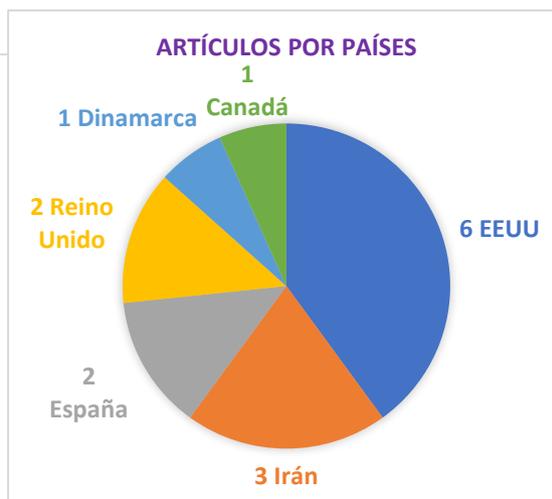


Figura 2: Artículos por países. Fuente: Elaboración propia

Cabe señalar que hay un mayor protagonismo de la mujer en los estudios analizados, ya que 7 de los 15 artículos estudian el efecto de la entrevista motivacional únicamente en mujeres.

Fruto del análisis de la información, los resultados se presentarán en base a los efectos de la entrevista motivacional por un lado con respecto al estado ponderal, es decir; peso e IMC y, por otro lado; el perímetro de cintura ([Anexo 6: Árbol categorial](#)).

### 5.1 ESTADO PONDERAL

El efecto de la entrevista motivacional en el estado ponderal se refleja en todos los estudios seleccionados, utilizando indicadores como el peso, traducido en kg y/o IMC, proyectado en kg/m<sup>2</sup>. Dichas variables dependientes han sido evaluadas inmediatamente después de la intervención y/o en un rango de tiempo heterogéneo que oscila entre 2 meses y 2 años.

Se han ordenado los datos según las diferencias de disminución ponderal entre el grupo control e intervención realizando mediciones de porcentajes. Primeramente, se han analizado aquellos ensayos donde ha habido una mayor disminución ponderal en el grupo intervención que en el control, encontrándose 10 artículos donde sucedía este hecho (Tabla 1). Después, se han hallado 3 artículos donde dicha disminución se ha dado en mayor medida en el grupo control que en el grupo intervención (Tabla2).

En contraposición a ello, se han encontrado 2 artículos donde se ha observado un aumento ponderal en el grupo intervención, uno de ellos menor al grupo control. A su vez, en el otro ensayo, se dio el ascenso únicamente en el grupo intervención (Tabla 3).

AUTOR	INTERVENCIÓN	MUESTRA	PESO	IMC	Diferencia de descenso entre grupos PESO	Diferencia de descenso entre grupos IMC
Saffari et al <sup>33</sup> 2014	Grupo intervención: 5 sesiones presenciales e individuales de 60 minutos en el 1, 3, 6, 9 y 12 mes+ sesión educativa	170 mujeres	Descenso del 3,89%	Descenso del 11,56%	2,15% P<0,001	6,46% P<0,001
	Grupo control: Sesión educativa sobre dieta y ejercicio	157 mujeres	Descenso del 1,74%	Descenso del 5,10%		
Mirkarimi et al <sup>34</sup> 2017	Grupo intervención: 5 sesiones grupales de 45-60 mins de entrevista motivacional + programa	50 mujeres	Descenso del 6,28% P=0,001	Descenso del 6,15% P=0,001	5,3%	5,3% P<0,003
	Grupo control: 4 sesiones grupales de 45-60 mins de programa de educación durante 2 semanas	50 mujeres	Descenso del 0,98% P=0,027	Descenso del 0,76% P=0,953		
Tárraga Marcos et al <sup>35</sup> 2017	Grupo intervención: Una sesión grupal de motivación de 1h cada 2 semanas de las semanas 1 a la 12, mensualmente de las semanas 13 a 32	60 personas	Descenso del 6,5%	Descenso del 6,6%	4,5% P<0,001	4,65% P<0,001
	Grupo control: Recomendaciones de pérdida de peso	59 personas	Descenso del 2%	Descenso del 1,95%		
Carels et al <sup>36</sup> 2007	Grupo intervención: Entrevista motivacional individual de 45-60 mins para aquellos que no conseguían los objetivos+ programa	28 personas	Descenso del 4,47%	-	2,37% P<0,01	-
	Grupo control: Programa de pérdida de peso de 20 sesiones grupales de 75 mins durante 24 semanas	27 personas	Descenso del 2,10%	-		
Di Marco et al <sup>37</sup> 2009	Grupo intervención: 6 sesiones de autoayuda guiada de 30 minutos y 2 sesiones utilizando un enfoque de entrevista motivacional de 1h	20 personas	-	Descenso del 4,47%	-	2,27% P=0,44
	Grupo control: 6 sesiones de autoayuda comunes al otro grupo y 2 sesiones centradas en la motivación tradicional de 1h	19 personas	-	Descenso del 2,2%		
West et al <sup>38</sup> 2007	Grupo intervención: Cinco sesiones de entrevistas motivacionales individuales de 45 minutos durante 12 meses+programa de control de peso de 42 sesiones	109 mujeres	Descenso del 3,61%	-	1,86% P≥0,04	-
	Grupo control: Mismo número y frecuencia de sesiones sobre salud de la mujer +programa	108 mujeres	Descenso del 1,75%	-		
Karlsen et al <sup>39</sup> 2013	Grupo intervención: Número diferente de sesiones de entrevistas motivacionales, y algunas se mantuvieron en contacto únicamente por teléfono o por correo electrónico. El número medio de entrevistas fue de 8,6+programa	110 mujeres	Descenso del 9,3%	Descenso del 9,24%	1,77% P=0,01	1,79% P=0,02
	Grupo control: Programa de pérdida de peso	77 mujeres	Descenso del 7,53%	Descenso del 7,45%		
Rodríguez et al <sup>40</sup> 2017	Grupo intervención: 10 sesiones grupales de entrevista motivacional de 1 h (de la semana 1 a la 12 cada 15 días y de la semana 13 a la 32, mensuales)	400 mujeres	Descenso del 2,92%	-	1,77% P=0,02	
	Grupo control: Consejos sobre dieta y ejercicio cada 3 meses	446 mujeres	Descenso del 1,15%	-		
Huber et al <sup>41</sup> 2015	Grupo intervención: 7 llamadas telefónicas cada 2 semanas durante 3 meses de 20 mins de entrevista motivacional con recomendaciones de ejercicio y dieta	45 personas	Descenso del 2,61%	Descenso del 2,74%	1,55% P>0,05 *Mujeres P<0,05	1,63% P>0,05 *Mujeres P<0,05
	Grupo control: Panfletos institucionales sobre alimentación saludable y hábitos de ejercicio	45 personas	Descenso del 1,06%	Descenso del 1,11%		
Mirkarimi et al <sup>42</sup> 2017	Grupo intervención: 5 sesiones grupales de 45-60 mins de entrevista motivacional + programa	30 mujeres	Descenso del 4,28%	Descenso del 3,71%	1,67% P=0,001	0,93% P=0,938
	Grupo control: Programa de pérdida de peso de 4 sesiones de 1h durante 2 semanas sobre actividad física y sus beneficios	30 mujeres	Descenso del 2,61%	Descenso del 2,78%		

Tabla 1: Comparación de los estudios en el estado ponderal. Fuente: Elaboración propia

En estos 10 ensayos mencionados, se dio una diferencia de disminución ponderal entre el grupo intervención y control que se encontraba en el siguiente rango: 6,46%-0,93%, mostrando diferencias estadísticamente significativas en 9 artículos.

Saffari et al<sup>33</sup> observó la mayor diferencia de disminución del IMC entre el grupo intervención y control ( $p < 0,001$ ) con respecto a los demás ensayos, con un 6,46%. No obstante, en cuanto al peso no se dio tal magnitud de diferencia, aunque también resultó estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Así, se observó a los 12 meses una disminución del IMC y peso de 11,56% y 3,89% en el grupo intervención, respectivamente. Mientras que el grupo control presentó un descenso del 5,10% (IMC) y 1,74% (peso).

A dicho estudio le sigue el ensayo de Mirkarimi et al<sup>34</sup> con una diferencia de disminución ponderal de 5,3% entre grupos. De este modo, el descenso de peso e IMC en el grupo intervención fue de 6,28% y 6,15% respectivamente ( $p = 0,001$ ). A diferencia del grupo control que disminuyó en un 0,98% (peso) y 0,76% (IMC). Así, se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto al IMC ( $p < 0,003$ ), aunque no menciona la diferencia con respecto al peso.

Ambos ensayos llevaron a cabo 5 sesiones con una duración semejante de 1 hora y se consideran metodológicamente adecuados. No obstante, Saffari et al<sup>33</sup> las ejecutó de manera individual sumado a una sesión educativa, mientras que Mirkarimi et al<sup>34</sup> de forma grupal sumado a un programa de pérdida de peso. Sin embargo, destacamos a Saffari et al<sup>33</sup> que llevó a cabo dichas sesiones a lo largo de 12 meses, y observó su evolución al final de este periodo con una muestra considerablemente mayor. Mientras que Mirkarimi et al<sup>34</sup> ejecutó entrevistas durante 2 semanas, evaluando su efecto a los 6 meses. Es más, Saffari et al<sup>33</sup> concreta cómo se calculó el peso, IMC y perímetro de cintura, hecho que no relata Mirkarimi et al<sup>34</sup> donde podrían producirse sesgos a la hora de medir los datos antropométricos. Algo a sacar a relucir es que en ambos estudios se utiliza una muestra de participantes únicamente constituida por mujeres, por lo que podría decirse que los mayores efectos de la entrevista motivacional se dan en las mujeres.

Asimismo, nos encontramos con Tárrega Marcos et al<sup>35</sup> que observó una diferencia de disminución ponderal del 4,5%, aproximadamente, entre los grupos ( $p < 0,001$ ). En el grupo intervención salió a relucir una disminución de peso e IMC de 6,5%, mientras que en el grupo control un 2%. Algo a destacar es que evaluó dicha disminución a los 2 años, realizando numerosas mediciones de los cambios del peso a lo largo del periodo y observando su gradiente. Pudo valorar que la reducción del estado ponderal se mantuvo en el tiempo, y que ésta, fue mayor en el grupo intervención. No obstante, la diferencia entre ambos puede ser más pequeña que las anteriores debido a que se evalúa en un periodo de tiempo mucho mayor, donde la pérdida ponderal se considera más difícil de conseguir. Otro aspecto es que éste ensayo también fue ejecutado de forma grupal, adquiriendo una vez más, beneficios sobre este modo de impartir la entrevista motivacional.

Después, contamos con Carels et al<sup>36</sup> donde la diferencia de peso entre ambos grupos se redujo casi a la mitad con respecto al anterior caso, concretamente en un 2,37%, aunque fue estadísticamente significativo ( $p=0,01$ ). Se redujo el peso en un 4,47% en el grupo intervención, y un 2,10% en el grupo control tras la intervención. Sin embargo, a diferencia del resto, se impartió únicamente entrevistas motivacionales a los participantes que no lograron los objetivos de pérdida de peso del grupo intervención. De este modo, se puede considerar que dentro del grupo intervención, los participantes que lograron los objetivos, pasaron a convertirse en el grupo control, reduciendo la muestra para valorar un efecto, partiendo de que ya era escueta.

