



# REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



### ARTÍCULO

## Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy



Maribel Candelaria Martínez\*, Ismael García Cedillo y Benito Daniel Estrada Aranda

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

Recibido el 1 de julio de 2015; aceptado el 16 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 18 de mayo de 2016

#### KEYWORDS

Obesity;  
Adherence;  
Motivational  
interviewing;  
Brief solution-focused  
therapy

**Abstract** Lack of follow up treatment for weight control and maintenance by Mexican women represents a serious problem for the health system. This study assess an intervention to increase adherence in women with overweight and obesity through motivational interviewing combined with brief therapy centered in problem solving cognitive behavioral. A quasi-experimental study was designed, with pre and post treatment evaluation. The sample was composed of 16 overweight or obese women who were in nutritional treatment in a public clinic. They were assigned to an experimental group (10) or to a control group (6). They were assessed by the Questionnaire for evaluation of therapeutic adherence MBG; Questionnaire to measure adherence to diet and exercise (designed for the study); and OQ overeating food questionnaire. The results show a tendency to increase adherence in the experimental group, which also showed greater personal involvement and perceived social support. These variables, along with psychological support, promote adherence. It is necessary to broaden the sample, the number of sessions and control some of the conditions of implementation of the intervention to obtain more conclusive results.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

#### PALABRAS CLAVE

Obesidad;  
Adherencia  
terapéutica;

**Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones**

**Resumen** La falta de seguimiento del tratamiento por parte del paciente para el control y mantenimiento del peso representa un problema para el sistema de salud. Este estudio evalúa

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mcandelariamtz@gmail.com](mailto:mcandelariamtz@gmail.com) (M. Candelaria Martínez).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Entrevista  
motivacional;  
Terapia breve  
centrada en  
soluciones

los resultados de una intervención para aumentar la adherencia terapéutica en mujeres con sobrepeso y obesidad por medio de la entrevista motivacional y la terapia breve centrada en soluciones cognitivo-conductuales. Se diseñó un estudio cuasi experimental, con evaluación pre y post tratamiento. Participaron 16 mujeres que padecían sobrepeso u obesidad y que llevaban un tratamiento para bajar de peso, divididas en grupo de intervención (10) y grupo control (6). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario para evaluación de la adherencia terapéutica MBG, Cuestionario para medir adherencia a dieta y ejercicio (diseñado para el estudio) y cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ. Los resultados muestran una tendencia a aumentar la adherencia en las mujeres del grupo de intervención, las cuales también mostraron mayor implicación personal y percepción de apoyo social. Estas variables, en conjunto con el apoyo psicológico, favorecen la adherencia terapéutica. Es necesario ampliar la muestra y el número de sesiones y controlar algunas de las condiciones de la aplicación de la intervención para obtener resultados concluyentes.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

## Introducción

La obesidad, una enfermedad caracterizada por el exceso de grasa corporal, afecta la salud física, psicológica y social de la persona. Este padecimiento es originado en mayor medida por factores como la escasa actividad física, el alto consumo de calorías en la ingesta alimenticia y algunos patrones culturales asociados al nivel socioeconómico; una dificultad presente al momento de abordar el tratamiento para la disminución y el mantenimiento del peso es la falta de adherencia (Baile y González, 2011).

El aumento en la prevalencia de obesidad se complica más por la aparición de 2 problemas para el sistema de salud: el riesgo de padecer comorbilidades y la falta de adherencia al tratamiento para el control de peso. El primero implica que el paciente, además de sufrir obesidad, también puede padecer hipertensión arterial, tener altos los niveles de colesterol, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares y cerebrales. También se asocia al cáncer de mama, de endometrio y de colon (Diario Oficial de la Federación, 2010). El segundo es la falta de adherencia al tratamiento para el control del peso, pues el paciente puede tomar una actitud pasiva ante su enfermedad.

Para fines del presente estudio, se retoma la definición de adherencia terapéutica propuesta por Martín, Bayarre y Grau (2008), quienes la definen como «implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico» (p. 4). Dicha definición se retoma porque se considera una actitud más proactiva por parte del enfermo.

