



BIOCIENCIAS

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud

Vol. 11- año 2014

SEPARATA



**LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATEGIA PARA EL
CAMBIO DE CONDUCTA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

Goikoetxea Malbadi, E; Vega Romero, F.

Universidad Alfonso X el Sabio

Facultad de Ciencias de la Salud

Villanueva de la Cañada

© Del texto: Goikoetxea Malbadi, E; Vega Romero, F.

abril, 2014.

http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV14_002.pdf

© De la edición: CIENSALUD. Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad Alfonso X el Sabio.

28691, Villanueva de la Cañada (Madrid).

ISSN: 1696-8077

Editor: Gregorio Muñoz Gómez biociencias@uax.es

No está permitida la reproducción total o parcial de este artículo, ni su almacenamiento o transmisión por cualquier procedimiento, sin permiso previo por escrito de la revista BIOCENCIAS.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO DE CONDUCTA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Goikoetxea Malbadi, Elixabet

Dietista_Nutricionista

Vega Romero, Fátima

Universidad Alfonso X el Sabio

Dirección de correspondencia: Fátima Vega Romero: fvegarom@uax.es

RESUMEN

La obesidad es un problema creciente en todo el mundo no solo desde el punto de vista sanitario sino también por el gasto presupuestario que supone. Tanto su prevención como el tratamiento se podrían mejorar consiguiendo una gestión más eficaz por parte de los profesionales de la salud y del propio paciente.

La modificación de hábitos de vida sigue constituyendo el principal pilar del tratamiento contra la obesidad, sin embargo, se describen muchos casos de abandono en este sentido. Entre las causas de dicho abandono, la estrategia que siga el profesional a la hora de prescribir las pautas del tratamiento juega un papel igual de importante o más que el propio tratamiento en sí.

El proceso de cambio está formado por diferentes fases y en algunas de ellas es más probable que una persona abandone un hábito que en otras, por eso, el éxito del tratamiento viene asociado a una buena escucha junto a indicaciones adaptadas a los gustos del paciente y al contexto en el que se encuentra. Así, frente a la entrevista tradicional estereotipada, surge la Entrevista Motivacional (EM) en la que el paciente descubre sus propias motivaciones y soluciones mientras que el profesional hace de guía y proporciona las herramientas necesarias para lograrlo. La EM se muestra más eficaz que la tradicional en intervenciones de promoción de hábitos saludables para la prevención y tratamiento de la obesidad y podría ser incorporada con éxito en atención primaria y especialmente en pediatría, por lo que sería muy interesante seguir investigando sobre su aplicabilidad en dichos ámbitos.

PALABRAS CLAVE: obesidad, tratamiento nutricional, entrevista motivacional, hábitos alimentarios

ABSTRACT

Obesity is a growing problem all over the world not only from the health point of view but also because of the budget spending it entails. The prevention, as much as the treatment, can be improved following a more efficient management by health professionals and by the patient himself/herself.

The modification of life habits continue to be the pillar of treatment against obesity. However, the strategy that the professional uses for treatment plays an equal role of importance or even more than the very treatment itself.

The process of change is formed by different phases and, in some of the phases, it is more probable that the persons drops one habit more than others. In this way, the success of treatment comes by listening to the insights adapted to the tastes of the patient and in the context in which they meet with them. In the Motivational Interview (MI), the patient describes his/her own motivations and solutions while the professional acts as a guide and provides the tools necessary to reach the goals. The MI is more efficient than the traditional path in intervening in health habits for the prevention and treatment of obesity. It could be incorporated successfully in primary care and especially in pediatrics.

KEY WORDS: obesity, nutritional treatment, motivational interview, dietary habits

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un acúmulo excesivo de grasa corporal que supera el estándar pre fijado según altura, edad y sexo, es decir, más del 33% de la composición corporal en mujeres y del 25% en hombres. Un Índice de Masa Corporal (IMC) con un valor igual o superior a 30 también se considera obesidad. Son muchas las patologías asociadas a la obesidad, especialmente si esta es de origen intraabdominal (Rubio M.A. y cols. 2007).