En contraposición a los artículos anteriores, Di Marco et al<sup>37</sup>, no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto al IMC ( $p=0,44$ ). Ciertamente es que observó una diferencia de disminución del 2,27%, experimentando una reducción del 4,47% en el grupo intervención, y un 2,2% en el grupo control tras la intervención. No obstante, se ha de mencionar que el grupo control, a pesar de no recibir una entrevista motivacional, obtuvo una intervención motivacional tradicional donde pudo también surgir efecto en este y disminuir así la diferencia entre ambos. Es más, a ello se le suma que el número de sesiones de entrevistas motivacionales fue menor a las intervenciones anteriores, concretamente de 2, por lo que se puede atenuar el efecto frente a intervenciones con un número mayor de sesiones.

West et al<sup>38</sup>, Karlsen et al<sup>39</sup> y Rodriguez et al<sup>40</sup> fueron autores que lograron una diferencia de disminución ponderal semejante, que rondaba entre un 1,7%-1,8%, logrando diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control e intervención en los tres. Los dos primeros autores utilizaron únicamente una muestra de mujeres, respaldando así una vez más, la idea existente de un mayor efecto en las mujeres frente a los hombres. No obstante, llevaron a cabo intervenciones de entrevista motivacional realmente heterogéneas resultando más difícil su comparación.

West et al<sup>38</sup> experimentó un descenso de peso en el grupo intervención de 3,61% frente a un 1,75% en el grupo control a los 18 meses ( $p\geq 0,04$ ). Se impartieron 5 sesiones de entrevista motivacional durante 12 meses, por lo que puede deducirse que el mantenimiento de dicha reducción puede deberse a ello. Sin embargo, dicha muestra trata de mujeres diabéticas, por lo que habría que observar si dichos resultados son extrapolables a la población con sobrepeso sin dicha patología, ya que podrían estar más motivadas que el resto sabiendo las complicaciones que acarrea consigo la diabetes.

Con respecto a Karlsen et al<sup>39</sup>, concluyó con una diferencia significativa entre el grupo intervención y control tras la intervención, tanto en el peso ( $p=0,01$ ), como en el IMC ( $p=0,02$ ). Así, disminuyó en el grupo intervención un 9,3% y 9,24% respectivamente. A su vez, el grupo control experimentó un descenso del 7,53% (peso) y 7,45% (IMC). Hay que añadir que ambos grupos presentan pérdidas de peso notoriamente mayores al resto de grupos, pudiendo ser debido a que ambos rondaban en un peso medio de 100kg, lo cual puede resultar más fácil de disminuir. No obstante, su efecto entre grupos es más pequeño a los anteriores. Sin embargo, su fiabilidad es menor que el resto debido a un hecho irrefutable, se trata de un análisis

retrospectivo de datos, diseño que aumenta la posibilidad de la existencia de un número mayor de sesgos. Aun así, algo a favor de este es que las entrevistas motivacionales están impartidas por la misma enfermera entrenada, por lo que disminuye la variabilidad de ejecución de la herramienta entre los receptores.

Rodriguez et al<sup>40</sup> observó una diferencia significativa en la disminución del peso( $p=0,02$ ) entre el grupo intervención y grupo control, con un descenso de 2,92% y 1,15% respectivamente a los 2 años. Se puede decir que trata de una intervención contundente y una muestra extensa para observar el efecto. Es más, la muestra es de procedencia española, con características socioeconómicas propias de nuestro país, por lo que los resultados son altamente extrapolables a nuestra población.

Más tarde, aparece el ensayo de Huber et al<sup>41</sup>, donde sufrió una menor pérdida entre grupos, aproximadamente del 1,5%, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos, ni en el IMC, ni en el peso ( $p>0,05$ ). Disminuyendo así en el peso e IMC en el grupo intervención un 2,61% (peso) y 2,74%(IMC) y, a su vez, en el grupo control un 1,06%(peso) y un 1,11%(IMC) a los 6 meses. Algo destacable es que tan sólo utilizó contactos telefónicos para llevar a cabo la entrevista motivacional, a diferencia de los anteriores artículos, por lo que pudo obtener menos repercusión que en un encuentro cara a cara. Ciertamente es que, en las mujeres se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto al peso ( $p=0,013$ ) e IMC( $p=0,025$ ).

Por último, nos encontramos con otro ensayo de Mirkarimi et al<sup>42</sup> donde observó una diferencia de disminución de peso e IMC entre grupos de 1,67% y 0,93% a los 6 meses. De este modo, se halló un descenso de 4,28%(peso) y 3,71% (IMC) en el grupo intervención, mientras que el grupo control obtuvo un 2,61% (peso) y 2,78%(IMC) de disminución. Obteniendo así, una diferencia estadísticamente significativa entre grupos en el peso ( $p=0,001$ ) y no en el IMC ( $p=0,938$ ). En este estudio, resalta la baja cantidad de participantes de muestra donde se le da un mayor protagonismo al hecho de realizar ejercicio físico como meta, pudiendo descuidarse otros aspectos como la alimentación.

Moss et al<sup>43</sup>, Greaves et al<sup>44</sup> y Befort et al<sup>45</sup> lograron datos coincidentes, con una disminución ponderal mayor en el grupo control frente al grupo intervención, en un rango de diferencia de 3,15% a 0,2% (Tabla 2).

AUTOR	INTERVENCIÓN	MUESTRA	PESO	IMC	Diferencia de descenso PESO	Diferencia de descenso IMC
Moss et al <sup>43</sup>  2017	Grupo intervención: 2 sesiones personales de entrevista motivacional de 45 mins+ programa conductual para la pérdida de peso	69 personas	Descenso del 0,03%	-	3,15% p>0,05	-
	Grupo control: programa conductual para la pérdida de peso + 2 sesiones sobre historia de la salud, peso dieta y de actividad física estructuradas con la misma duración y frecuencia que el grupo intervención.	66 personas	Descenso del 3,18%	-		
Greaves et al <sup>44</sup>  2008	Grupo de intervención: hasta 11 sesiones durante 6 meses de una combinación de contacto personal y telefónico. La media de número de contactos personales fue de 8 y 1,5 de contactos telefónicos. de 34 minutos de media de duración.	72 personas	Descenso del 0,33%	-	1,58% *(p<0,05 entre pacientes que lograron al menos 5% de pérdida de peso en beneficio al grupo intervención)	-
	Grupo control: recomendaciones de dieta y actividad física.	69 personas	Descenso del 1,91%	-		
Befort et al <sup>45</sup>  2008	Grupo intervención: 4 sesiones individuales de 30 minutos de entrevista motivacional. En la semana 0 y 8 en persona, en la 3 y 13 semana, de manera telefónica+ programa conductual de 10 sesiones de 90 mins	21 mujeres	Descenso del 2,5%	Descenso del 2,5%	0,4% p>0,05	0,2% p>0,05
	Grupo control: información y asesoramiento didáctico evitando temas relevantes con la pérdida de peso con la misma duración y frecuencia+ programa	23 mujeres	Descenso del 2,9%	Descenso del 2,7%		

Tabla 2: Comparación de los estudios en el estado ponderal. Fuente: Elaboración propia.

Para comenzar, Moss et al<sup>43</sup> observó una diferencia de descenso de peso del 3,15% de media a favor del grupo control, aunque esta no fue estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). A pesar de tener grandes puntos positivos a valorar, como es que incluye el entrenamiento del personal que imparte la entrevista motivacional y que se graban las intervenciones en base a analizar su fiabilidad mediante el Tratamiento de Integridad de Entrevistas Motivacionales (MITI), se observó una reducción de peso en el grupo intervención de 0,03% únicamente, y un 3,18% en el grupo control a los 6 meses. No obstante, como se ha observado anteriormente, dos sesiones de entrevista motivacional resultan un tanto escuetas para observar un efecto, ya que se puede deducir que cuando se trata de cambio de hábitos para disminuir el peso, requiere de tiempo.

Diferenciándose del anterior, Greaves et al<sup>44</sup>, y Befort et al<sup>45</sup>, utilizaron ambos una combinación de contactos personales y telefónicos.

Greaves et al<sup>44</sup>, obtuvo una disminución de peso de un 1,91% en el grupo control, frente a un 0,33% en el grupo intervención a los 6 meses. Sin embargo, el dato más destacable que se arroja en su interior es que el grupo control obtenía un peso mayor al grupo intervención, 94,4kg de media frente a 91,6kg respectivamente. Lo cual, podría decirse que supone de mayor facilidad disminuir de peso cuando éste es mayor. Aun así, dicho artículo relata que una significativa mayor proporción de participantes lograron un 5% de pérdida de peso en el grupo intervención (24% en el grupo intervención frente un 7% en el grupo control).

Por último, Befort et al<sup>45</sup>, relató una menor diferencia entre la disminución del estado ponderal del grupo control e intervención. Así, logró una disminución de 2,5% en el peso e IMC en el grupo intervención, mientras que el grupo control experimentó una disminución de 2,9% de peso y 2,7% de IMC tras la intervención, no resultando esta significativa ( $p>0,05$ ). Al igual que en el ensayo anterior, el grupo control poseía un peso considerablemente mayor de media, 109,6kg frente a 103,7 kg. A ello, se le suma que las mujeres de la muestra eran de origen afroamericanas, por lo que pueden tener características diferentes a nuestra población para aumentar o disminuir el estado ponderal.

Contrariamente, Hardcastle et al<sup>46</sup> y Barnes et al<sup>47</sup> concluyeron que el grupo intervención sufrió un aumento ponderal (Tabla 3).

AUTOR	INTERVENCIÓN	MUESTRA	PESO	IMC	PESO P	IMC P
Hardcastle et al <sup>46</sup> 2013	Grupo intervención: hasta cinco sesiones de entrevista motivacional cara a cara (sin la obligación de asistencia a todas ellas) durante 6 meses de 20-30 mins	203 personas	Aumento del 0,5% $p>0,05$	Aumento del 0,06% $p>0,05$		
	Grupo control: Recibieron información escrita estándar, en forma de poster sobre dieta y ejercicio	131 personas	Aumento del 1,5% $p>0,05$	Aumento del 2% $p=0,01$		
Barnes et al <sup>47</sup> 2017	Grupo intervención: una sesión individual inicial de 1 hora en persona más cuatro sesiones adicionales de 20' de entrevista motivacional+apoyo de internet+contacto telefónico	30 personas	Aumento del 1,3%	Aumento del 1,37%	$p=0,056$	$p=0,053$
	Grupo de educación nutricional: información nutricional básica con la misma duración y frecuencia que el grupo anterior+ apoyo internet+ contacto telefónico	29 personas	Descenso del 1,7%	Descenso del 1,49%		

Tabla 3: Comparación de los estudios en el estado ponderal. Fuente: Elaboración propia.

Por un lado, Hardcastle et al<sup>46</sup> mostró un aumento del 0,5% y 0,06% en el peso e IMC ( $P>0,05$ ) en el grupo intervención, mientras que en el grupo control, un 1,5% y 2% a los 18 meses. Hay que señalar que, en este caso, la asistencia a las sesiones no era obligatoria y la media de asistencia fue de 2 sesiones, por lo que el efecto pudo verse alterado. Añadido a ello, no menciona cómo se midió el peso, pudiendo crearse un sesgo de instrumentación.