El aumento en la falta de adherencia es alarmante, sobre todo para los países en desarrollo, pues las cifras de pacientes con buena adherencia no alcanzan ni el 50% (Organización Mundial de la Salud, 2004). Con respecto a la adherencia al tratamiento en obesidad, 8 de cada 10 pacientes que inician un tratamiento para bajar de peso lo abandonan antes de concluirlo, debido a expectativas irreales, periodos vacacionales, estilos de vida incompatibles con la dieta y estrés; sin embargo, ninguna causa por sí misma se considera determinante al momento de tomar

la decisión de abandonar el tratamiento (Sámano, 2011). Los factores que intervienen en la adherencia son el contexto socioeconómico, la complejidad del tratamiento, la participación del paciente, las condiciones de la enfermedad y el tipo de participación de los profesionales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Se ha explorado la adherencia al tratamiento para la disminución y mantenimiento del peso corporal desde diferentes disciplinas y con distintos métodos de medición; sin embargo, los resultados no han sido concluyentes, como se verá a continuación.

La adherencia al tratamiento nutricional es afectada negativamente por la escasa realización de actividad física y una dieta con alto contenido calórico, variables que se relacionan directamente con el cumplimiento del tratamiento. Asimismo, la pérdida de peso se relaciona con la percepción positiva de adherencia que tiene la persona (Torresani, Maffei, Squillace, Belén y Alorda, 2011) y también por el número de intentos realizados para bajar de peso (Sáez, Segarra, Gras, Frias y Climente, 2014). La disfunción familiar se asocia a la disminución de peso, pues el riesgo de no bajar aumenta 4.03 veces cuando se pertenece a una familia disfuncional (Jaramillo-Sánchez, Espinosa-de Santillana y Espíndola-Jaramillo, 2012). El riesgo de abandono aumenta hasta en un 19% cuando hay una comunicación inadecuada entre el paciente y el personal de salud, en particular con el médico (Haskard y Robin, 2009).

En menor medida han resultado determinantes al momento de iniciar un tratamiento para el control del peso las variables sexo, peso, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura y relación cintura cadera; sin embargo, estas variables han resultado más altas en personas que se apegan menos al tratamiento (Arrebola et al., 2013; González et al., 2007).

Para fomentar la adherencia es necesario un cambio en la conducta en el paciente con exceso de peso, y ha sido estudiado por diferentes profesionales de la salud. La psicología aborda el problema desde diferentes enfoques terapéuticos, entre ellos la terapia cognitivo-conductual (una de las más utilizadas), la entrevista motivacional (EM) y, en menor medida, la terapia breve centrada en soluciones (Lafuente, 2011; Rosa y Rausch, 2011).

La terapia cognitivo-conductual ha tratado el sobrepeso y la obesidad con resultados prometedores, como en la disminución en el IMC y en la forma de alimentación. Sin embargo, los resultados solo se mantienen a corto plazo, por lo que una posible justificación es la presencia de la ambivalencia en relación con la necesidad de cambiar (Rosa y Rausch, 2011). La EM trabaja con la ambivalencia, haciendo de ella un aliado y no un objeto de resistencia (Miller y Rollnick, 2012).

La EM constituye un modelo centrado en el cliente. Aunque tiene un carácter directivo, aumenta la motivación intrínseca para el cambio de conducta por medio de una reflexión empática y autónoma del paciente; asimismo fomenta la autoeficacia. La EM opera bajo 5 principios: expresar empatía, crear una discrepancia, evitar la confrontación, dar un giro a las resistencias y fomentar la autoeficacia. Utiliza estrategias como realizar preguntas abiertas, la escucha reflexiva, las afirmaciones directas, realizar resúmenes y proporcionar frases automotivadoras (Miller y Rollnick, 2012).

Las diferentes revisiones sobre la eficiencia de la EM han demostrado su efectividad en el cambio de conducta en el abuso de drogas, la reducción de conductas de riesgo en el VIH y la adherencia a dieta y ejercicio (Bóveda et al., 2013; Martínez y Gil, 2013; Rosa y Rausch, 2011). Las intervenciones cortas han resultado efectivas, pero conforme aumenta el tiempo de atención al paciente, se incrementa el éxito de la terapia (Bóveda et al., 2013; Martínez y Gil, 2013; Rosa y Rausch, 2011).