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, entre 1980 y 2008 la prevalencia de esta patología en adultos se ha duplicado a nivel mundial, pasando del 5 al 10% en hombres y del 8 al 14% en mujeres (OMS, 2013). Algunos estudios prevén que en las siguientes dos décadas aumentará en un 33% y la obesidad severa en un 130% (Finkelstein EA y cols. 2012). En España también la tendencia ascendente es ya que en los últimos 25 años ha aumentado del 7,4% al 17,0%. Según la Encuesta Nacional de Salud (2011-2012), entre la población de más de 18 años, un 17% padecen obesidad y un 37% sobrepeso y entre los niños y adolescentes de 2 a 17 años estas cifras alcanzan el 10% y el 20%, respectivamente.

Es sabido que los principales factores de riesgo de mortalidad prematura en Europa están relacionados directamente con estilos de vida inadecuados (OMS, 2003) y en concreto, el sedentarismo o con la sobreingesta calórica se encuentran detrás de esta creciente prevalencia de sobrepeso. Es necesario, por tanto, mediante el tratamiento nutricional modificar los hábitos tanto alimentarios como de actividad física.

En cuanto a la ingesta calórica, el consenso FESNAD-SEEDO propone hacer un déficit energético de 500-1000 kcal con una cuota mínima de 800 kcal diarias para conseguir una reducción de peso del 8% en un periodo promedio de 6 meses (Gargallo M. y cols. 2011). Lograr pequeñas pérdidas de peso (entre 5-10% del peso inicial) manteniéndolos a largo plazo sería la manera de mejorar o eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad y prevenir futuras complicaciones (Rubio MA y col. 2007). Esta reducción calórica ha de ir acompañada de un descenso del consumo de proteínas y grasas así como de bebidas azucaradas, alcohol y bollería, cuyo consumo es elevado en España (Gutiérrez Fuentes J.A y col. 2011; Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012).

Por otro lado, se sabe que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo (OMS 2010) y según la última Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) en España el 41,3% de la población se declara sedentaria. Optimizar el gasto energético a partir del componente graso supone innumerables beneficios (Rubio M.A. y cols. 2007). Pero es frecuente encontrar pacientes con escaso interés o habilidad para iniciarse en una actividad física. La OMS propone empezar por incrementar el gasto energético con las actividades cotidianas y ocupacionales (escaleras, caminatas, tareas domésticas...) y a medida que va aumentando la capacidad funcional, recomienda incrementar tanto la intensidad del ejercicio como su duración, intercalando ejercicios de resistencia (2 veces o más por semana) y siempre manteniendo las frecuencias cardíacas óptimas (OMS, 2010).

2. ENFOQUE DE LA CONSULTA NUTRICIONAL

Cambiar los hábitos de manera permanente no es una tarea fácil, requiere generalmente la ayuda de un profesional y así las cifras de abandono son elevadas. Se estima que el porcentaje de los pacientes que no cumple con las recomendaciones terapéuticas es del 20% en enfermedades agudas y del 45% en las crónicas (Martín y Grau, 2004). Se detectan numerosas barreras que dificultan el deseado cambio, entre ellas muchas son circunstancias vitales y no modificables del paciente como la falta de tiempo, recursos etc.. (Brosens, 2009). Otras son fácilmente modificables, entre ellas, la forma de prescripción del tratamiento, es decir, la interacción del profesional sanitario con el paciente (Kapur K. 2008; Alhassan y cols, 2008). Todo apunta a que la estrategia que siga el profesional a la hora de prescribir las pautas del tratamiento juega un papel igual de importante o más que el propio tratamiento en sí.

2.1. LA ENTREVISTA TRADICIONAL

Presenta un rol terapeuta-paciente estereotipado que se podría definir de la siguiente manera: el paciente es pasivo e ignorante, demanda ayuda para corregir sus conductas y ante su incapacidad de cambiarlas se justifica una y otra vez. A su vez el profesional es quien sabe, quien diagnostica y trata los padecimientos y cuando éstos están vinculados con un estilo de vida o conductas inapropiadas sugiere cambios radicales; vigila el seguimiento de las pautas y cuando no se han cumplido, las recuerda repitiendo las mismas recomendaciones.

De esta manera, se crea un círculo vicioso donde ambos se quedan estancados en sus papeles y con riesgo de abandono del tratamiento (Facchini M, 2004).