Por otro lado, Barnes et al<sup>47</sup> obtuvo un aumento de peso de 1,3% en el grupo intervención, y un descenso del 1,7% en el grupo de educación nutricional ( $p=0,056$ ). En cuanto al IMC, el grupo intervención sufrió un aumento del 1,37% y el grupo de educación nutricional un 1,49% ( $p=0,053$ ). Fue el único que observó dichos datos contradictorios donde disminuía el estado ponderal en el grupo control y, a su vez aumentaba en el grupo intervención al año. No obstante, resultó ser el único que utilizó la herramienta de internet, con una muestra realmente escueta. A pesar de ello, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

## 5.2 PERÍMETRO DE CINTURA

A continuación, presentamos el efecto de la entrevista motivacional en el perímetro de la cintura, medido en cm. Éste, se ha convertido en una herramienta clave para conocer si un individuo está en riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, ya que la grasa localizada en la zona abdominal eleva la posibilidad de generar dichas repercusiones<sup>7</sup>.

Son 5 artículos los que valoran dicha variable dependiente, y de ellos, 4 han observado una mayor disminución en el perímetro de cintura en el grupo de intervención frente al control (Tabla 4). Únicamente uno de ellos ha sufrido un descenso mayor en el grupo control (Tabla 5). De la misma forma que el anterior caso, se han ordenado los datos según las diferencias de disminución entre los grupos intervención y control.

AUTOR	INTERVENCIÓN	MUESTRA	PERÍMETRO DE CINTURA	Diferencia de descenso
<b>Mirkarimi k et al<sup>42</sup></b>	Grupo intervención: 5 sesiones grupales de 45-60 mins de entrevista motivacional + programa	30 mujeres	Descenso del 7,45%	4,45% P=0,001
	<b>2017</b>	Grupo control: Programa de pérdida de peso de 4 sesiones de 1h durante 2 semanas sobre actividad física y sus beneficios	30 mujeres	
<b>Tárraga Marcos et al<sup>35</sup></b>	Grupo intervención: Una sesión grupal de motivación de 1h cada 2 semanas de las semanas 1 a la 12, mensualmente de las semanas 13 a 32	60 personas	Descenso del 4,23%	3,23% P<0,001
	<b>2017</b>	Grupo control: Recomendaciones de pérdida de peso	59 personas	
<b>Saffari et al<sup>33</sup></b>	Grupo intervención: 5 sesiones presenciales e individuales de 60 minutos en el 1, 3, 6, 9 y 12 mes+ sesión educativa	170 mujeres	Descenso del 3,62%	2,79%
	<b>2014</b>	Grupo control: Sesión educativa sobre dieta y ejercicio	157 mujeres	
<b>Huber et al<sup>41</sup></b>	Grupo intervención: 7 llamadas telefónicas cada 2 semanas durante 3 meses de 20 mins de entrevista motivacional con recomendaciones de ejercicio y dieta	45 personas	Descenso del 3,78%	1,29% P=0,083
	<b>2015</b>	Grupo control: Panfletos institucionales sobre alimentación saludable y hábitos de ejercicio	45 personas	

Tabla 4: Comparación de los estudios en el perímetro de cintura. Fuente: Elaboración propia.

La diferencia de disminución de perímetro de cintura, donde el descenso es mayor en el grupo intervención que en el control, ha oscilado entre los siguientes porcentajes;4,45%-1,29% siendo estadísticamente significativa en 2 ensayos, y en uno no se especifica.

Mirkarimi et al<sup>42</sup> y Tárraga Marcos et al<sup>35</sup> obtuvieron la mayor diferencia de disminución de perímetro de cintura, siendo esta estadísticamente significativa ( $p \leq 0,001$ ). Así, Mirkarimi et al<sup>42</sup> relató un descenso de 7,45% en el grupo intervención, y un 3% en el grupo control a los 6 meses. No obstante, Tárraga Marcos et al<sup>35</sup> observó en el grupo intervención y control, una disminución del 4,23% y 1% respectivamente a los 2 años.

Como dato recalable, se ha identificado un efecto mayor en estas investigaciones mencionadas, donde se pone en marcha una entrevista motivacional de carácter grupal, pudiendo ser debido a diferentes factores, bien que se ha ejecutado de mejor forma, o bien, que entre los integrantes del grupo se han retroalimentado de motivación y de experiencias positivas.

A su vez, Saffari et al<sup>33</sup> obtuvo una diferencia de disminución del 2,79%, descendiendo en el grupo intervención un 3,62%, frente al grupo control, un 0,83% a los 12 meses. Aunque en esta ocasión no menciona que fuera o no estadísticamente significativa, la diferencia es notable.

De este modo, se arroja el dato de que la disminución del perímetro de cintura se ha mantenido a lo largo del tiempo en estos 3 ensayos, tanto a los 6 meses, como al año y los 2 años.

No obstante, a diferencia del resto, y concordante con los efectos producidos en el estado ponderal, Huber et al<sup>41</sup> obtuvo una menor diferencia de descenso de perímetro de cintura entre grupos, disminuyendo un 3,78% y 2,49% en el grupo intervención y control ( $p=0,083$ ). Así, respalda una vez más, que las intervenciones únicamente de contactos telefónicos pueden repercutir en menor medida para observar un efecto. Es más, menciona que las llamadas fueron llevadas a cabo por una persona entrenada en entrevista motivacional, sin especificar a qué entrenamiento fue sometida, pudiendo no encontrarse realmente capacitada para ello.

Por último, nos encontramos con un único artículo donde el grupo control experimentó una mayor disminución del perímetro (Tabla5).

AUTOR	INTERVENCIÓN	MUESTRA	PERÍMETRO DE CINTURA	Diferencia de descenso
<b>Greaves et al<sup>44</sup></b>  <b>2008</b>	Grupo de intervención: hasta 11 sesiones durante 6 meses de una combinación de contacto personal y telefónico. La media de número de contactos personales fue de 8 y 1,5 de contactos telefónicos. de 34 minutos de media de duración.	72 personas	1,54%	0,62%
	Grupo control: recomendaciones de dieta y actividad física.	69 personas	2,16%	

Tabla 5: Comparación de los estudios en el perímetro de cintura. Fuente: Elaboración propia.

Greaves et al<sup>44</sup> obtuvo una disminución del 2,16% en el grupo control, frente a un 1,54% en el grupo intervención. Hay que mencionar la escasa homogeneidad de los grupos en cuanto al perímetro de cintura, como ocurría con el peso anteriormente. Por ello, dificulta la comparabilidad de este en el efecto de la intervención.

Por ende, aunque son considerablemente menos artículos los que valoran el efecto de la entrevista motivacional en el perímetro de la cintura, no se ha observado aumento de este en ninguno, y casi la totalidad (4/5) han mostrado mayor disminución de este en el grupo intervención. No obstante, tan sólo se han mostrado diferencias estadísticamente significativas en dos ensayos. Cierto es que en la muestra eran protagonistas las mujeres, que obtienen una capa adiposa más distribuida por otras partes del cuerpo, por lo que ha podido verse dificultada la observación de los resultados.

Como conclusión, por todo lo dicho anteriormente, bajo mi criterio y después de dichos resultados, para poder lograr efectividad en procesos de reducción de peso en los adultos con sobrepeso/obesidad, emplearía una entrevista motivacional siempre complementada con educación sobre ejercicio físico y dieta, mayor a dos sesiones y con una duración media de 1 hora, bien de carácter individual o grupal y de forma presencial, es decir, cara a cara.

## 6. CONCLUSIONES

Esta revisión crítica ha estudiado el efecto de la entrevista motivacional en los procesos de reducción de peso. La entrevista motivacional como eje de las intervenciones empleadas en los diferentes estudios ha resultado realmente heterogénea en relación al modo (carácter individual, grupal, presencial, telefónico...), número de sesiones, duración, periodicidad (semanal, quincenalmente...) y profesional que la imparte. A pesar de ello y los datos contradictorios que se han obtenido, se puede decir que la entrevista motivacional podría tener un efecto en la reducción del estado ponderal, puesto que 9/15 artículos han obtenido diferencias estadísticamente significativas. No obstante, en el perímetro de cintura, aunque han sido 2/5 ensayos los que han hallado diferencias estadísticamente significativas, empleando una lógica fisiológica, también podría tener un efecto en este.

Tras realizar un análisis crítico de los estudios seleccionados, en términos generales, han sido más efectivas aquellas intervenciones con un número mayor de sesiones, en concreto mayor a 2, con una duración de 45-60 minutos. Esta necesidad de contundencia en las intervenciones puede ser debido a que el cambio de hábitos trata de un gran desafío y requiere de tiempo y esfuerzo, ya que nuestras conductas del día a día se encuentran tremendamente arraigadas y ello se intensifica aún en mayor medida en la edad adulta. Asimismo, han sido efectivas las entrevistas motivacionales tanto grupales como individuales, siempre combinadas con un programa de pérdida de peso o recomendaciones sobre los beneficios de la dieta y la actividad física para informar o reforzar información sobre los hábitos saludables. Es más, las intervenciones ejecutadas cara a cara han experimentado mayor efecto que aquellas que han ido combinadas con contactos telefónicos. La entrevista motivacional ha parecido provocar un mayor efecto en las mujeres que en los hombres.

Los profesionales de enfermería han de implicarse en el fortalecimiento y ejecución de herramientas que posibiliten el aumento de la motivación de los pacientes, siendo este el motor para el cambio de hábitos poco saludables. Este trabajo, pretende enriquecer la práctica enfermera, dando a conocer una herramienta existente en la actualidad capaz de propiciar beneficios tanto al profesional como al paciente. Las enfermeras deben proporcionar una atención integral, personalizada y humana a sus pacientes, sensibilizándose con sus necesidades emocionales y mejorando la relación terapéutica entre ambos basándose en la evidencia científica

Cabe destacar que esta revisión crítica de la literatura cuenta con una serie de limitaciones a considerar.

Primeramente, se dificulta la extrapolación a toda la población. Esto es debido principalmente a dos aspectos. Para comenzar, 7 de los 15 artículos seleccionados tratan exclusivamente de mujeres, y en muchos otros son las mujeres las que se encuentran en mayor medida, por lo que el efecto en los hombres podría verse alterado. A esto se suma que se encuentran únicamente

2 ensayos procedentes de España, y la fluctuación de la motivación podría estar vinculada con la cultura que posee cada individuo.

Como otra limitación se encuentra que la mayoría de ensayos no mencionan que han analizado la motivación basal de los participantes de su muestra, dato clave para desarrollar la entrevista motivacional. Es más, dichas personas podrían encontrarse en estadios de motivación diferentes y obtener mayores o menores reducciones en los datos antropométricos. Añadido a ello, no se especifica en todos los ensayos cómo se ha entrenado a los que imparten las entrevistas motivacionales, por lo que podrían crearse sesgos en la manera de llevar a cabo la herramienta.