Por su parte, la terapia breve centrada en soluciones cognitivas y conductuales (TBCS-CC) busca que las personas amplíen las excepciones, esto es, los momentos en que el problema no se presenta por hacer algo opuesto, por hacer menos de lo que no funciona o bien por hacer algo totalmente nuevo, apoyándose para esto en intervenciones específicas cognitivo-conductuales de acuerdo al análisis funcional específico de la conducta de los pacientes. Se enfoca en las fortalezas de la persona más que en sus debilidades, y además trabaja con todas las personas involucradas en el problema por medio del paciente (Beyebach, 2013; Crispo, Figueroa y Guelar, 1994). Retoma técnicas cognitivo-conductuales como el análisis funcional y permite profundizar en el manejo de emociones y creencias (Guajardo y Cavazos, 2013; Reyes, 2008). Durante la terapia se plantean objetivos específicos que se abordan en un aproximado de 7 a 10 sesiones (Nardone y Watzlawick, 1992). La TBCS ha sido utilizada para reducir diferentes problemas: alcoholismo, toxicomanías, trastornos de la alimentación, obesidad y depresión. Además, se ha trabajado con víctimas y victimarios de violencia familiar (Estrada, Beyebach y Herrero de Vega, 2006).

Las principales estrategias que utiliza la TBCS son: la proyección a futuro (pregunta milagro), el trabajo con excepciones y la pregunta escala de avance. La primera estrategia permite crear una expectativa de solución en el paciente, la segunda hace referencia a las ocasiones en las que no se presenta la conducta problema y la tercera consiste en evaluar el cambio subjetivo de bienestar asignando un número, lo que permite evitar las respuestas dicotómicas; además, permite ampliar y atribuir control (locus de control interno) a las respuestas del cliente de tal manera que se clarifiquen los cambios (de Shazer, 2004).

El objetivo del presente estudio es evaluar los resultados de una intervención para aumentar la adherencia terapéutica en mujeres con sobrepeso y obesidad por medio de la EM y la TBCS-CC.

## Método

### Diseño

Se diseñó un estudio cuasi-experimental con grupo control (6 personas) y grupo de intervención (10 personas) con medidas de evaluación multivariable ABA.

### Participantes

Las 16 participantes se eligieron por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia y debían cumplir con los siguientes criterios: ser mujeres con sobrepeso u obesidad que estuvieran en tratamiento nutricional para bajar de peso, ser derechohabientes de un hospital público de la ciudad de San Luis Potosí, tener una edad entre 27 y 55 años y participar de manera voluntaria. Se hizo una aleatorización de los participantes para la asignación a los grupos: grupo de intervención (n=10) y grupo control (n=6). A pesar de que se hicieron distintos intentos por aumentar el tamaño de los grupos, solamente se aceptaron las 16 participantes mencionadas.

### Instrumentos

Se utilizaron 3 diferentes instrumentos; 2 de ellos evaluaron adherencia terapéutica para el control de peso y uno midió hábitos, creencias y comportamientos relacionados con el peso.

El Cuestionario para la evaluar la adherencia terapéutica Martín-Bayarre-Grau (MBG) (Martín et al., 2008), desarrollado para medir adherencia en hipertensión arterial en población cubana y que consiste en 12 preguntas con 5 opciones de respuesta tipo Likert, presenta validez de contenido y un alfa de Cronbach de 0.88. A pesar de no evaluar al tratamiento para el sobrepeso y la obesidad, se tomó como referente por la dificultad para trabajar con instrumentos elaborados para esta población.

El Cuestionario de adherencia a dieta y ejercicio diseñado para el estudio (Candelaria y García, 2014) está conformado por 36 preguntas abiertas divididas en 5 subescalas: cumplimiento del tratamiento (CT), implicación personal (IP), relación transaccional (RT), nivel socioeconómico (NS) y condiciones de la enfermedad (CE); al momento de realizar la presente investigación no se habían identificado sus propiedades psicométricas.

Se utilizó la adaptación mexicana de Meza y Moral (2012) del cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ) de O'Donnell y Warren (2007). El cuestionario consta de 64 ítems con una escala tipo Likert integrados en 10 subcategorías: alteración afectiva (AF), antojos alimentarios (AN), motivación para bajar de peso (MO), aislamiento social (AI), defensividad (DE), subingesta (SU), hábitos de salud (SA), sentimientos positivos al comer (POSI), comer en exceso (CE) e imagen corporal (CO). Los valores de consistencia interna varían de 0.79 a 0.88 en cada subcategoría (Meza y Moral,

2012). En el presente estudio se intervino terapéuticamente en aspectos relacionados que evaluaban las siguientes sub-categorías: comer en exceso, subingesta, imagen corporal, antojos y motivación.