Las habilidades comunicacionales (escuchar, preguntar, informar) que se utilizan en este enfoque se llevan a cabo desde un estilo muy directivo. Puede resultar útil cuando el paciente depende de las decisiones del profesional tratante, como es el caso de enfermedades agudas, o está decidido a hacer algo por su problema. Sin embargo está comprobado que el paciente cambia de hábitos más fácilmente ayudándole a tomar decisiones que si sólo se le informa de lo que tiene que hacer (Rollnick, 2005). El éxito del tratamiento viene asociado a una buena escucha junto a indicaciones adaptadas a los gustos del paciente y al contexto en el que se encuentra (Shinitzky y Kub 2001).

2.2. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

La EM es un método psicoterapéutico basado en la evidencia científica y aplicable a diferentes áreas bien directamente o como complemento terapéutico. Es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente y que busca generar cambios en su conducta. (Miller WR y col. 2008). La EM se define principalmente no por su técnica sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal (Facchini M, 2013). Fue conceptualizada por Miller y Rollnik (1991) desde un modelo inicial de Prochaska y Di Clemente (1983) y explica cómo el proceso de cambio está formado por diferentes fases y cómo en algunas de ellas es más probable que una persona abandone un hábito que en otras. Además, considera que decidir cambiar, comprometerse y responsabilizarse de un proceso terapéutico es la clave para conseguir cambios de conducta. Para ello, analiza las ventajas y desventajas del cambio -balance decisional- resolviendo la ambivalencia (la doble posición “quiero pero no quiero”) y la confrontación, ya que cuanto más se resista el paciente, menos probabilidades hay de que se cambie (Facchini M, 2004).

Se ha visto que las personas con una mayor motivación para perder peso consiguen mejores resultados que las personas con signos de ambivalencia (Gourlan, 2013). La esencia de este proceso de cambio está en el vínculo paciente-terapeuta. Así, es necesario construir un campo común que involucre al enfermo y al profesional, formando un grupo activo donde el paciente vaya a ser el miembro más importante. La clave está en la actitud y las habilidades interpersonales del terapeuta ya que el paciente necesita descubrir y encontrar sus propias motivaciones y soluciones mientras que el profesional hace de guía y proporciona las herramientas necesarias para lograrlo.

Este contexto, aportando la información terapéutica necesaria, es idóneo para que el paciente se apropie de los conocimientos terapéuticos y los adapte a sus circunstancias particulares para así controlar su enfermedad (Facchini M, 2004).

Cada vez se dedican más esfuerzos al estudio de las distintas formas de aplicar la EM para conseguir optimizar su eficacia, se ha visto que: la EM funciona mejor cuando la intervención es individual en comparación a intervenciones grupales (Lundahl y Burke, 2009); la falta de seguimiento (6 o menos sesiones) se ha relacionado con una menor eficacia en el cambio conductual (Lakerveld, 2013); el tiempo destinado a las consultas parece no influir en el éxito del tratamiento cuando ésta es de calidad. Incluso en encuentros breves y su efectividad se ve aumentada cuanto mayor sea el número de sesiones (Torresani y col. 2011); un mayor énfasis en los factores de motivación durante los meses de mantenimiento también hace que se consigan mejores resultados a los 12 meses después de terminar la intervención de la pérdida de peso (Smith y col. 2011; Hardcastle y col. 2013).

2.3. LA EM EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La EM parece tener una aplicación potencial a través de diversos profesionales y centros de atención sanitaria, incluyendo los de atención primaria. Sin embargo, en la atención primaria no se destina mucho tiempo al asesoramiento conductual de la pérdida de peso ya que se tiende a atender enfermedades agudas que pueden parecer más urgentes que la obesidad, los tratamientos conductuales son de muy baja intensidad y los resultados contrastan fuertemente si se comparan con intervenciones más específicas y de mayor intensidad. En un periodo de 6-24 meses de intervención el éxito de la intervención en la atención primaria es limitada con un promedio de pérdida de peso de 1-3kg ante una reducción de 7- 10% del peso inicial en intervenciones más específicas (Carvajal y col, 2013). Por otro lado, el personal sanitario que ha querido involucrarse en este sentido declara no estar preparados para apoyar a los pacientes en la gestión de la obesidad (Chisholm y cols. 2013).