Por último, sería recomendable continuar con la investigación de la entrevista motivacional, ya que podría disminuir gastos y mejorar la atención ofrecida a las personas con sobrepeso y/o obesidad. En esta misma línea, cabe destacar la necesidad de la investigación del efecto de dicha herramienta en mayor medida en los hombres, o bien, la repercusión en personas con diferentes clases de obesidad y teniendo en cuenta la motivación de los participantes. Del mismo modo, se resalta la investigación en la obesidad infanto-juvenil, ya que también se encuentra en auge.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]
2. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012;23(2):124-128.
3. Díaz Y, Torres Y, Despaigne C, Quintana Y. La obesidad: un desafío para la Atención Primaria de Salud. Revista Información Científica. 2018; 97(3): 1-11.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2017. Gobierno de España. 2018. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf) [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]
5. Barroso M et al. Interaction between cardiovascular risk factors and body mass index and 10-year incidence of cardiovascular disease, cancer death, and overall mortality. Prev Med. 2018;107:81-89.
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Porcentaje de personas con obesidad, por sexo según comunidad autónoma. 2017. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla10.htm> [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]
7. Coduras Martínez A., Del Llano Señarís J., Gol-Montserrat J. La obesidad en España y sus consecuencias. Fundaciongasparcasal.2019. Disponible en: [https://fundaciongasparcasal.org/publicaciones/Libro-obesidad-y\\_consecuencias.pdf](https://fundaciongasparcasal.org/publicaciones/Libro-obesidad-y_consecuencias.pdf) [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OCDE. La pesada carga de la obesidad. 2019. Disponible en: <https://www.oecd.org/spain/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-SPAIN-In-Spanish.pdf> [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]
9. Wright SM, Aronne LJ. Causes of obesity. Abdominal Imaging. 2012; 37:730–732.
10. National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Disponible en: [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob\\_gdlns.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf) [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]

11. National Institutes of Health. What causes overweight and obesity? Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/causes> [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]
12. Collins J, Bentz J. Behavioral and Psychological Factors in Obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*. 2009; 4:124–127.
13. National Obesity Observatory. Obesity and Mental Health. 2011. Disponible en: [https://khub.net/c/document\\_library/get\\_file?uuid=18cd2173-408a-4322-b5776aba3354b7ca&groupId=31798783](https://khub.net/c/document_library/get_file?uuid=18cd2173-408a-4322-b5776aba3354b7ca&groupId=31798783) [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]
14. Álvarez-Castaño LS, Goez-Rueda JD, Carreño-Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012;11(23):98-110.
15. Sumithran P, Delbridge E, Purcell K, Shulkes A, Kriketos A, Proietto J. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *New England Journal of Medicine*. 2011; 365:1597–1604.
16. Schwartz A, Doucet E. Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. *Obesity Review*. 2010; 11:531–547.
17. Sumithran P, Proietto J. The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. *Clinical Science*. 2012;124(4):231-241.
18. Crujeiras, A et al. Weight Regain after a Diet-Induced Loss Is Predicted by Higher Baseline Leptin and Lower Ghrelin Plasma Levels. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2010; 95(11):5037–5044.
19. Yuen M, Earle R, Kadambi N. A systematic review and evaluation of current evidence reveals 195 obesity-associated disorders. 2016.
20. Cabrerizo L, Rubio MA, Ballesteros D, Moreno C. Complicaciones asociadas a la obesidad. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2008;14(3):156-162.
21. Tamayo D., Restrepo M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Rev Psicol univ antioquia*. 2014; 6(1):91-112.
22. Velásquez CF, Palomino JC, Ticse R. Relación entre el estado nutricional y los grados de ausentismo laboral en trabajadores de dos empresas peruanas. *Acta Med Peru*. 2017;34(1):6-17.
23. Whitlock G et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009; 373:1083-1096.
24. Alonso M, Furió E. Los costes de la obesidad y el sobrepeso. Disponible en:

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01764899/document> [Accedido el 1 de Noviembre de 2019]

25. Bezerra F et al. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm. Glob.* 260-269.
26. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.*2006;29(3): 7-17.
27. Rollnick S, Miller WR. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. 3ªedición.2015.
28. Hettema J, Steele J, Miller WR. Entrevista Motivacional. *RET.* 2007; 52:3-24.
29. Lizarraga S., Ayarra M. Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra.*2001;24(2):43-53.
30. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2004.
31. Porcar Serrador R, Ruiz Hontangas A. La comunicación y la entrevista motivacional en la relación terapéutica enfermera en Atención Primaria: revisión bibliográfica. *RIdeC* 2019; 12(2):38-46.
32. Rivera Mercado S, Francisca Villouta Cassinelli M, Ilabaca Grez A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria?. *Atención Primaria.* 2008;40(5):257-261.
33. Safari M, Pakpour AH, Mohammadi-Zeidi I, Samadi M, Chen H. Long-Term Effect of Motivational Interviewing on Dietary Intake and Weight Loss in Iranian Obese/Overweight Women. *Health Promot Perspect* 2014;4(2):206-213.
34. Mirkarimi K, Mostafavi F, Ozouni-Davaji RB, Eshghinia S, Ali Vakili M. The Effect of Weight Loss Program on Overweight and Obese Females Based on Protection Motivation Theory. *Iran Red Crescent Med J.* 2017; 19(1): 1-8.
35. Tárraga Marcos ML et al. Análisis de relevancia clínica aplicado a 3 métodos de reducción de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad seguidos durante un año. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2017.
36. Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad K, Coit C, Harper J, Versland A. Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: A stepped-care approach. *Health Psychology.* 2007; 26(3), 369–374.
37. DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating Behav* 2009;10(2):134-136.

38. West DS, DiLillo, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30(5): 1081–1087.
39. Karlsen K, Humaidan P, Sørensen LH, Alsbjerg B, Ravn P. Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese women prior to fertility treatment. *Gynecological Endocrinology* 2013;29(9):839-842.
40. Rodriguez-Cristobal JJ, Alonso Villaverde C, Panisello JM, Trevé-Mercade P, Rodriguez-Cortés F, Marsal JR, Peña E. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC Family Practice*. 2017; 18(74):1-8.
41. Huber JM, Shapiro JS, Wieland ML, Croghan IT, Vickers Douglas KS, Schroeder DR, Ebbert JO. Telecoaching plus a portion control plate for weight care management: a randomized trial. *Trials*. 2015; 16(1).
42. Mirkarimi K et al. Modifying attitude and intention toward regular physical activity using protection motivation theory: a randomized controlled trial. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2017;23(8):543-550.
43. Moss EL, Tobin LN, Campbell TS, Von Ranson KM. Behavioral weight-loss treatment plus motivational interviewing versus attention control: lessons learned from a randomized controlled trial. *Trials* 2017;18(1):351.
44. Greaves CJ et al. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2008 Aug;58(553):535-540.
45. Befort CA, Nollen N, Ellerbeck EF, Sullivan DK, Thomas JL, Ahluwalia JS. Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *J Behav Med* 2008;31(5):367.
46. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013; 10(40): 2-16.
47. Barnes RD, Ivezaj V, Martino S, Pittman BP, Grilo CM. Back to Basics No Weight Loss from Motivational Interviewing Compared to Nutrition Psychoeducation at One-Year Follow-Up. *Obesity Journal*. 2017; 25(12):2074-2078.

# 8. ANEXOS

## 8.1 ANEXO 1: Tabla de conceptos y palabras clave

Concepto	Sinónimo (lenguaje natural)	Inglés	Descriptor (lenguaje controlado)		
<b>Entrevista motivacional</b>	Apoyo psicológico	Motivational interviewing	<b>Medline:</b> Motivational interviewing	<b>Pubmed:</b> Motivational interviewing	<b>Pscinfo:</b> Motivational interviewing
			<b>Cinahl:</b> Motivational interviewing	<b>Cuiden:</b> "Entrevista motivacional"	<b>Cochrane:</b> Motivational interviewing
<b>Obesidad</b>	Sobrepeso	Obesity Overweight	<b>Medline:</b> Obesity Overweight	<b>Pubmed:</b> Obesity Overweight	<b>Pscinfo:</b> Obesity Overweight
			<b>Cinahl:</b> Obesity	<b>Cuiden:</b> Sobrepeso Obesidad	<b>Cochrane:</b> Obesity Overweight
<b>Pérdida de peso</b>	Reducción de peso	Weight loss Weight reduction	<b>Medline:</b> Weight loss	<b>Pubmed:</b> Weight loss	<b>Pscinfo:</b> Weight loss
			<b>Cinahl:</b> Weight loss	<b>Cuiden:</b> Pérdida de peso	<b>Cochrane:</b> Weight loss

## 8.2 ANEXO 2: Proceso de búsqueda bibliográfica

BASES DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA PROBADA	RESULTADOS	RESULTADOS ELEGIDOS SEGÚN TÍTULO/ABSTRACT	OBSERVACIONES
<b>Medline 1</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss	15	-	Búsqueda escueta y poco focalizada, por ello decido continuar con la búsqueda
<b>Medline 2</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss  Limited to:(2004-current) (all adult) (abstract)	12	-	Decido añadir límites para orientar la edad de la población y los años de publicación.  Aun así, debido a la escasez de artículos totales decido continuar con la búsqueda
<b>Medline 3</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight)  Limited to:(2004-current) (all adult) (abstract)	45	<b>13 artículos válidos para primera lectura.</b>	Se amplía la búsqueda, siendo ésta efectiva. De este modo, obtengo un mayor número de resultados con un considerable número de artículos válidos.
<b>Pubmed 1</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss	143	-	Búsqueda demasiado extensa, decido delimitar incorporando límites.
<b>Pubmed 2</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss	77	<b>19 artículos válidos para la primera lectura.</b>	Búsqueda más delimitada y efectiva, obteniendo gran número de artículos válidos, aunque en comparación con la