## Procedimiento

Se solicitó la autorización del comité de ética de la institución. Posteriormente, se hizo la invitación a las participantes y se hizo entrega del consentimiento informado, mismo que cubría los requisitos de confidencialidad, beneficencia, justicia y no maleficencia. El estudio contó con 3 fases: diagnóstica, de intervención y de evaluación. En la primera fase se realizó la primera evaluación de adherencia terapéutica, así como de los hábitos, creencias y comportamientos relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Además, se registró el índice de masa corporal (IMC). Los resultados de esta fase se utilizaron para el diseño de la intervención. En la segunda se llevó a cabo la intervención psicológica, la cual tuvo una duración de 2 meses. En la tercera se aplicaron nuevamente los instrumentos de la fase diagnóstica y se midió el IMC.

Las pacientes participaban en un programa nutricional organizado por la institución, cuyo objetivo era fortalecer la cultura preventiva relacionada con la alimentación saludable. Una nutrióloga diseñó planes dietéticos personalizados, monitoreó su seguimiento en 6 sesiones, con una frecuencia mensual.

## Fase de intervención

La intervención psicológica se basó en 2 modelos: EM y TBCS-CC. Estuvo conformada por 8 sesiones, de las cuales 2 (la primera y la última) se trabajaron con EM y 6 con TBCS-CC. Los temas de las sesiones fueron análisis funcional, hábitos de salud, autoestima (seguridad e imagen corporal), asertividad y apoyo social (tabla 1). El formato de aplicación fue individual.

## Análisis de la información

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de los instrumentos aplicados. A mayor puntuación en los cuestionarios (MBG y adherencia a dieta y ejercicio), mayor es la

adherencia al tratamiento. Para el cuestionario OQ las puntuaciones son distintas: el menor puntaje indica un mayor el seguimiento del tratamiento. Se compararon los resultados obtenidos en la evaluación pre y post para cada grupo y se calculó el análisis del cambio clínico objetivo (CCO) por participante. El CCO resulta de la diferencia entre el post-test y el pre-test dividida entre el pre-test; se consideran como cambio significativo los resultados mayores a 0.20 (Cardiel, citado en Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005). Además, se aplicó la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para obtener la significancia estadística de algunas comparaciones.

## Resultados

La muestra total estuvo conformada por 16 mujeres, quienes acudían al servicio de nutrición del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con un rango de edad entre 27 y 55 años y con un grado de obesidad tipo I. El grupo de intervención (n=10) tuvo una edad promedio de 44 años, las participantes en su mayoría eran casadas (6), tenían de 0 a 4 hijos, la escolaridad mínima era secundaria y la máxima, posgrado; 9 trabajaban (5 como maestras, 3 como secretarías y una como comerciante) y solo una se dedicaba al hogar. El grupo control (n=6) contó con una edad promedio de 45 años, las participantes eran casadas en su mayoría (5), tenían entre 1 y 6 hijos, todas contaban con licenciatura, 3 de ellas se dedicaban al hogar y 3 trabajaban (2 como secretarías, una como comerciante).

El IMC promedio para el grupo de intervención reportado en la pre-evaluación fue de 33.89, lo que ubica a las participantes en un grado de obesidad I; en el post, el IMC promedio fue muy parecido al anterior: 33.75. El grupo control también se encontraba en obesidad grado I, pues su IMC promedio fue de 33.62 en la pre evaluación; en el post, el IMC promedio fue también muy semejante: 32.97. El grupo de intervención concluyó en su totalidad el tratamiento de nutrición; por su parte, el grupo control no asistió al total de las citas (solamente 2 participantes terminaron dicho tratamiento).

En relación con el MBG, los puntajes del pre y post de ambos grupos se muestran en la tabla 2, en la cual se observa un aumento en el grupo de intervención en la puntuación total y en las subescalas de implicación personal y relación transaccional; por el contrario, el grupo control muestra disminución en el puntaje total del cuestionario y en las subescalas de cumplimiento del tratamiento y relación transaccional.

Los resultados del cuestionario de adherencia a dieta y ejercicio (Candelaria y García, 2014) se muestran en la tabla 3, en la cual se pueden observar cambios positivos en el grupo de intervención, tanto en el puntaje total como de las subescalas de cumplimiento del tratamiento, implicación personal y apoyo social; por otro lado en el grupo control disminuyeron los puntajes en el total del cuestionario y en algunas subescalas. La más afectada fue la de apoyo social.