Para que la EM sea una herramienta eficaz, el profesional además de estar entrenado debe confiar en la técnica para así poder influir en el paciente e iniciar un proceso de cambio (Decker y Martino, 2013). Los profesionales con elevados niveles de autoconfianza consiguen establecer relaciones más estrechas con los pacientes, les transmiten mayor seguridad y consiguen una mayor adherencia al tratamiento (Lowenstein y cols. 2013)

Aunque no es fácil integrar y aplicar técnicas de gestión de la obesidad en la atención primaria, se ha demostrado que mejoran mucho los resultados sólo con aplicar estrategias sencillas de intervención conductual (Vallis, 2013). Por otro lado, la falta de recursos y personal ha hecho que se busquen alternativas como el asesoramiento a distancia (teléfono, internet...) y se han visto resultados muy parecidos al asesoramiento presencial, aunque harían falta más datos para demostrar si esta vía es tan eficaz como parece (Carvajal y col, 2013).

2.4. LA EM EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La obesidad en los niños y adolescentes plantea problemas específicos. En esta etapa de la vida, el exceso ponderal no se asocia con una mayor mortalidad a corto plazo, pero sí con un mayor riesgo en la vida adulta (Moreno y col. 2006). Los profesionales pediátricos se encuentran con numerosos obstáculos a la hora de abordar el problema de la obesidad infantil y juvenil, siendo la falta de motivación del paciente junto con la falta de participación de los padres las barreras principales (Story y col, 2002). La EM es una técnica de ayuda para promover los cambios de hábitos, motivar al paciente niño y adolescente y conseguir mejores resultados de pérdida de peso, lo que se percibe en una mayor disminución de IMC mejor manejo del paciente y menor desmotivación. (Gourlan y col. 2013; Wong y cols. 2013).

Sin embargo, la educación de los niños por sí sola no es suficiente para establecer hábitos más saludables acerca de la alimentación y el ejercicio físico y es necesaria una participación activa de los padres y trabajar la motivación para el cambio conductual y reforzarlo a diario (Kirk y col. 2005). Mantener una relación entre los padres y el dietista-nutricionista ayuda a que los padres se involucren en el proceso de la EM y se consigue así que los hijos se comprometan de una forma más eficaz (Stewart, 2008; Feliu Rovira A, 2012).

3. CONCLUSIONES

Podemos concluir que la Entrevista Motivacional es más eficaz que la tradicional en intervenciones de promoción de la alimentación saludable y actividad física para prevenir y tratar la obesidad y podría ser incorporada con éxito en atención primaria.

Esta aplicación en pediatría concretamente ayudaría a que la población no llegue a los índices de obesidad que se prevén para dentro de unos años, teniendo siempre presente que para la modificación conductual de niños y adolescentes es de vital importancia que los padres vean los beneficios de la técnica de EM y que colaboren en el proceso del cambio de hábitos.

Por otro lado, la posible intervención a distancia (teléfono, internet) en vez de presencial, podría suponer una mayor adherencia al tratamiento por el ahorro de tiempo que supone. Se necesitan más estudios en este sentido para confirmar la aplicabilidad de la EM en el tratamiento de la obesidad.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Alhassan S, Kim S, Bersamin A, King AC, Gardner CD. Dietary adherence and weight loss success among overweight women: results from the ATOZ weight loss study. 2008. 32(6) 985-91
2. Brosens C. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. Evid Actual Práct Ambul 2009; 12(3):116-117.
3. Carvajal R; Wadden TA; Tsai Adam G; Peck K., Moran Caroline H . Managing obesity in primary care: a narrative review. Ann NY Acad Sci. 2013. 1281(1):191-206
4. Chisholm A; Mann K; Peters S; Hart J. Are medical educators following General Medical Council guidelines on obesity education: if not why not? . BMC Medical Education 2013,
5. Decker SE, Martino S. Unintended effects of training on clinicians' interest, confidence, and commitment in using motivational interviewing. Drug Alcohol Depend. 2013; 132(3):681-7
6. Encuesta Nacional de Salud de España.
7. [Http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm) (Acceso 28 de noviembre de 2013).
8. Facchini M. MEDICINA(Buenos Aires) 2004;64:550-554