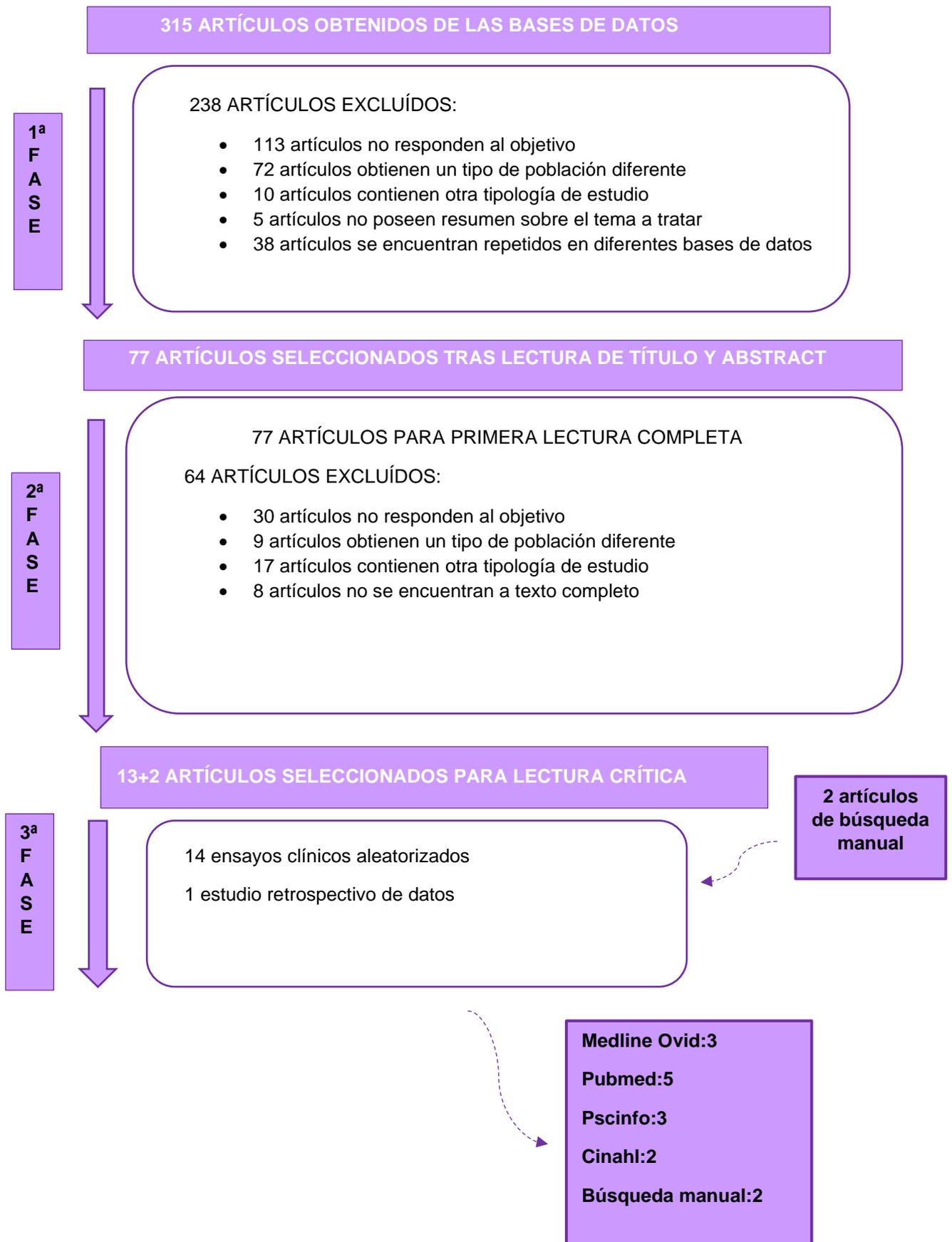
	Limited to:(abstract), (2004-2019), humans, 19+)			totalidad se quede escueto.
<b>Pscinfo</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss AND  Limited to:(2004- 2019) (humans) (18 and older)	47	<b>14 artículos válidos para primera lectura.</b>	Búsqueda efectiva, sin embargo, he descartado más de la mitad de los artículos para la primera lectura. Es más, muchos de ellos se repiten en búsquedas anteriores.
<b>Cinahl</b>	Motivational interviewing AND obesity AND weight loss  Limited to:( 2004- current) (all adult)	42	<b>16 artículos válidos para la primera lectura.</b>	Se descartan 26 artículos, de ellos, la mayoría no sigue el mismo objetivo.
<b>Cuiden 1</b>	Entrevista clínica AND (sobrepeso OR obesidad) AND pérdida de peso	0	0	No búsqueda efectiva, ya que no he obtenido ningún artículo.
<b>Cuiden 2</b>	Entrevista clínica AND (sobrepeso OR obesidad)	22	<b>1 artículo válido para primera lectura</b>	Amplió la búsqueda. No obstante, tan sólo obtengo un artículo para la primera lectura.

BASES DE PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA PROBADA	RESULTADOS	RESULTADOS ELEGIDOS SEGÚN TÍTULO/ABSTRACT	OBSERVACIONES
<b>RNAO 1</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss	0	0	Búsqueda inefectiva, ya que no he obtenido artículos

<b>RNAO 2</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight)	0	0	Amplío búsqueda. Sin embargo, sigue sin ser efectiva. Decido terminar de ampliar, ya que va a ser mucho más inespecífica.
<b>Cochrane 1</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss	0	0	Búsqueda no efectiva, ya que no obtengo ningún artículo.
<b>Cochrane 2</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight)	82	<b>14 artículos válidos para primera lectura</b>	Búsqueda válida, aunque he descartado gran número de artículos ya que en su mayoría la finalidad o edad a objeto de estudio no coincidía con la del estudio

<b>BÚSQUEDA MANUAL</b>	<b>ECUACIÓN DE BÚSQUEDA PROBADA</b>	<b>RESULTADOS ELEGIDOS SEGÚN TÍTULO/ABSTRACT</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Science Direct 1</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss	0	No obtengo ningún artículo nuevo que siga el objetivo y/o los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Búsqueda no efectiva.
<b>Science Direct 2</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight)	0	Decido ampliar la búsqueda, obteniendo el mismo resultado. Búsqueda no efectiva.
<b>Fisterra</b>	Entrevista motivacional	0	Búsqueda no efectiva, ya que únicamente he obtenido 2 artículos y no eran ninguno de ellos válidos.
<b>Google académico</b>	Motivational interviewing AND (obesity or overweight) AND weight loss	<b>2 artículos válidos para primera lectura</b>	Búsqueda con multitud de artículos disponibles, pero de ellos, he seleccionado dos, ya que se repetían la mayoría de búsquedas anteriores.

### 8.3 ANEXO 3: Diagrama de flujo



## 8.4 ANEXO 4: Lectura crítica de los artículos seleccionados

### ANEXO 4.1: Lista de artículos seleccionados para lectura crítica

1	Saffari M, Pakpour AH, Mohammadi-Zeidi I, Samadi M, Chen H. Long-Term Effect of Motivational Interviewing on Dietary Intake and Weight Loss in Iranian Obese/Overweight Women. <i>Health Promot Perspect</i> 2014;4(2):206-213.
2	Rodriguez-Cristobal JJ, Alonso Villaverde C, Panisello JM, Trevé-Mercade P, Rodriguez-Cortés F, Marsal JR, Peña E. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. <i>BMC Family Practice</i> . 2017; 18(74):1-8.
3	Mirkarimi K, Mostafavi F, Ozouni-Davaji RB, Eshghinia S, Ali Vakili M. The Effect of Weight Loss Program on Overweight and Obese Females Based on Protection Motivation Theory. <i>Iran Red Crescent Med J</i> . 2017; 19(1): 1-8.
4	Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger, MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. <i>International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</i> . 2013; 10(40): 2-16.
5	Moss EL, Tobin LN, Campbell TS, von Ranson KM. Behavioral weight-loss treatment plus motivational interviewing versus attention control: lessons learned from a randomized controlled trial. <i>Trials</i> 2017;18(1):351.
6	West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. <i>Diabetes Care</i> . 2007;30(5): 1081–1087.
7	Huber JM, Shapiro JS, Wieland ML, Croghan IT, Vickers Douglas KS, Schroeder DR, Ebbert JO. Telecoaching plus a portion control plate for weight care management: a randomized trial. <i>Trials</i> . 2015; 16(1).
8	Mirkarimi K et al. Modifying attitude and intention toward regular physical activity using protection motivation theory: a randomized controlled trial. <i>Eastern Mediterranean Health Journal</i> . 2017;23(8):543-550.
9	Barnes RD, Ivezaj V, Martino S, Pittman BP, Grilo CM. Back to Basics No Weight Loss from Motivational Interviewing Compared to Nutrition Psychoeducation at One-Year Follow-Up. <i>Obesity Journal</i> . 2017; 25(12):2074-2078.
10	Greaves CJ et al. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. <i>Br J Gen Pract</i> 2008 Aug;58(553):535-540.
11	DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. <i>Eating Behav</i> 2009;10(2):134-136.
12	Befort CA, Nollen N, Ellerbeck EF, Sullivan DK, Thomas JL, Ahluwalia JS. Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. <i>J Behav Med</i> 2008;31(5):367.
13	Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad K, Coit C, Harper J, Versland A. Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: A stepped-care approach. <i>Health Psychology</i> . 2007; 26(3), 369–374.
14	Tárraga Marcos ML et al. Análisis de relevancia clínica aplicado a 3 métodos de reducción de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad seguidos durante un año. <i>Hipertens Riesgo Vasc</i> . 2017.
15	Karlsen K, Humaidan P, Sørensen LH, Alsbjerg B, Ravn P. Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese women prior to fertility treatment. <i>Gynecological Endocrinology</i> 2013;29(9):839-842.

**ANEXO 4.2:** Lectura crítica de un estudio de investigación cuantitativa

	<b>CRITERIOS</b>	<b>1</b>	Saffari M, Pakpour AH, Mohammadi-Zeidi I, Samadi M, Chen H. Long-Term Effect of Motivational Interviewing on Dietary Intake and Weight Loss in Iranian Obese/Overweight Women. Health Promot Perspect 2014;4(2):206-213.
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	<b>SÍ</b>	Identifica y responde a los componentes que constituyen el PICO:  (P): Mujeres iraníes mayores de edad con sobrepeso/obesidad  (I): Sesión educativa sobre dieta y ejercicio físico + entrevista motivacional  (C): Sesión educativa sobre dieta y ejercicio físico  (O): cambios del hábito alimentario, el peso corporal y los marcadores metabólicos
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	<b>SÍ</b>	Ya que se trata de un ensayo controlado aleatorizado. Dicho diseño concuerda con el objetivo de analizar la efectividad de la entrevista motivacional en los hábitos alimentarios, en la reducción del peso corporal y marcadores metabólicos. Es más, este tipo de estudio, es el que más sesgos controla, es decir, el que evita en mayor medida aquellas condiciones capaces de enmascarar los resultados del estudio.
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	<b>SÍ/NO</b>	No se especifica la duración de la sesión educativa sobre la dieta y ejercicio físico que se imparte a ambos grupos, aunque menciona qué conceptos se abordan. No obstante, explica la duración y tiempo en que se realizan las sesiones de entrevista motivacional y se especifica qué elementos se abordan en cada una de ellas.
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	<b>SÍ</b>	Se describen los criterios de inclusión y exclusión utilizados en el estudio.  Criterios de inclusión: IMC:25-35, edad>18, no participar en ningún programa de pérdida de peso y uso de medicamentos contra la obesidad, ausencia de condiciones patológicas que pueden conducir a la obesidad, capacidad de leer y escribir  Criterios de exclusión: Enfermedades cardiovasculares, discapacidad en el movimiento, trastornos psicológicos, ausencia de más de una sesión de entrevista motivacional.
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	<b>SÍ</b>	Se menciona que se utilizó un muestreo aleatorio de múltiples etapas. De los 8 centros de salud que se encuentran en Qazvin, Iran, 4 centros fueron seleccionados aleatoriamente. De ellos, los participantes fueron aleatorizados a un grupo control o experimental.