Respecto al cuestionario OQ para el grupo de intervención, se observaron cambios en la puntuación total del cuestionario y en las subcategorías: comer en exceso, subingesta, antojos, alteración afectiva y aislamiento. Estas subcategorías hacen referencia a la alimentación; a menor

Tabla 1 Programa de intervención

Fase	Sesión	Tema	Modelo
1		Evaluación pre	
2	1		EM
	2-3	Análisis funcional	TBCS-CC
	4	Hábitos de salud	
	5	Autoestima (seguridad e imagen personal)	
	6	Asertividad	
	7	Apoyo social	
	8		EM
3		Evaluación post	

EM: entrevista motivacional; TBCS-CC: terapia breve centrada en soluciones-cognitiva conductual.

**Tabla 2** Puntajes de adherencia en el cuestionario MBG en ambos grupos en el pre y postratamiento

	Intervención				Control			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Cumplimiento tratamiento	6.9	0.56	6.6	0.51	5.8	1.9	4.0	2.8
Implicación personal	10.3	2.21	11.0	1.5	9.2	1.2	9.2	3.3
Relación transaccional	8.0	4.08	8.7	2.0	7.7	4.8	4.2	5.4
Total MBG	25.2	6.16	26.3	2.9	22.7	7.4	17.3	5.7

MBG: cuestionario para evaluación de adherencia terapéutica Martín, Bayarre y Grau.

**Tabla 3** Adherencia a dieta y ejercicio en pre y postratamiento para ambos grupos

	Intervención				Control			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Cumplimiento tratamiento <sup>a</sup>	25.5	4.1	26.5	4.1	22.5	2.7	21.7	7.4
Implicación personal <sup>a</sup>	2.6	0.51	2.8	0.42	2.7	0.81	2.5	0.83
Relación transaccional	7.5	3.9	5.7	4.1	10.5	0.83	5.2	4.2
Nivel socioeconómico	1.8	0.42	1.8	0.42	1.5	0.55	1.7	0.51
Apoyo social <sup>a</sup>	3.9	2.6	4.6	2.7	5.0	2.7	3.5	1.9
Total cuestionario	41.3	4.8	41.4	7.5	42.2	4.5	34.5	10.7

<sup>a</sup> Subescalas en las que se intervino.

puntuación, mayor es la relación con la alimentación saludable. Como se observa en la [tabla 4](#), 3 de las 5 subcategorías en las que se intervino disminuyeron sus puntajes; por otro lado, también hubo cambios en el grupo control, pues se observó una disminución de sus puntajes entre el pre y el post en el total del cuestionario y en las subcategorías de comer en exceso, subingesta, antojos, alteración afectiva y aislamiento.

Además de los análisis anteriores, se aplicó la prueba no paramétrica de rangos Wilcoxon ([tabla 5](#)) para identificar las

diferencias estadísticamente significativas. Se encontró que el grupo control disminuyó significativamente su adherencia pre-post en el MBG ( $p = 0.04$ ). No se encontraron diferencias significativas en el puntaje total del cuestionario para medir adherencia a dieta y ejercicio, pero sí en la subescala de relación transaccional ( $p = 0.02$ ). El grupo de intervención tuvo una tendencia a aumentar la adherencia en los puntajes totales, así como en las subescalas del cuestionario mencionado, pero ninguna alcanzó la significancia estadística. En relación con el OQ, solamente hubo diferencias

**Tabla 4** Puntajes pre y post del cuestionario OQ para el grupo control

	Intervención				Control			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Comer en exceso <sup>a</sup>	13.4	8.4	11.7	6.4	18.3	7.9	13.2	5.4
Subingesta <sup>a</sup>	4.5	2.7	3.3	2.2	3.5	3.3	3.0	2.0
Hábitos de salud	13.1	3.9	11.8	3.6	17.0	2.9	14.3	4.1
Imagen corporal <sup>a</sup>	19.9	3.4	16.9	4.7	20.6	4.4	17.3	5.4
Antojos <sup>a</sup>	7.8	3.6	7.0	3.1	12.2	6.3	8.8	2.7
Alteración afectiva	15.1	8.1	12.5	8.1	15.8	10.5	13.8	8.0
Defensividad	11.3	2.9	12.0	3.4	9.7	3.4	9.7	3.2
Aislamiento	7.2	4.1	6.7	4.1	9.3	7.2	7.2	7.7
Motivación <sup>a</sup>	25.0	5.1	24.4	6.7	25.7	5.7	25.7	4.0
Sentimientos positivos al comer	10.8	3.8	11.6	2.7	9.2	5.1	11.5	2.4
Total OQ	128.1	21.6	117.9	19.6	141.3	24.3	124.5	24.1

<sup>a</sup> Subescalas en las que se intervino.