9. Facchini M. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Curso de Posgrado en Entrevista Motivacional en la práctica Clínico-Nutricional.2013
10. Feliu Rovira A, París Miró N., Zaragoza-Jordana M, Ferré Pallás N, Chiné Segura M., Sabench Pereferrer F,Escriban o Subias J. Eficacia clínica y metabólica de una nueva terapia motivacional (OBEMAT) para el tratamiento de la obesidad en la adolescencia. 2012. *An Pediatr (Barc.)* 2013;78(3):157-166
11. Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, Trogdon JG, Pan L, Sherry B, Dietz W. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. *Am J Prev Med.* 2012;42(6):563-70
12. Gargallo M, Basulto J , Breton I, Quiles J, Formiguera X, Salas-Salvadó J. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO) . *Revista Española de Obesidad.* 2011; 9 (supl. 1): 1-78.
13. Gurlan M; Sarrazin P; Trouilloud D. Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: A randomised-controlled trial using self-determination theory as an explanatory framework. *Psychol Health.* 2013 (11): 1265-86
14. Gutiérrez Fuentes J.A, Gómez Gerique J. A., Rubio Herrera M.A., Gómez de la Cámara A., Cancelas Navia P., Jurado Valenzuela C. DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España) 1990-2010 *Medicina Clínica Monografías* 2011, Vol. 12 N°4.
15. Hardcastle S,Taylor A, Bailey M, Harley R, Hagger M. 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
16. Kapur K; Kapur A; Ramachandran S; Mohan V; Aravind SR; Badgandi M; Srishyla MV; Barriers to changing dietary Behavior; *J Assoc Physicians India* 2008; 56:27-32.
17. Kirk S; Scott BJ, Daniels SR. Pediatric obesity epidemic: treatment options. *J Am Diet Assoc.*2005. 105(5 Suppl1):S44-51.

18. Lakerveld J; Bot Sandra D; Chinapaw Mai J; Van Tulder Maunts W ; Kostense Piet J; Dekker Jacqueline M, Nipels Giel. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:47
19. Lowenstein LM, Perrin EM, Campbell MK , Tate DF, Cai J, Ammerman AS. Primary care providers self-efficacy and outcome expectations for childhood obesity counseling. *Child Obes;*2013 9(3):208-15
20. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol.* 2009 65(11):1232-45
21. Martín L., Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*,2004 Vol. 14, Núm. 1: 89-99
22. Miller WR, Rollnick S . *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York, NY, US: Guilford Press. (1991). xvii 348 pp.
23. Moreno B, Monereo S, Alvarez J. *La Obesidad en el Tercer Milenio.* Editorial médica panamericana, 3a edición. 2006
24. Organización Mundial de la Salud (2013) Disponible en <http://www.who.int/es/> (Acceso 28 de noviembre de 2013)
25. Prochaska, J. and DiClemente, C. Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983.5, 390–395.
26. Rollnick S; Butler CC; Mc Cambridge Jim; Kinnersley P; Elwyn G; Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *BMJ* 2005 22;331(7522): 961-963.
27. Rubio M.A., Salas-Salvadó J., Barbany M., Moreno B., Aranceta J., Bellido D., Blay V., Carraro R., Formiguera X., Foz M., De Pablos P, Garcia-Luna P.P, Griera J.L, López de la Torre M., Alfredo Martínez J., Remesar X., Tebar J., Vidal J. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (versión íntegra) *Revista Española de Obesidad* 2007.
28. Shinitzky HE y Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs*,2001 18(3):178-85
29. Smith D, Gorin A, Subak L, Foster G, Bragg C, Hecht J, Schembri M, Wing R. A motivation Focused Weight Loss Maintenance Program is an Effective Alternative to a Skill-Based Approach. *Int J Obes (Lond)*.2011;35(2):259-269.

30. Stewart L; Chapple J; Hughes AR; Poustie V; Reilly JJ. The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. 2008(5): 464-73
31. Story MT; Neumark-Stzainer DR; Sherwood NE; Holt k; Sofka D; Trowbridge FL; Barlow SE. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills and training needs among health care professionals. Pediatrics 2002; 110(1Pt2):210-4.
32. Torresani ME, Urrutia SJ, Vainer MJ, Vallote MM, Vanco RC y Videla L. Variables relacionadas con la calidad de atención de la consulta nutricional y percepción del éxito en el tratamiento para el control del peso corporal. DIAETA (B.Aires)2011;29(136):10-17.
33. Vallis M; Piccinini-Vallis H, Sharma AM; Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician, 2013 59(1):27-31
34. Wong EM, Cheng MM. Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. J Clin Nurs. 2013;22(17-18):2519-30