	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	SI/NO	Mencionan que un análisis sugirió que un mínimo de 150 pacientes era necesario para lograr una diferencia de 0,75 kg / m <sup>2</sup> en el IMC entre el grupo experimental y grupo control. Sin embargo, no menciona haberlo calculado el propio estudio. No obstante, en este ensayo se ha seleccionado un número mayor de participantes, concretamente, 327. Por lo que se deduce que se evita el sesgo de pertenencia estadística
Control de sesgos	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	SÍ	Se supone que los datos antropométricos están medidos correctamente mediante los indicadores del peso IMC y perímetro de cintura. Ya que concreta que se pesó a los participantes con ropa ligera usando una balanza digital calibrada. También menciona cómo se midió el perímetro de la cintura y que todos los datos se recogieron por enfermeras entrenadas.
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	SÍ	Puesto que han realizado una medición de las variables de confusión tanto en el grupo experimental como en el de control. Han tenido en cuenta lo siguiente: La edad, estado marital, estado ocupacional, nivel académico. Sin embargo, no han tenido en cuenta por ejemplo el tiempo libre que tienen para realizar la comida, su nivel adquisitivo... No obstante, atendiendo a la p (p>0,05), se estima que los grupos son homogéneos en función a estas.
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	NO	No. Dada la naturaleza del estudio, en la que el grupo control no recibía más sesiones a parte de la inicial, menciona que no pudo realizarse con doble ciego.
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	SÍ	Ya que concreta la efectividad de la intervención llevada a cabo, es decir, la entrevista motivacional. Explica que se observaron diferencias estadísticamente significativas en la disminución del peso e IMC entre el grupo intervención y control (p<0,001).
Valoración final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	SÍ	A pesar de los posibles sesgos, creo poder confiar en los resultados obtenidos.

**ANEXO 4.3:** Tabla de lectura crítica de estudios de investigación cuantitativa

CRITERIOS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Objetivos e hipótesis</b>	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SI	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
<b>Diseño</b>	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	SÍ	SÍ	SÍ	NO
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	SI/NO	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
<b>Población y muestra</b>	¿Se identifica y describe la población?	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	SÍ	SÍ	SI	SI	SI	SI
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	SÍ	SI	SÍ	SI	SI	NO
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	SI/NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
<b>Control de sesgos</b>	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SÍ	NO	SÍ	SI	SI	NO
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	SI	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada?	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO
<b>Resultados</b>	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	SÍ	SI	SI	SI	SI	SI
<b>Valoración final</b>	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI	SI

## 8.5 ANEXO 5: Tabla de resumen de los artículos seleccionados.

\*Se encuentran ordenados según el orden del anexo 4.

Referencia	Saffari M, Pakpour AH, Mohammadi-Zeidi I, Samadi M, Chen H. Long-Term Effect of Motivational Interviewing on Dietary Intake and Weight Loss in Iranian Obese/Overweight Women. Health Promot Perspect 2014;4(2):206-213	
Base de datos	Pubmed	
País	Irán	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado	
Objetivo	Investigar el impacto a largo plazo de la intervención de entrevista motivacional sobre los cambios de hábitos alimenticios, peso corporal y marcadores metabólicos en mujeres iraníes con sobrepeso y obesidad.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>327 mujeres fueron seleccionadas, de las cuales; 157 en el grupo control y 170 en el grupo intervención</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u>            IMC:25-35, edad&gt;18, no participar en ningún programa de pérdida de peso y uso de medicamentos contra la obesidad, ausencia de condiciones patológicas que pueden conducir a la obesidad, capacidad de leer y escribir</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u>            Enfermedades cardiovasculares, discapacidad en el movimiento, trastornos psicológicos, ausencia de más de una sesión de entrevista motivacional.</p>	<p><u>-Grupo control:</u> una sesión educativa sobre la importancia de la dieta baja en calorías y en grasas, así como la actividad física, impartida por un psicólogo clínico con la asistencia de un nutricionista en los centros de salud para todos los participantes.</p> <p><u>-Grupo Intervención de entrevista motivacional:</u> recibieron la misma sesión educativa que el grupo control además de 5 sesiones presenciales e individuales de 60 minutos en el 1, 3, 6, 9 y 12 mes.</p>	<p>A los 12 meses:</p> <p>El peso se redujo en mayor medida en el grupo intervención en un 3,89% frente a un 1,74% en el control (p&lt;0,001).</p> <p>El IMC también se redujo, consiguiendo así un 11,56% de pérdida en grupo intervención y 5,10% en el grupo control (p&lt;0,001).</p> <p>El perímetro de cintura disminuyó en el grupo intervención en un 3,62%, mientras que en el grupo control un 0,83%.</p>
<p>Palabras clave:            Motivational interviewing, Obesity, BMI, Dietary intake, Women</p>		

Referencia	Rodriguez-Cristobal JJ, Alonso Villaverde C, Panisello JM, Trevé-Mercade P, Rodriguez-Cortés F, Marsal JR, Peña E. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. BMC Family Practice. 2017; 18(74):1-8.		
Base de datos	Pubmed		
País	España		
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico		
Objetivo	Evaluar si una intervención motivacional grupal es más efectiva que una intervención tradicional aislada sobre la pérdida de peso y su mantenimiento		
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>	
864 pacientes entre 30 y 70 años de edad con sobrepeso/obesidad. 446 pacientes asignados al grupo control (122 hombres y 324 mujeres), 400 pacientes al grupo intervención (71 hombre y 329 mujeres al grupo intervención. Criterios de exclusión: Pacientes con patología clínica severa, obesidad secundaria, trastornos sensoriales severos capaces de interferir con la intervención motivacional, trastornos psiquiátricos graves	- <u>Grupo control</u> : consejos sobre cambios en el estilo de vida, ejercicio físico y dieta hipocalórica ofrecidos por sus médicos cada 3 meses - <u>Grupo intervención motivacional</u> : Idéntico tratamiento al grupo control + aprox. 10 sesiones grupales de 1 hora impartidas por una enfermera entrenada por un psicólogo experto (de la semana 1 a la 12 cada 15 días y de la semana 13 a la 32, mensuales)	El primer año: podemos observar que el grupo intervención disminuyó de peso en un 1,8kg de media frente a un 1,3 kg(p>0,05). El segundo año: En el segundo año, se obtuvo una disminución de 2,5kg (2,92%) en el grupo intervención, mientras que en el control se dio un 1kg (1,15%) logrando diferencias significativas entre ambos (p=0,02).	
Palabras clave: Overweight, Obesity, Motivational interview, Weight-loss, Cardiovascular risk factors			

Referencia	Mirkarimi K, Mostafavi F, Ozouni-Davaji RB, Eshghinia S, Ali Vakili M. The Effect of Weight Loss Program on Overweight and Obese Females Based on Protection Motivation Theory. Iran Red Crescent Med J. 2017; 19(1): 1-8.		
Base de datos	Pubmed		
País	Irán.		
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado simple ciego.		
Objetivo	Examinar si la adición de entrevista motivacional y entrevista motivacional + implementación de intención a un programa de educación estándar para la pérdida de peso en mujeres con sobrepeso y obesidad puede promover que reduzcan el mismo.		
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>	
150 mujeres con sobrepeso y obesidad de 19 a 67 años de edad Criterios de inclusión: Índice de masa corporal (IMC) que oscila entre 25 y 29,9 (sobrepeso) y 30 y 35 (obesidad), falta de enfermedades tales como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y tiroideas enfermedades y consumo de drogas que pueden interferir con el apetito y peso, querer participar en el estudio, saber leer y escribir Criterios de exclusión: Embarazo, enfermedades disruptivas de la dieta durante la intervención, incapacidad para hacer ejercicio, ausencia de más de dos sesiones	3 grupos formados por 50 mujeres cada uno: - <u>Grupo control</u> (G1):4 sesiones grupales en 2 semanas de 45-60 minutos de duración por sesión de educación nutricional basada en la dieta, la ingesta diaria de energía y los métodos de pérdida de peso por un especialista en educación de salud y nutrición. - <u>Grupo Entrevista motivacional</u> (G2): 5 sesiones grupales de 45-60 minutos de duración impartidas durante dos semanas por un psicólogo entre 7 y 10 sujetos por sesión. - <u>Doble intervención</u> (G3):Programa de implementación de la intención (II) combinado con Entrevista motivacional: las dos intervenciones anteriores sumadas a un calendario de dieta detallado y escribiendo una frase de intención	La pérdida de peso disminuyó en el G2 un 4,16% y un 6,28% a los 2 y 6 meses respectivamente. En el G3 3,40% y 6,05%. El grupo control, a los 6 meses adquirió una disminución del 0,98%, sufriendo un aumento de peso del 0,67% entre el segundo y sexto mes. (En el G2 y G3 p=0,001) El IMC en el G2 disminuyó en un 4,03% y un 6,15%. En el G3 en un 3,29% y un 5,79% El G1 disminuyó en un 0,76% a los 6 meses (G2 VS G1 p <0,003)	
Palabras clave: Motivational Interviewing, Weight Reduction Programs, Psychological Theory, Humans			

Referencia	Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger, MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2013; 10(40): 2-16.	
Base de datos	Medline Ovid	
País	Reino Unido	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado	
Objetivo	Evaluar la a efectividad de una intervención de entrevista motivacional de baja intensidad durante seis meses en un entorno de atención primaria del Reino Unido para mantener las reducciones en los factores de riesgo cardiovascular, el peso, IMC y la actividad física a los 12 meses después de la intervención.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>Participaron un total de 334 pacientes, de los cuales 203 fueron asignados al grupo intervención de entrevista motivacional, y 131 al grupo control.</p> <p>Criterios de inclusión: 18 a 65 años que presentaran al menos uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exceso de peso (IMC de 28 o más) (99%)</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Hipercolesterolemia</li> </ul>	<p><u>-Grupo intervención:</u> Información de ejercicio y nutrición estándar + hasta cinco sesiones de entrevista motivacional cara a cara de 20-30mins (sin la obligación de asistencia a todas ellas) impartidas por un especialista en actividad física y un dietista durante un período de 6 meses.</p> <p><u>-Grupo control:</u> Recibieron información escrita estándar, en forma de poster con pautas de estilo de vida; consumo de cinco porciones de frutas y verduras por día, la ingesta de grasas recomendada y la recomendación de realizar actividad física durante 30 minutos, al menos cinco veces por semana, y los beneficios fisiológicos y psicológicos de dicha actividad, con un cuestionario sobre ello al final.</p>	<p>En cuanto al peso, el grupo intervención logró una disminución del 0,66% a los 6 meses. No obstante, ambos grupos sufrieron un aumento de peso entre la línea de base y los 18 meses, obteniendo un ascenso del 0,5% en el grupo intervención (<math>p&gt;0,05</math>) y 1,5% en el grupo control (<math>p&gt;0,005</math>).</p> <p>Cierto es que en pacientes obesos el IMC en el grupo intervención disminuyó en un 1,05% a los 6 meses, mientras que en el grupo control aumentó un 0,20%. (<math>p&lt;0,05</math>).</p> <p>El IMC presentó un aumento a los 18 meses en el grupo intervención y grupo control, un 0,06% (<math>p&gt;0,05</math>) y un 2% respectivamente (<math>p=0,001</math>).</p>
<p>Palabras clave: Motivational interviewing, Health promotion, Obesity, Blood pressure, Cholesterol, Physical activity, Diet</p>		