**Tabla 5** Resultados de la prueba Wilcoxon

Grupo	Relación transaccional	Condiciones de la enfermedad	Puntaje total cuestionario	Imagen corporal	Total MBG
Intervención	0.29	0.55	0.85	0.08	0.5
Control	0.02	0.09	0.08	0.04	0.04

MBG: cuestionario para evaluación de adherencia terapéutica Martín, Bayarre y Grau.

significativas en la subcategoría de imagen corporal ( $p=0.04$ ) para el grupo control.

Finalmente, se calculó el CCO de las participantes de ambos grupos; los resultados muestran que 4 de las 10 pacientes del grupo de intervención mostraron una tendencia a aumentar su adherencia en el MBG, a diferencia del grupo control, en el cual no se encontraron cambios en ninguna participante. Asimismo, en el cuestionario para medir adherencia a dieta y ejercicio se encontraron cambios positivos en 7 de las participantes, de las cuales 5 alcanzaron la significancia; por otro lado, en el grupo control ninguna participante mostró cambios significativos. Las subescalas en las que se encontraron mayores cambios respecto al CCO fueron: cumplimiento del tratamiento, implicación personal y apoyo social. Mostraron menores cambios: relación transaccional y nivel socioeconómico. Finalmente, en el cuestionario OQ hubo cambios significativos en las participantes del grupo de intervención en las subcategorías: comer en exceso en 6 pacientes, subingesta en 5, antojos en 5 y motivación en 4; en el grupo control, 3 mostraron cambios en comer en exceso, 3 en subingesta, 4 en antojos y 2 en motivación.

## Discusión

El objetivo del estudio fue evaluar los resultados de una intervención para aumentar la adherencia terapéutica en mujeres con sobrepeso y obesidad por medio de la EM y la TBCS-CC. Los resultados muestran que la adherencia en el grupo de intervención, en términos generales, mostró una tendencia a aumentar, aunque dicho aumento no alcanzó la significancia estadística en todos los instrumentos utilizados. En el grupo control, los puntajes disminuyeron de manera más amplia, lo que podría sugerir que con la intervención la adherencia tiende a aumentar de manera moderada, y sin intervención psicológica la adherencia disminuye.

Los resultados mencionados son muy importantes porque las pacientes se encontraban en un programa gubernamental de nutrición para bajar de peso que, en el centro de salud en que se trabajó, funciona de manera parcial, pues después de prescribir una dieta, solamente monitoreaba su peso. No había seguimiento y ningún otro apoyo. A pesar de todo, cuando a ese programa nutricional operado con tantas limitaciones se agrega una intervención psicológica, como la ofrecida en el presente estudio, aumenta la adherencia al programa nutricional.

Hay estudios que indican que la adherencia al tratamiento de programas nutricionales benefician apenas al 50% de las pacientes (Murawski, Milson, Ross, Rickel, DeBraganza, Gibbons, et al., 2009; Ogden y Sidhu, 2006).

En un estudio realizado por Echenique, Rodríguez, Pizarro, Martín y Atalah (2011) se ofreció un programa de reducción de peso que incluía consultas y talleres con médicos, nutricionistas, psicólogos y kinesiólogos durante 4 meses. Un 72% completó el tratamiento, y la disminución promedio del peso fue de 3 kg (5% del peso inicial).

En una investigación de Hernández, Canales, Cabrera y Grey (2003) se ofreció a 19 pacientes un programa nutricional complementado con talleres ofrecidos por un médico, enfermera, nutrióloga y psicóloga durante 3 meses; se consiguió una asistencia del 75% y se logró un aumento significativo en los conocimientos sobre obesidad y alimentación. Los autores concluyen que se necesita más tiempo de consejería.

Entre los aspectos que influyen sobre la adherencia terapéutica identificados en el presente estudio se encuentran los siguientes:

- La falta de apoyo social. Se pudo observar que en el grupo de intervención incrementó la percepción de apoyo social conforme avanzó la intervención; por el contrario, el grupo control percibía más apoyo al inicio del estudio, el cual disminuyó gradualmente a lo largo de las semanas. Probablemente este factor influyó para el mantenimiento de la adherencia en el grupo de intervención y su reducción en el grupo control. Es probable que, además de las limitaciones del tratamiento nutricional mencionadas antes, esta misma falta de apoyo social haya influido para que el grupo control abandonara el tratamiento en nutrición, aspecto que coincide con los resultados de Troncoso, Astudillo y Troncoso (2011).
- Una relación de confianza entre el personal de salud y el paciente puede ayudar a disminuir las ausencias a citas de seguimiento y aumentar el compromiso de las pacientes para llevar a cabo el tratamiento (Guerra y Pérula, 2012). Para incidir directamente en este factor es conveniente trabajar con el personal de salud, lo cual no era el objetivo de este estudio. Sin embargo, este personal es un factor clave para la adherencia; en la muestra del estudio, la relación médico-paciente disminuyó en ambos grupos, aunque en mayor medida en el grupo control; una posible explicación es la escasa o nula relación con la nutrióloga, situación que afectó al seguimiento del tratamiento.
- La implicación personal hace referencia a la motivación, la autoeficacia y los conocimientos relacionados con la enfermedad; se observó que se modificó en el grupo de intervención, lo que podría indicar que favoreció la adherencia, pues este grupo permaneció durante los 6 meses que duró el tratamiento para bajar de peso, datos que coinciden con los encontrados por García y Sánchez (2013). Este factor se relaciona con la disminución en

las variables del OQ: comer en exceso, subingesta, antojos y la motivación que impactan directamente en el cumplimiento del tratamiento. Asimismo, ambos grupos muestran conformidad con su imagen corporal, lo que podría ser un inconveniente al momento de iniciar un programa para bajar de peso.

- d) Las responsabilidades y obligaciones pueden provocar que la atención del individuo se centre en cuestiones ajenas a su persona, por lo que puede disminuir el cuidado y afectar la salud física (Martín, Sairo y Bayarre, 2003). En el grupo de intervención la mayoría de las participantes trabajaba, lo que les dificultaba realizar todas las actividades relacionadas con el cumplimiento del tratamiento. Por su parte, 3 de las participantes del grupo control se dedicaban al hogar, lo que les permitió llevar a cabo con mayor facilidad el tratamiento (solo 2 lo concluyeron).

Una dificultad enfrentada en la investigación radica en que el cumplimiento del tratamiento comprende seguir una dieta saludable y realizar actividad física, lo que implica un cambio de hábitos, situación que no puede evaluarse en el corto plazo, sino en un mediano o largo plazo para ver sus efectos (Daza, 2002). Las condiciones institucionales en que se realizó este trabajo no permitieron una evaluación en un plazo más largo.

Entre las variables estudiadas en la presente investigación no se consideró de manera especial al peso de las participantes; la razón es que diversas circunstancias dificultan la interpretación de sus variaciones; por ejemplo, la edad y la ocupación. Otras variables pueden ser: la menopausia y el consumo de anticonceptivos hormonales (que hacen más complicado disminuir el peso) (Riobó, Fernández, Kozarcewski y Fernández, 2003), estar o no sometidas a una dieta «milagrosa» que permite la baja de peso muy rápida con su consecuente recuperación en plazos muy cortos, las posibilidades de preparar alimentos sanos y la información que tienen las pacientes sobre la dieta. Por otro lado, las investigaciones que toman en cuenta el peso como variable producen resultados muy inconsistentes (Grajales, 2009).

Algunas limitaciones del estudio fueron: la falta de idoneidad de los instrumentos, las dificultades para acceder a la muestra, la breve duración del tratamiento y el insuficiente número de sesiones.

## Conclusiones

Se puede afirmar que la intervención favoreció el incremento o bien el mantenimiento de la adherencia terapéutica, mientras que la falta de intervención se relaciona con su disminución. Por ello, se recomienda complementar el programa nutricional con el apoyo psicológico y de otros profesionales (por ejemplo, del trabajador social, para promover el apoyo social a las pacientes) a fin de alcanzar mejores resultados.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