Referencia	Moss EL, Tobin LN, Campbell TS, Von Ranson KM. Behavioral weight-loss treatment plus motivational interviewing versus attention control: lessons learned from a randomized controlled trial. <i>Trials</i> 2017;18(1):351.	
Base de datos	Cinahl	
País	Canadá	
Tipo de estudio	Estudio controlado aleatorizado doble ciego	
Objetivo	Examinar la efectividad de añadir dos entrevistas motivacionales a un programa conductual de pérdida de peso para la pérdida de este en personas con sobrepeso/obesidad.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>135 participantes fueron reclutados en total, 30 hombres y 105 mujeres. 69 pacientes fueron asignados al grupo intervención, y 66 al grupo control.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> Mayores de 18 años, IMC &gt;25 <u>Criterios de exclusión:</u> Embarazo o intención de quedarse embarazada en los próximos 9 meses, problemas de salud que puedan interferir en la participación de actividad física, concurrente participación en otro programa de pérdida de peso</p>	<p><u>-Grupo intervención:</u> 2 sesiones de entrevista motivacional personal de 45 minutos impartidas por profesionales entrenados y supervisados + programa conductual para la pérdida de peso.</p> <p><u>-Grupo control:</u> programa conductual para la pérdida de peso + 2 sesiones sobre historia de la salud, peso dieta, y hábitos dietéticos y de actividad física estructuradas con la misma duración y frecuencia que el grupo intervención.</p>	<p>El peso se redujo en ambos grupos desde la línea de base hasta el fin del programa, aunque en el grupo control en mayor medida, en un 5,06%, mientras que en el grupo intervención, un 3,98%.</p> <p>No obstante, el grupo intervención recuperó casi la totalidad del peso perdido a los 6 meses, observando una disminución del 0,03% respecto a la línea de base. A diferencia del grupo control, manteniendo la pérdida de peso en un 3,18%.</p> <p>No se hallaron diferencias significativas entre ambos (<math>p &gt; 0,05</math>).</p>
<p>Palabras clave: Obesity, Motivational interviewing, Behavioral weight loss, Motivation, Treatment</p>		

Referencia	West DS, DiLillo, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. <i>Diabetes Care</i> . 2007;30(5):1081–1087.	
Base de datos	Cinahl	
País	Estados Unidos	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado	
Objetivo	Determinar si la adición de entrevista motivacional en un programa conductual de control de peso mejora los resultados de disminución de peso y control glucémico en mujeres con sobrepeso y diabetes Mellitus tipo 2.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>Un total de 217 mujeres fueron reclutadas, de las cuales; 109 fueron asignadas al grupo experimental, y 108 al grupo control.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> Mujeres con diabetes mellitus tipo 2 con medicamentos orales y no insulina, con sobrepeso, pero sanas y capaces de caminar para hacer ejercicio <u>Los criterios de exclusión:</u> Embarazo, pérdida de peso significativa reciente, enfermedad que podría interferir con la participación en el estudio.</p>	<p>Todos los participantes, recibieron un programa de control de peso de 42 sesiones, donde se reunieron semanalmente durante 6 meses, quincenalmente durante 6 meses y luego mensualmente durante 6 meses.</p> <p><u>Grupo intervención:</u> Cinco sesiones de entrevistas motivadoras individuales, la primera sesión antes de comenzar la terapia grupal y luego a los 3, 6, 9 y 12 meses. Las sesiones duraron 45 minutos y fueron impartidas por psicólogos clínicos.</p> <p><u>Grupo control:</u> Número de sesiones y duración similares a las entrevistas motivacionales, tratando temas relacionados con la salud de la mujer (tratamiento de la piel, salud dental...)</p>	<p>En cuanto al peso, ambos grupos presenciaron una reducción del mismo. No obstante, fue más notable en el grupo intervención, logrando una disminución media de 4,7 kg frente a 3,1kg del grupo control a los 6 meses (<math>p \geq 0,01</math>).</p> <p>A los 18 meses, se consiguió un descenso de 3,5kg (3,61%) frente a 1,7kg (1,75%) del grupo control (<math>p \geq 0,04</math>).</p>

Referencia	Huber JM, Shapiro JS, Wieland ML, Croghan IT, Vickers Douglas KS, Schroeder DR, Ebbert JO. Telecoaching plus a portion control plate for weight care management: a randomized trial. <i>Trials</i> . 2015; 16(1).	
Base de datos	Medline Ovid	
País	Estados Unidos	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado	
Objetivo	Evaluar la efectividad de telecoaching + control de porción en pacientes obesos en atención primaria.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>Fueron reclutados 90 pacientes, de los cuales 45 fueron asignados al grupo experimental, y 45 al grupo control.</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u> Edades de 18 y 55 años, índice de masa corporal de <math>\geq 30</math> y <math>\leq 39.9</math> kg / m<sup>2</sup> (obesidad clase I y II) , motivados para perseguir la pérdida de peso.</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> Condición de salud significativa, sometidos a cirugía bariátrica, embarazadas, uso de medicación de pérdida de peso en investigación</p>	<p><u>Grupo de intervención de telecoaching + control de porción:</u> 7 llamadas telefónicas cada 2 semanas durante 3 meses realizadas por una consejera entrenada en entrevista motivacional y bienestar. Dichas llamadas eran de 20 minutos de duración, siendo la primera y última más extensas. Se dio información sobre el reto de las 500 calorías, además de recomendaciones sobre incorporar rutinas de autopeso, documentar la ingesta y realizar actividad física regular con el objetivo de alcanzar 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a la semana.</p> <p><u>Grupo control:</u> Panfletos institucionales sobre alimentación saludable y hábitos de ejercicio</p>	<p>En cuanto al peso, no se observaron diferencias significativas ni a los 3, ni a los 6 meses entre los grupos. No obstante, el grupo intervención a los 6 meses disminuyó 2,61%, frente al grupo control un 1,06%.</p> <p>En cuanto al IMC, logró una diferencia significativa (<math>p=0,038</math>) entre grupos a los 3 meses, y no a los 6. Desde la línea de base a los 6 meses, el grupo intervención disminuyó un 2,74% y el grupo control un 1,11%.</p> <p>Cierto es que las mujeres obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en dichas variables tanto a los 3 como a los 6 meses.</p> <p>El perímetro de la cintura no obtuvo diferencias significativas ni a los 3 ni a los 6 meses, disminuyendo 3,78% en el grupo intervención y 2,49 % en el control a los 6 meses.</p>
<p>Palabras clave: Obesity, Telecoaching, Portion control plate, Primary care, Patient-centered medical home</p>		

Referencia	Mirkarimi K et al. Modifying attitude and intention toward regular physical activity using protection motivation theory: a randomized controlled trial. Eastern Mediterranean Health Journal. 2017;23(8):543-550.	
Búsqueda manual	Google académico	
País	Irán	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado	
Objetivo	Evaluar la efectividad de la entrevista motivacional sobre la actitud e intención de las mujeres obesas y con sobrepeso de hacer actividad física regularmente.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
Fueron reclutadas 60 mujeres, de las cuales 30 fueron asignadas al grupo control y 30 al grupo de intervención. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: IMC 25–29.9 kg / m2 (sobrepeso) o 30–35 kg / m2 (obeso), saber leer y escribir y capacidad para hacer ejercicio. Los criterios de exclusión fueron: Embarazo, ausencia de > 1 sesión (estándar y entrevista motivacional).	<p><u>Grupo control:</u> Recibió un programa de pérdida de peso estándar basado en la actividad física y sus beneficios, impartida en 2 sesiones de 1 hora por semana durante 2 semanas. Fue impartida por un especialista en educación para la salud. Al final de las sesiones tuvieron acceso a realizar preguntas.</p> <p><u>Grupo de entrevista motivacional:</u> Mismas sesiones que el grupo anterior+ 5 sesiones de 45-60 minutos de entrevista motivacional impartidas por un psicólogo para 7-10 mujeres durante 2 semanas.</p> <p>Se repartió a todas las participantes un panfleto con los beneficios de la actividad física.</p>	<p>En cuanto al peso, disminuyó en ambos grupos tanto a los 2 y 6 meses. Se observó una disminución del peso a los 2 meses de 2,30% y 3,05% en el grupo control y grupo de intervención respectivamente. A los 6 meses, la disminución fue en aumento, mostrando así, un descenso del 2,61% y 4,28% en el grupo de control y de intervención (p=0,001)</p> <p>El IMC también experimentó un descenso en ambos grupos. Sin embargo, no fue estadísticamente significativo (p=0,938). Se observó una disminución a los 2 y 6 meses del 2,29% y 2,78% en el grupo control frente a 2,78% y 3,71% en el de intervención.</p> <p>El perímetro de la cintura disminuyó en el grupo control a los 2 y 6 meses en un 2,67% y 3%, mientras que en el grupo intervención un 2,66% y 7,45% (p=0,001)</p>

Referencia	Barnes RD, Ivezaj V, Martino S, Pittman BP, Grilo CM. Back to Basics No Weight Loss from Motivational Interviewing Compared to Nutrition Psychoeducation at One-Year Follow-Up. Obesity Journal. 2017; 25(12):2074-2078	
Base de datos	Pscinfo	
País	Estados Unidos.	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado	
Objetivo	Comparar la efectividad de la entrevista motivacional y educación nutricional, combinadas con apoyo online, en cuanto a la pérdida de peso después de 12 meses.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
Fueron reclutados 59 pacientes con sobrepeso u obesidad mayormente mujeres (44). 30 en el grupo de entrevista motivacional +apoyo online y 29 en el grupo de educación nutricional +apoyo online. <u>Criterios de exclusión:</u> Mayores de 65 años, problemas psiquiátricos o médicos graves, embarazo o lactancia, enfermedad hepática o tiroidea no controlada, hipertensión o diabetes.	<u>-Entrevista motivacional y apoyo online:</u> una sesión individual inicial de 1 hora en persona más cuatro sesiones adicionales de 20' de entrevista motivacional + educación nutricional. <u>-Educación nutricional y apoyo online:</u> información nutricional básica con la misma duración y frecuencia que el grupo anterior. Ambos grupos de intervención recibieron en la 1ªsesión: manual de estilo de vida, ejercicio, actitudes, relaciones y nutrición y orientación a un sitio web gratuito para realizar un seguimiento de la ingesta de alimentos, establecer el peso y los objetivos de ingesta y la actividad física. <u>-Grupo control:</u> no recibieron una intervención adicional para perder peso (es decir, no recibieron un manual de LEARN ni una guía para el sitio web gratuito) no se incluyeron en la evaluación de seguimiento de 12 meses.	En cuanto al peso, se observó un aumento del 1,3% de peso en el grupo de entrevista motivacional a los 12 meses. A diferencia del grupo de educación nutricional, en el que mostró una disminución de 1,7% de peso (p=0,056) De la misma forma, el IMC aumentó un 1,37% en el grupo de entrevista motivacional y disminuyó un 1,49% en el grupo de educación nutricional (p=0,053).