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

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Arrebola, E., López, B., Koester, T., Bermejo, L., Palma, S., Lisbona, A., et al. (2013). *Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 28(5), 1530-1535.
- Baile J., González M. (2011). *Obesidad y hábitos del sueño*. Ponencia presentada en el 12 Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias, Madrid, España. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2455>. Consultado el 25 de octubre de 2013.
- Beyebach M. La terapia familiar breve centrada en soluciones [manuscrito presentado para su publicación], 2013.
- Bóveda, J., Pérula, L., Campinez, M., Bosch, J., Barragán, N. y Prados, J. (2013). *Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Atención Primaria*, 45(9), 486-495.
- Candelaria, M. y García, I. (2014). Adherencia terapéutica en mujeres con sobrepeso y obesidad. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Investigación de Academia Journal, Chiapas, México. Recuperado de <http://www.academiajournal.com/>. Consultado el 23 de febrero de 2015.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer: terapia estratégica e intervención para el cambio*. Barcelona: Herder.
- Daza, C. (2002). *La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Colombia Médica*, 33(2), 72-80.
- de Shazer, S. (2004). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona, España: Gedisa S.A.
- Diario Oficial de la Federación (2010). Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010). Consultado el 15 de febrero de 2014.
- Echenique, J., Rodríguez, L., Pizarro, T., Martín, M. y Atalah, E. (2011). *Impacto de un programa nacional de tratamiento en mujeres adultas con exceso de peso en centros de atención primaria. Nutrición Hospitalaria*, 26(6), 1372-1377.
- Estrada, B., Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2006). *El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 33-41.
- García, R. y Sánchez, J. (2013). *Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Psicología y Salud*, 23(2), 184-193.
- González, I., Giraldo, A., Estrada, A., Muñoz, L., Mesa, E. y Herrera, M. (2007). *La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad y sobrepeso. Revista Chilena de Nutrición*, 34.(1)
- Grajales, M. (2009). *Efectos beneficiosos de cambios en la dieta y ejercicios físicos en mujeres obesas con síndrome metabólico. Panorama Cuba y Salud*, 4(3), 29-36.
- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). *Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2).

- Guerra, C. y Pérula, L. (2012). Factores relacionados con el manejo inefectivo del régimen terapéutico en pacientes crónicos de consulta de enfermería. *Index Enferm*, 21(1), 2.
- Haskard, K. y Robin, M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care. Official Journal of the Medical Care Section, American Public Health Association*, 47(8), 826–834.
- Hernández, C., Canales, J., Cabrera, P. y Grey, C. (2003). Efectos de la consejería nutricional en la reducción de obesidad en personal de salud. *Rev Med IMSS*, 42(5), 429–435.
- Jaramillo-Sánchez, R., Espinosa-de Santillana, I. y Espindola-Jaramillo, I. (2012). Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(5), 487–492.
- Lafuente, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14, 1490–1504.
- Martín, L., Bayarre, H. y Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1).
- Martín, L., Sairo, M. y Bayarre, H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 1–4.
- Martínez, A. y Gil, B. (2013). Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 22, 133–141.
- Meza, C. y Moral, J. (2012). Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 73–96.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2012). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas* (9.ª ed). España: Paidós.
- Murawski, M., Milson, V., Ross, K., Rickel, K., DeBraganza, N., Gibbons, L., et al. (2009). Problem solving treatment adherence and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Eat Behav*, 10, 146–151.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio: Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- O'Donnell, W. y Warren, W. (2007). Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. México: El Manual Moderno.
- Ogden, J. y Sidhu, S. (2006). Adherence, behavior change, and visualization: a qualitative study of the experiences of taking an obesity medication. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 545–552.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia al tratamiento a largo plazo. Pruebas para la acción. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid). Consultado el 4 de octubre de 2013.
- Reyes, J. (2008). Una propuesta de evaluación paso a paso en la terapia breve centrada en soluciones. *Psicología Conductual [Behavioral Psychology]: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 15(3), 533–548.
- Riobó, P., Fernández, B., Kozarcewski, M. y Fernández, J. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, 18(5).
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445–462.
- Rosa, I. y Rausch, J. (2011). Entrevista motivacional no tratamiento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(2), 2–7.
- Sáez, M., Segarra, C., Gras, E., Frias, P. y Climente, M. (2014). Evaluación de la efectividad y seguridad de dietas de muy bajo contenido calórico en pacientes obesos. *Farmacia Hospitalaria. Órgano Oficial de Expresión Científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*, 38(1), 50–56.
- Sámano, L. (2011). Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. *Nutrición Clínica y Dieta Hospitalaria*, 31(1), 15–19.
- Torresani, M., Maffei, L., Squillace, C., Belén, L. y Alorda, B. (2011). Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Dieta. Revista Científica de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas*, 29(137), 31–38.
- Troncoso, C., Astudillo, A. y Troncoso, G. (2011). Factores sociales que condicionan la asistencia de mujeres a la consulta nutricional. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(1), 8–14.