Referencia	Greaves CJ, Middlebrooke A, O'Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, et al. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2008 Aug;58(553):535-540.	
Búsqueda manual	Google académico	
País	Reino Unido	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado simple ciego	
Objetivo	Evaluar la efectividad de una intervención de bajo costo, brindada en atención primaria para reducir el riesgo de diabetes a través de la pérdida de peso y la actividad física.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
141 participantes: 69 al grupo control (44 mujeres y 25 hombres) y 72 al intervención (46 mujeres y 26 hombres) Criterios de inclusión: Mayores de 18 años de edad, identificados por su médico de cabecera de IMC >28 Criterios de exclusión: Diabetes, enfermedad cardíaca o problemas articulares graves, sentir que no podían realizar al menos una actividad física moderada, si el médico de cabecera consideraba que no era el adecuado, no hablar inglés con fluidez.	<u>-Grupo intervención:</u> hasta 11 sesiones durante 6 meses de una combinación de contacto personal y telefónico. La media de número de contactos personales fue de 8 y 1,5 de contactos telefónicos. de 34 minutos de media de duración. <u>-Grupo control:</u> paquete informativo estandarizado que ofrece recomendaciones de dieta y actividad física.	El peso se redujo en mayor medida en el grupo control, en un 1,91% frente a un 0,33% en el grupo intervención a los 6 meses. No obstante, una significativa mayor proporción de participantes lograron un 5% de pérdida de peso en el grupo intervención (24% en el grupo intervención VS 7% en el grupo control). El perímetro de la cintura disminuyó en el grupo control un 2,16% y un 1,54% en el grupo intervención a los seis meses.
Palabras clave: behaviour therapy; diabetes mellitus; intervention studies; primary prevention; randomised controlled trial; weight loss.		

Referencia	DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. <i>Eating Behav</i> 2009;10(2):134-136.	
Base de datos	Pscinfo	
País	Estados Unidos	
Tipo de estudio	Estudio controlado aleatorizado	
Objetivo	Evaluar si las entrevistas motivacionales aplicadas como parte de un tratamiento de pérdida de peso conductual de autoayuda guiada estándar reduce la tasa de desgaste y mejora la pérdida de peso del participante y otras medidas psicológicas relacionadas con la alimentación y en general, en relación con tratamiento estándar de autoayuda solo.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
39 pacientes con sobrepeso (7 hombres and 32 mujeres). Criterios de inclusión: Edad de 18 a 55 años, IMC 27-40 Criterios de exclusión: Participación en otro programa de pérdida de peso, operación de reducción de peso, condiciones médicas que afectan al peso, discapacidad para realizar ejercicio moderado, embarazo, importantes síntomas de depresión, abuso de drogas o alcohol, comportamiento de purga más de 1/mes	<u>Grupo control:</u> 6 sesiones de autoayuda guiada tradicional de 30 minutos y 2 sesiones tradicionales centradas en la motivación de 1h <u>Grupo intervención:</u> 6 sesiones guiadas de autoayuda de 30 minutos y 2 sesiones utilizando un enfoque de entrevista motivacional de 1h	Ambos grupos redujeron su IMC inicial al final del tratamiento, pero en mayor medida en el grupo intervención, que se redujo un 4,47%, mientras que un 2,2% en el grupo control. (p=0,44)
Palabras clave: Obesity, overweight, motivational interviewing, self-help, guided self-help		

Referencia	Befort CA, Nollen N, Ellerbeck EF, Sullivan DK, Thomas JL, Ahluwalia JS. Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. J Behav Med 2008;31(5):367.	
Base de datos	Pubmed	
País	Estados Unidos	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado	
Objetivo	Si la adición de entrevistas motivacionales (IM) a un programa de pérdida de peso conductual dirigido culturalmente para mujeres Africanas Americanas mejoró la adherencia al programa, los comportamientos de dieta y actividad física, y los resultados de pérdida de peso.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>Fueron reclutadas 44 mujeres, de las cuales 21 fueron asignadas al grupo intervención y 23 al grupo control.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>Mayores de 18 años de edad, IMC 30-50, no embarazada o con intención de quedarse en los siguientes 6 meses, no estar involucrada en otro programa de pérdida de peso, no presentar enfermedades psiquiátricas o abusos de drogas, capaz de caminar al menos 10 minutos seguidos, sin intención de mudarse del área en los próximos 6 meses y poder obtener autorización de atención primaria.</p>	<p>El programa conductual para ambos grupos constaba de 16 sesiones semanales de 90 minutos de duración en grupos de 12-14 participantes. Recibieron una meta individual de calorías y gramos de grasa. Un dietista y un psicólogo dirigieron a cada grupo siguiendo un manual de tratamiento.</p> <p><u>-Grupo intervención:</u> 4 sesiones individuales de 30 minutos de entrevista motivacional. En la semana 0 y 8 en persona, en la 3 y 13 semana, de manera telefónica. Impartidas por un estudiante avanzado de doctorado en psicología clínica.</p> <p><u>-Grupo control:</u> asesoría estándar basada en proporcionar información y asesoramiento didáctico evitando temas relevantes con la pérdida de peso. Con la misma duración, frecuencia, mismo esquema presencial y telefónico e impartidas por los mismos profesionales que en el grupo intervención.</p>	<p>En ambos grupos hay un descenso de peso notable, pero en mayor medida en el grupo control, con una disminución de media del 2,9%, mientras que en el grupo intervención un 2,5%. Lo mismo ocurre con el IMC, consiguiendo un descenso del 2,7% en el grupo control, y un 2,5% en el grupo intervención. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p&gt;0,05)</p>
<p>Palabras clave: African American Obesity Weight loss Motivational interviewing Behavioral treatment</p>		

Referencia	Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad K, Coit C, Harper J, Versland A. Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: A stepped-care approach. Health Psychology. 2007; 26(3), 369–374.	
Base de datos	Pscinfo	
País	Estados Unidos	
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado.	
Objetivo	Evaluar la efectividad de la entrevista motivacional en un programa de pérdida de peso	
MUESTRA Y/O POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS DE INTERÉS
<p>55 adultos fueron reclutados, de los cuales, 28 al grupo de intervención y 27 al grupo control.</p> <p>Criterios de inclusión: obeso (índice de masa corporal [IMC] 30 kg / m<sup>2</sup>), sedentario (ejercicio 2 veces por semana) y no fumadores</p> <p>Criterios de exclusión: enfermedad cardiovascular, problemas musculoesqueléticos prevenir la actividad física moderada, o dependiente de insulina diabetes o alteración de la glucosa en ayunas (110 mg / dl).</p>	<p><u>Grupo de programa de pérdida de peso (grupo control)</u> 20 sesiones durante 24 semanas, basadas en el programa LEARN, de 75 minutos de duración en grupos de 6-12 participantes.</p> <p><u>Grupo de programa de pérdida de peso+ cuidado escalonado (grupo intervención):</u> Recibían la entrevista motivacional individual sólo aquellos participantes pertenecientes a dicho grupo que no cumplieran con los objetivos de pérdida de peso. Se reunieron semanalmente con un estudiante de doctorado en psicología clínica durante 45-60 minutos, y se suspendía cuando los participantes se reunían con su objetivo de pérdida de peso en un período de evaluación siguiente, a menos que la continuación fuese solicitada por el participante</p>	<p>El grupo que recibió EM, logró alcanzar un 4,47% de disminución de kg frente a un 2,10% en el grupo control. Por lo que se observó una diferencia estadísticamente significativa. (p&lt;0,01)</p>
<p>Palabras clave: obesity, stepped care, treatment, weight loss, motivational interviewing</p>		

Referencia	Tárraga Marcos ML et al. Análisis de relevancia clínica aplicado a 3 métodos de reducción de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad seguidos durante un año. Hipertens Riesgo Vasc. 2017.	
Base de datos	Medline Ovid	
País	España	
Tipo de estudio	Estudio controlado aleatorizado	
Objetivo	Analizar el efecto de la utilización/implementación de 3 métodos para reducir peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, durante un año de seguimiento.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>Han participado en el estudio 180 pacientes, de los que 60 fueron aleatorizados al G1, 61 al G2 y 59 al G3.</p> <p>Criterios de inclusión: Los pacientes, mujeres y varones, debían tener sobrepeso u obesidad y una edad entre 30 y 70 años.</p> <p>Criterios de exclusión: enfermedades severas, obesidad secundaria enfermedades sensoriales severas que interfieren con la intervención motivacional, enfermedades psiquiátricas severas.</p>	<p><u>Grupo motivacional (G1):</u> Una intervención de motivación, basado en el método MOAP que utiliza entrevista motivacional, en grupo de una hora de duración cada 2 semanas de las semanas 1 a la 12, mensualmente de las semanas 13 a 32 impartida por una enfermera entrenada por psicólogo.</p> <p><u>Grupo de intervención en consulta de menor intensidad, sin grupo motivacional, con apoyo de plataforma digital (G2):</u> Tras la visita inicial, se programa-ron visitas a los 15 días, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año. En cada una de las visitas se obtenían los datos antropométricos y se revisaba el nivel de actividad física y el de adherencia a la dieta mediterránea utilizando los datos registrados por el paciente en la plataforma digital Medtep y se estimulaba al paciente para mejorar el nivel de adherencia.</p> <p><u>Grupo estándar (G3):</u> Recibía recomendación de perder peso y seguimiento en consulta de Atención Primaria</p>	<p>El G1 disminuyó su peso una media de 6,5%, el G2 4,88% y en el G3 un 2%. El G1 es 5 veces más eficaz que el grupo control para mantener una disminución al menos del 5% del peso al año de seguimiento. (p&lt;0.001)</p> <p>En cuanto al IMC, en el G1 disminuyó 6,6%, en el G2 4,87% y G3 1,95% (p&lt;0,001)</p> <p>El perímetro de cintura disminuyó un 4,23% en el G1, 4,10% en el G2 y 1% en el G3. (p&lt;0,001)</p>

Referencia	Karlsen K, Humaidan P, Sørensen LH, Alsbjerg B, Ravn P. Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese women prior to fertility treatment. <i>Gynecological Endocrinology</i> 2013;29(9):839-842	
Base de datos	Pubmed	
País	Dinamarca	
Tipo de estudio	Análisis retrospectivo de datos.	
Objetivo	Evaluar si las entrevistas motivacionales aumentan la pérdida de peso en mujeres obesas o con sobrepeso que buscan tratamiento de fertilidad.	
<b>MUESTRA Y/O POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS DE INTERÉS</b>
<p>187 mujeres fueron reclutadas. Entre ellas: 110 recibieron sesiones de entrevistas motivacionales, 64 recibieron apoyo motivacional por teléfono o correo electrónico solamente y 13 mujeres no desearon ningún apoyo motivacional, por lo que el grupo de control lo integraron 77 mujeres.</p> <p>Criterios de inclusión: IMC &gt;30  Criterios de exclusión: Operación gástrica, diabetes y enfermedad tiroidea y depresión.</p>	<p><u>Grupo intervención:</u> Las pacientes completaron un número diferente de sesiones de entrevistas motivacionales, y algunas se mantuvieron en contacto únicamente por teléfono o por correo electrónico+ programa. El número medio de entrevistas fue de 8,6.</p> <p>Todas las entrevistas motivacionales fueron realizadas por la misma enfermera certificada</p> <p><u>Grupo control:</u> Programa de pérdida de peso</p>	<p>La pérdida de peso fue más notable en el grupo intervención, que en el grupo control, logrando una disminución de 9,3kg frente a 7,3kg (p=0,01).</p> <p>Asimismo, la disminución del IMC también fue mayor en el grupo intervención de 3,3kg/m2 frente a 2,6kg/m2 (p=0,02).</p>
Palabras clave: Infertility, motivational interview, obesity, overweight, weight loss		

8.6 ANEXO 6: Árbol categorial

